

ENFERMEIROS EM CONTEXTOS DE MULTICULTURALIDADE: DOS DISCURSOS À PRÁTICA CLÍNICA EM CSP

Alcinda Costa dos Reis¹

¹Instituto Politécnico de Santarém/Escola Superior de Saúde de Santarém/UMIS/UIIPS

RESUMO

No artigo apresentado propomo-nos caracterizar especificidades da prática clínica dos enfermeiros portugueses em contextos multiculturais em Cuidados de Saúde Primários com pessoas imigrantes.

Partindo da análise do material discursivo obtido a partir de entrevistas etnobiográficas com enfermeiros e com pessoas imigrantes, bem como de *focus group* desenvolvidos com estes distintos tipos de participantes, identificam-se três áreas de reflexão distintas, cuja articulação entre si se apresenta clarificadora das características da prática clínica dos profissionais nas díades de cuidados:

- Cuidar na multiculturalidade – de que falamos?
- O que dizem e o que fazem os enfermeiros nos contextos multiculturais de cuidados
- Encontros com imigrantes: para onde caminhamos?

Conclui-se sobre a necessidade da continuidade da investigação que sustente a prática clínica dos enfermeiros com imigrantes e do desenvolvimento dos seus processos de formação na área da multiculturalidade, para a promoção efetiva de cuidados promotores da integração dos imigrantes no nosso país.

Palavras-chave: multiculturalidade; enfermeiros; imigrantes; cuidar

ABSTRACT

In this article we feature specifics of clinical practice of nurses in multicultural contexts in primary health care, with immigrant people. Starting from the analysis of discursive material obtained from etnobiographical interviews with nurses and with immigrant people, as well as from focus group developed with these different types of participants, we identified three distinct reflection axes, whose articulation presents brightening of the features of professional clinical practice in nursing:

- Caring on multiculturalism – what do we talked about?
- What do nurses say and what do they do in multicultural contexts of care?
- Meetings with immigrants: where are we going to?

We concluded about the need for continuity of research supporting the clinical practice of nurses with immigrants and about the development of their processes of formation in the area of multiculturalism, to promote effective care and to integrate immigrants in our country.

Key words: multiculturalism; nurses; emmigrants and inmigrants; care

INTRODUÇÃO

No presente artigo propomo-nos caraterizar especificidades da prática clínica dos enfermeiros portugueses em contextos multiculturais em Cuidados de Saúde Primários com pessoas imigrantes, a partir de diferentes áreas de reflexão que se articulam entre si:

- Cuidar na multiculturalidade – de que falamos?
- O que dizem e o que fazem os enfermeiros nos contextos multiculturais de cuidados
- Encontros com imigrantes: para onde caminhamos?

Procuraremos contextualizar a relevância do primeiro tema na realidade nacional e clarificar do ponto de vista conceptual alguns conceitos-chave, esclarecedores da sua exploração.

No segundo tema, faremos recurso a evidências obtidas a partir de diferentes estudos Nacionais e Internacionais produzidos por enfermeiros, confrontando-as com os resultados da investigação que desenvolvemos; no terceiro articularemos os nossos

resultados com algum enquadramento normativo-legal de documentos recentemente produzidos no nosso país.

Cuidar na multiculturalidade – de que falamos?

Nos dias de hoje se nos mantivermos atentos às notícias veiculadas pela Comunicação Social, damos-nos conta das dificuldades que se colocam aos países “recetores” de imigrantes, com contornos que adivinhamos pouco consonantes com a dimensão humana de quem chega e que nos vão causando de alguma forma incomodidades e até sentimentos contraditórios.

Os relatórios de imigração e asilo do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras [SEF] (Relatório de Imigração, 2012; 2013) em Portugal referenciam-nos um decréscimo progressivo do fluxo migratório de 2011 para cá; estes documentos apontam ainda assim um elevado número de imigrantes residentes no nosso país, o que nos remete para a reflexão das necessidades específicas destas pessoas enquanto consumidores de cuidados de saúde e concretamente de Enfermagem.

Falamos de pessoas com múltiplas origens culturais, que se encontram no nosso país como país de acolhimento (Fonseca, Silva, Esteves e McGarrigle, 2009; Machado, 2009), sendo portanto originárias de um outro e que procuram na sua maioria, ou têm já atribuído “um estatuto legal de residência” (Degazon, 2011, p.150).

Cabe aqui a clarificação do conceito de multiculturalidade que enquadrámos na perspetiva dos cidadãos mas também na dos Profissionais de Saúde nas diferentes Organizações Prestadoras de Cuidados nacionais.

Enquadramo-lo primeiramente tal como Romero (2010) o tem feito, num Plano Factual, isto é – aquele que diz respeito à constatação dos factos em sociedade, sobretudo a partir das diversidades linguística e religiosa – que aliás nos interessam particularmente, nos contextos das unidades de cuidados.

Na linha de pensamento deste autor, acreditamos que “cuidar na multiculturalidade” nas unidades de saúde, deverá evoluir desejavelmente, para uma conceção e abordagem de “Interculturalidade” assente para os enfermeiros, numa articulação harmoniosa das relações interétnicas entre quem cuida e quem é cuidado.

Valorizamos nesta proposta a ação de cuidar pelos enfermeiros, como aquela que é mediada por processos de negociação, em que se torna possível para as pessoas envolvidas, negociarem modos e meios de ação, de partilha e de interação, estabelecendo as suas próprias fronteiras de acordo com a perspectiva de Costa (2008). Na especificidade dos contextos multiculturais de cuidados, esta ação tem-nos feito sentido a par de uma procura efetiva de coerência cultural, nas díades de cuidados com imigrantes.

Nesta perspetiva no que concerne à conceptualização do cuidar em Enfermagem, estamos bem acompanhados, uma vez que também Leininger (1994, 1998, 2001) e Campinha-Bacote (2010; 2011), nos têm sublinhado a importância da caracterização das “visões do mundo” e da clarificação das concepções de saúde e doença das pessoas imigrantes e também as dos próprios enfermeiros, como condições necessárias para a coerência na sua prática clínica.

Mobilizamos Romero (2010) de novo, uma vez que tal como este autor, acreditamos que a constatação Factual da Multiculturalidade nos contextos de cuidados de hoje, deverá evoluir para um Plano Normativo de propostas sociopolíticas concretas, assentes no reconhecimento efetivo de que existem diferenças culturais entre quem cuida e quem é cuidado, que exigem decisões estratégicas. Acreditamos que o delineamento destas propostas, se inicia pela aceitação das diferenças, por sua vez conducente ao Interculturalismo, como nos foi sendo sublinhado nos discursos de enfermeiros e imigrantes, no material produzido e analisado a partir de entrevistas etnobiográficas desenvolvidas (Poirier, Clapier-Valladon e Raybaut, 1999) bem como de outros momentos com *focus group* (Bryman, 2012), integrando os diferentes tipos de participantes referenciados. Olhámos assim para a perspetiva de interculturalismo que foi sendo desenhada, conducente ao desenvolvimento de um ambiente de convivência saudável e desafiadora com a diversidade cultural. Este ambiente é passível de ser construído nas designadas Unidades de Saúde Culturalmente Recetivas; este tipo de unidades já se encontra de alguma forma previsto desde 2004, na sequência da Declaração de Amesterdão que salientou a necessidade da criação dos *Migrant Friendly Hospitals*.

Em Portugal o Plano para a Integração dos Imigrantes (Resolução do Conselho de Ministros nº63-A/2007 de 3 de maio) e mais recentemente a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2010a; WHO, 2010b), preveem e nomeiam concretamente, as referidas Unidades de Saúde Culturalmente Recetivas; espera-se assim que os profissionais de saúde nestes contextos saibam prestar cuidados consistentes com a diversidade cultural dos imigrantes, assentes nas suas respetivas competências culturais.

A favor do desenvolvimento destas Unidades, está hoje identificada como estratégia – reconhecida na literatura nacional e internacional (WHO, 2010a; WHO, 2010b; REIS, 2014), a vantagem da integração de profissionais de saúde também eles imigrantes, que se assumem mais facilmente como elementos de ligação nas Organizações prestadoras de cuidados de saúde e na comunidade. Uma outra estratégia-base (com resultados definitivamente válidos), desenvolvida de há 10 anos para cá no nosso país vizinho, é a colocação de Mediadores Interculturais em diferentes Serviços Públicos, nomeadamente nas Unidades de Saúde.

A este propósito o Alto Comissariado para as Migrações [ACM] desenvolveu em Portugal de 2009 a 2012, o Projeto de Mediação Intercultural em Serviços Públicos. Este tipo de mediação é conceptualizada de acordo com Romero como *“uma modalidade de intervenção de partes terceiras, em e sobre situações de multiculturalidade significativa, orientada para a consecução do reconhecimento do Outro; aproximação das partes, da efetivação da comunicação e da compreensão mútuas, da aprendizagem e do desenvolvimento da convivência... da regulação do conflito e da adequação institucional, entre atores sociais ou institucionais etnoculturalmente diferenciados”* (1997, p. 142 citado em Romero, 2010, p. 67).

Falamos de um projeto piloto desenvolvido pelo ACM, que integrou profissionais – Mediadores Interculturais – a trabalharem em diferentes áreas de Serviços Públicos, também na especificidade da área da saúde (quer em Cuidados de Saúde Primários quer em contexto hospitalar). O desenvolvimento deste projeto agora em fase de reestruturação, assentou na evidência de que são frequentemente necessárias “pontes” para a interpretação linguística e a recontextualização cultural de crenças em saúde, grande parte das vezes desconhecidas dos profissionais.

O que dizem e o que fazem os enfermeiros nos contextos multiculturais de cuidados

Sabemos que para o planeamento de cuidados culturalmente coerentes a imigrantes, urge mobilizarmos a evidência científica, que releva essencialmente duas condições: a primeira que será a garantia da estabilidade nas suas vidas por via da aquisição do estatuto de “residentes” (quando ele se concretiza), e a segunda que será a adesão aos cuidados propostos pelos enfermeiros, a par da promoção da sua mais rápida integração no nosso país como país de acolhimento (Machado, Pereira e Me, 2010; WHO, 2010a; Reis, 2014).

No cuidar em Enfermagem, a adoção da perspetiva de Meleis (2010), tem-nos permitido desenvolver o estudo da ação dos enfermeiros e dos diferentes processos de transição que acompanham; referimo-nos sobretudo aos processos de saúde-doença vivenciados e expressados por enfermeiros e por imigrantes na primeira pessoa, e à necessidade de considerarmos os seus diferentes padrões de resposta bem como as expectativas geradas nas díades de cuidados – entre quem cuida e quem é cuidado.

Mobilizamos aqui Amendoeira (2000), ao refletirmos no *processo de cuidados* que caracteriza estas díades, como transversal à prática clínica de Enfermagem. Valorizamos de acordo com a sua perspetiva, como foco de atenção dos enfermeiros – a pessoa imigrante – colocando a necessidade de que estes profissionais possuam “conhecimentos específicos” que lhes permitam fazer diagnósticos adequados, e planejar cuidados por eles executados e controlados. Contudo, o questionamento de como poderemos contextualizar o desenvolvimento deste processo de “uns” para os “outros”, ou de “uns com os outros”, quando falamos de multiculturalidade em cuidados, tem-nos sido trazido pelos próprios enfermeiros. Quando o foco de atenção são as pessoas imigrantes surgem-lhes frequentemente dúvidas face ao desenvolvimento adequado do planeamento, da execução, e do controle dos seus cuidados.

Tal como Hesbeen equacionamos aqui a necessidade da consciência dos “riscos” na prática clínica. Sabemos que estes riscos resultam da vontade dos enfermeiros se “aventurarem com prudência num caminho pontuado de desconhecidos, de inconvenientes, por vezes de perigos, na esperança de experimentarem a satisfação de

uma vantagem conseguida para Outro e, por vezes, partilhada com ele” (2012, p. 113); mas há que ter consciência de que cuidados culturalmente inadequados, são muitas vezes sinónimo de riscos e insegurança nas díades.

Um olhar pela literatura internacional baseada em estudos produzidos por enfermeiros, que encontramos sobretudo de 2004 para cá, clarifica-nos a forma de como este percurso tem sido vivido nos contextos multiculturais de cuidados:

Griffiths, Emrys, Lamb, Eagar, e Smith (2003) na Austrália, identificam choques culturais entre enfermeiros e imigrantes, por diferentes concepções de saúde e de doença e crenças religiosas distintas. Um outro estudo norte-americano, produzido por Coffman (2004), refere-se à necessidade de que os enfermeiros façam uma colheita de dados adequada aos imigrantes, contextualizando-os na sua matriz cultural familiar. Hanssen (2004) na Noruega, identifica igualmente conflitos culturais entre enfermeiros e imigrantes face a divergentes entendimentos de saúde e de doença. Benckert, Pohl e Coleman-Burns (2004), estudaram mulheres afro-americanas e a relação progressivamente conseguida no processo de cuidados com as enfermeiras comunitárias nos Estados Unidos. Um estudo do Reino Unido, desenvolvido por Cortis (2004), salienta a importância da valorização da espiritualidade, na prática clínica multicultural. Toofany (2007) novamente no Reino Unido refere-se a constrangimentos concretos que estão frequentemente presentes para os enfermeiros, nos contextos multiculturais de cuidados, tais como: estereótipos relacionados com a homogeneização de características culturais face ao país de origem dos imigrantes, mas também sentimentos de frustração e stresse dos enfermeiros ligados ao que apontam como “insuficiente suporte organizacional” a par da desvalorização de possuírem conhecimento cultural específico.

Um outro estudo irlandês de 2008, de Tuohy, McCarthy, Cassidy E Graham, cujos resultados são corroborados pelo nossa própria investigação em 2014, identifica a ambivalência sentida pelos enfermeiros quanto à mobilização das famílias imigrantes nos cuidados, nuns momentos assumida como facilitadora e noutros, sentida como dificultadora. As dificuldades ligam-se sobretudo à utilização de elementos da família como intérpretes – muitas vezes crianças – colocando questões relacionadas com a

segurança nos cuidados, por ligação emocional das pessoas envolvidas bem como enquadramentos culturais distintos nos processos de comunicação.

Vejam agora alguns dos Estudos Nacionais igualmente desenvolvidos por enfermeiros:

Sousa em 2006 desenvolveu uma investigação focalizada nos imigrantes ucranianos da região da área de Lisboa; identificou fragilidades e ruturas afetiva, psíquica e culturais, associadas a solidão e separação da família, cuja mobilização considera central na prática clínica de enfermagem. A necessidade de integração social destes imigrantes na sociedade de acolhimento portuguesa surgiu identificada como principal determinante de saúde no que concerne à personalização dos cuidados culturais.

Na especificidade dos imigrantes chineses em Portugal, o desconhecimento da língua e os sentimentos de desespero e inadaptação destas pessoas nos contextos de cuidados, bem como a sua discriminação social, institucional e as barreiras burocráticas nas organizações prestadoras de cuidados de saúde, surgem enfatizados pelos diferentes profissionais na equipa de saúde, nos estudos de Anes (2006) e Pereira (2008).

No nosso percurso de investigação, tem emergido a importância das relações interpessoais entre imigrantes e enfermeiros como oportunidade que estes profissionais identificam, de poderem desenvolver os seus “saberes construídos” como já identificou Amendoeira (2004); estes saberes surgem associados à necessidade de reenquadramento cultural dos dados colhidos junto dos imigrantes. Tal como apresenta Costa (2008) sabemos que este é um processo que ocorre à medida que os enfermeiros vão desenvolvendo o seu “conhecimento prático” nos contextos de cuidados, e que adquire sentido na sua realidade socioprofissional enquanto vão consciencializando a diversidade cultural nas díades de cuidados e ultrapassando os desafios que a mesma coloca. A este propósito proponho que nos detenhamos sobre o constructo – *consciência cultural* nos enfermeiros, que tem sido conceptualizado por Campinha-Bacote (2002, 2003, 2011); valorizamo-lo como:

- Um processo de autoexploração ativa e em profundidade da matriz cultural pessoal e profissional; este processo garante a prevenção da avaliação cultural desadequada, uma vez que são frequentemente mobilizados estereótipos e preconceitos na prática clínica de enfermagem, ligados à ideia de “homogeneidade” – isto é, à falsa ideia de

que, uma vez conhecendo o país de origem dos imigrantes – “quem conhece um conhece todos”, sendo frequente ouvirmos: “os ucranianos são assim”... “os chineses desta maneira”... ou os “indianos acreditam que”.

Ora, se as particularidades individuais são fundamentais, teremos também que saber promover o desenvolvimento da consciência cultural nos profissionais de saúde – especificamente nos enfermeiros. Coloca-se então a questão – de como deverão eles direcionar o desenvolvimento do processo de cuidados com imigrantes, desde a sua avaliação inicial?

O modelo explanatório de Abreu (2011) inicialmente e os subsequentes aportes de Reis (2014) dão-nos uma contribuição quanto às especificidades na recolha de dados na etapa de avaliação inicial do processo de cuidados com imigrantes – a anamnese cultural.

Quanto à **informação genérica**:

- Para além do nome, etnia/religião, são também importantes os idiomas que o imigrante domina e a respetiva proficiência; também a sua proveniência e morada; o motivo da procura da unidade de cuidados e da especificidade da identificação e contacto de pessoas significativas é sem dúvida relevante; para além das representações dominantes dos imigrantes e da caracterização das suas “narrativas”, relevamos também a importância da elaboração de um ecomapa e de um genograma com identificação das pessoas de suporte, dentro e fora do país de acolhimento, atendendo às necessárias especificidades no planeamento e gestão do processo de cuidados.

A identificação de crianças nas famílias de imigrantes é também um aspeto importante, posto que a relação com os imigrantes adultos surge frequentemente facilitada com a presença das crianças, e como promotora de estabilização nas díades de cuidados. Esta ligação surge não apenas porque as crianças são grande parte das vezes a primeira razão da procura dos cuidados, mas ainda porque legitimam com frequência a utilização do “humor” como estratégia a mobilizar nas interações estabelecidas, com resultados concretos na adesão à continuidade dos cuidados propostos (Campinha-Bacote, 2011; Reis, 2014).

Relativamente à **cultura e doença**:

- Aponta-se a importância da identificação de pessoas significativas para os imigrantes, que assumem a continuidade dos cuidados em situações de doença. Relevamos no mesmo sentido, a necessidade de caracterização do papel individual dos imigrantes cuidados na dinâmica familiar (nomeadamente a clarificação e reenquadramento cultural das “questões de género” e do “controle social familiar” nas culturas de pertença, muitas vezes determinantes na aceitação e adesão aos cuidados propostos).

No que diz respeito à **integração cultural**:

- A importância de conhecermos o grau de integração na cultura local é igualmente relevante, nomeadamente se o imigrante mantém na essência, os padrões do seu grupo cultural de origem, se compreende e é capaz de se movimentar na cultura local ou se está completamente integrado, e/ou partilha os valores culturais do grupo que o acolheu (Abreu, 2011). A figura do Enfermeiro em Cuidados de Saúde Primários emerge muitas vezes conotada para os imigrantes como uma extensão da sua família, por se sentirem capazes de lhe colocarem questões com à vontade, e ainda por funcionarem nalguns momentos como “garantia de ligação com os outros elementos da equipa de saúde”, nomeadamente no acesso ao médico (Reis, 2014). Nesta aceção torna-se interessante identificar até que ponto “O enfermeiro é encarado como uma «extensão» da família, para o imigrante?” e/ou “é assumido como uma «referência» cultural” para aquele (s) imigrante(s).

Quanto aos aspetos da **linguagem e comunicação**:

- No sentido de se ultrapassar a barreira da língua, aponta-se ainda a importância de se identificarem o mais precocemente possível, os idiomas que o imigrante domina e o seu grau de proficiência, para avaliação da necessidade de um intérprete.

Na mesma linha de pensamento, relevamos a necessidade de que se faça a ponderação clara da viabilidade e/ou adequação de intérprete profissional ou emocionalmente próximo. Esta questão coloca-se uma vez que os familiares como intérpretes podem configurar no desempenho deste papel, o comprometimento da privacidade e da intimidade dos imigrantes cuidados. Para além destas questões e corroborando Ingleby (2011) do Observatório Europeu para os Sistemas e Políticas de Saúde teremos sempre que ponderar as dificuldades dos próprios

vizinhos/amigos/familiares, que poderão igualmente sentir-se vulneráveis e suscetíveis a constrangimentos pessoais.

Contudo apesar da constatação destes riscos o recurso a intérpretes não profissionais é ainda o que se verifica com maior frequência nas unidades de Cuidados de Saúde Primários, por razões de facilidade de acesso, desvalorizando-se outros recursos passíveis de serem utilizados, tal como o agendamento de “Conferência Telefónica” com intérprete profissional, do Serviço de Tradução Telefónica do Alto Comissariado para as Migrações (Alto Comissariado para a Integração e Diálogo Intercultural, 2010).

Encontros com imigrantes: para onde caminhamos?

Constatamos que os profissionais de saúde precisam hoje de estar munidos de conhecimento efetivamente orientador da sua prática clínica, tendo em conta a diversidade cultural que caracteriza os contextos de cuidados. Salientam-se contudo os encontros com imigrantes na prática clínica de Enfermagem, diferentes dificuldades, suscetíveis de serem ultrapassadas. Surgem identificadas ao nível de:

- Do desconhecimento de particularidades no processo de comunicação, no que concerne às crenças religiosas e a particularidades na vivência do processo de saúde - doença.
- Da pouca sistematização de momentos de discussão de situações multiculturais de cuidados e da própria “troca de saberes” que registamos nas equipas de saúde.
- Do exigente exercício, induzido nos Encontros nas díades de cuidados, que obriga à recontextualização cultural frequente da figura e do papel do enfermeiro no nosso país em relação ao dos imigrantes.
- Dos receios mútuos pela barreira da língua e por desconhecimento de padrões culturais do “Outro”.
- Do desconhecimento dos recursos disponíveis em Portugal, como país de acolhimento (como acontece com o Serviço de Tradução Telefónica, atrás mencionado, entre outros como os Centros Locais de Apoio ao Imigrante – CLAI) (Alto Comissariado para a Integração e Diálogo Intercultural, 2011).
- Do estabelecimento de pontos de contacto entre culturas profissionais, intra e interorganizacionais e as dos próprios imigrantes.

Acreditamos que olhar de frente e admitirmos estas dificuldades, será o início da minimização das diferenças culturais entre enfermeiros e imigrantes, tal como aponta Bennett (2004). Na mesma linha de raciocínio se o fizermos, inibiremos riscos como o da neutralização das diferenças culturais destes sujeitos de cuidados. Isto é, inibiremos o risco de contribuirmos para que se perpetue a indesejável homogeneização das características das pessoas de acordo com o seu país de origem, exatamente no sentido inverso da valorização da individualidade de cada uma delas – que nos é tão cara na prática clínica de Enfermagem.

Associamo-nos aqui a Hesbeen (2012), que conota os encontros (entre quem cuida e quem é cuidado), com as “linhas de confiança” que precisamos de saber tecer; se assim é, e sabendo que o Enfermeiro se posiciona de forma privilegiada na equipa de saúde – pela proximidade com os outros profissionais bem como com as pessoas cuidadas e é reconhecido como tal por todos, como figura de ligação, perspetivamos um caminho que começa a trilhar-se. Desenha-se na consolidação deste papel, por via do desenvolvimento das suas competências culturais, e num futuro próximo ao nível de uma resposta dinâmica às “necessidades em cuidados de saúde da população, que se vão configurando (como aponta a Ordem dos Enfermeiros), fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, práticas e contextos” (Ordem dos Enfermeiros, 2009a, p.10).

Constatamos que a mesma ideia surge consubstanciada pelo perfil do Enfermeiro de Família, onde vêm já definidos de forma concreta alguns novos desafios aos enfermeiros dos CSP, pelo reconhecimento da sua contribuição na promoção da saúde individual, familiar e coletiva e pelo seu papel de referência como gestor de cuidados de enfermagem, potencializando a saúde do indivíduo no contexto familiar, contribuindo assim para a ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade.

É nesta linha de pensamento que acreditamos que os enfermeiros atualmente têm, na assunção das especificidades dos seus cuidados com imigrantes, uma oportunidade de tornar visível a necessidade de uma anamnese cultural para a implementação de cuidados culturalmente adequados. Falamos desta forma, da garantia da coerência nos

cuidados prestados de forma alargada por toda a equipa de saúde, aliás em consonância com o desenvolvimento das Unidades de Saúde Culturalmente Recetivas, onde enquadrámos a necessidade de multiplicar o número de Mediadores Interculturais como já atrás mencionámos, na especificidade dos contextos de cuidados de saúde (Romero, 2010; Ingleby, 2011). Ainda a favor desta necessidade, podemos também consultar no Relatório Primavera de 2014, que os dados nacionais apontam para um peso crescente das populações imigrantes no conjunto da infeção VIH em Portugal, nomeadamente em distritos específicos (Lisboa, Setúbal e Faro)” (DGS, 2013, citado em Relatório Primavera, 2014), valorizando a necessidade de criação de modelos “holísticos” de abordagem nos Cuidados de Saúde Primários (tal como ocorre no Reino Unido). Estes modelos têm possibilitado melhorias significativas na saúde dos imigrantes, a par da redução do estigma e da exclusão social a que estas pessoas estão frequentemente sujeitas, aliás em perfeita consonância com os princípios definidos no Código Deontológico dos Enfermeiros tais como: “cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa” (artº 81º, alínea a) e do respeito pelas “opções políticas, culturais, morais e religiosas” de todas as pessoas cuidadas, como surge na alínea f) do mesmo artigo (Ordem dos Enfermeiros, 2009b).

CONCLUSÃO

Urge que valorizemos a multiculturalidade nos contextos de cuidados de saúde, simultaneamente como desafio mas sobretudo como oportunidade a diferentes níveis:

- Da continuidade da investigação que sustente a prática clínica dos enfermeiros, baseada nas evidências produzidas.
- Do desenvolvimento dos processos de formação para os profissionais de saúde, consonantes com o desenvolvimento de mais e melhores cuidados culturalmente adequados e promotores da integração dos imigrantes no nosso país.

Os cuidados de saúde adequados a estas pessoas são uma dimensão fundamental da sua integração em Portugal, desta forma não poderemos esquecer que são também, um importante investimento ao nível da própria saúde dos cidadãos autóctones que com eles convivem no quotidiano, e de um modo global, da saúde da comunidade que

os acolhe. Acreditamos que este é o momento de olhar para esta realidade e de fazermos este investimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. (2011). *Transições e Contextos Multiculturais*. (2ª ed.). Coimbra, Portugal: Formasau.

Alto Comissariado para a Integração e Diálogo Intercultural. ACIDI (2010). *Traduzir pela saúde*. Recuperado de www.acidi.gov.pt/noticias/visualizar-noticia/4cdbf631de114/traduzir-pela-saude

Alto Comissariado para a Integração e Diálogo Intercultural. ACIDI (2011). *Relatório de Políticas de Integração de Migrantes*. ACIDI: Presidência do Conselho de Ministros. Recuperado de <http://www.acidi.gov.pt/noticias/visualizar-noticia/4d6b77b1c7065/portugal-mais-perto-do-1o-nas-politicas-de-integracao-de-imigrantes>

Amendoeira, J. (2000). O Cuidado de enfermagem – Que Sentido(s)? In Costa, M.A.M.; Mestrinho, M.G. & Sampaio, M. J. (Eds.), *Ensino de enfermagem: Processos e percursos de formação – balanço de um projeto*, (pp. 66-77). Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da saúde.

Amendoeira, J. (2004). Enfermagem em Portugal. Contextos, atores e saberes. *Enfermagem*, 35/36 (2),13-22.

Anes, C.M.L.S. (2006). *Imigrantes em Portugal: filhos ou enteados de uma nova nação?* (Dissertação de Mestrado). Universidade Aberta, Lisboa, Portugal.

Benckert R., Pohl J.M. & Coleman-Burns, P.(2004).Creating Cross-Racial Primary Care Relationships in a Nurse-Managed Center. *Journal of Cultural Diversity*, 11(3), 88-99.

Bennett, M.J. (2004). Becoming interculturally competent. In J.S. Wurzel (Ed.)*Toward multiculturalism: A reader in multicultural education*. Newton, MA: Intercultural Resource Corporation. Retirado de

[www.idrinstitute.org/allegati/idri t pubblicazioni/1/file_documento.pdf](http://www.idrinstitute.org/allegati/idri_t_pubbicazioni/1/file_documento.pdf)

Bryman, A. (2012). *Social research methods*. (4th ed.). New York, USA: Oxford University Press.

Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. *Am. j. community Psychol.* 13(3), 181-184.

Campinha-Bacote, J. (2003). Cultural desire: the key to unlocking cultural competence. *Transcultural C.A.R.E.* 42(6), 239-240.

Campinha-Bacote, J. (2011). Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict: the role of cultural competence. *JTCN online*, 16(2), 1-8.

Coffman, M. J. (2004). Cultural caring in nursing practice: a meta-synthesis of qualitative research. *Journal of Cultural Diversity*, 11 (3), 100-109.

Cortis, J. D. (2004). Meeting the needs of minority ethnic patients. *Journal of Advanced Nursing*, 48 (1), 51-58.

Costa, A. (2008). Aprender a cuidar: Consonâncias e dissonâncias de um binómio desafiante. In Gomes, L.M. (Ed.), *Enfermagem e úlceras de pressão: da reflexão sobre a disciplina às evidências nos cuidados* (pp. 81-102). Islas Canarias, Espanha: ICE.

Decreto-Lei nº 118/2014 de 5 de agosto. Diário da República, I série nº 149. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa, Portugal.

Degazon, C.E. (2011). Diversidade cultural na comunidade. In Stanhope, M. & Lancaster, J.(Eds.) *Enfermagem de saúde pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população*, (M.A.P.R. Pita Negrão, Trad.) (7ªed., pp. 148-172). Loures, Portugal: Lusociência. (Obra original publicada em 2008).

Fonseca, M. L., Silva, S., Esteves, A. & McGarrigle, J. (2009). *Mighealthnet – Relatório sobre o Estado da Arte em Portugal*. Lisboa: Centro de Estudos Geográficos.

Griffiths, R., Emrys, E., Lamb, C., Eagar, S. & Smith, M. (2003). Operation Safe Haven: the needs of nurses caring for refugees. *International Journal of Nursing Practice*, 9, 183-190.

Hanssen, I. (2004). An Intercultural Nursing Perspective on Autonomy. *Nursing Ethics*, 11(1), 28-41.

Hesbeen, W. (2012). *Dizer e escrever a prática do cuidar quotidiano*. Loures: Lusociência.

Ingleby, D.(2011). Good practice in health provision for migrants. In Rechel, B., Mladovsky, P., M., Devillé, W., Rijks, B., Petrova-Benedict, R. & McKee, M. (Eds). *Migration and health in the european union*. (pp. 227-241). Berkshire: McGraw Hill

- Leininger, M.M. (1994). *Nursing and Antropology: two worlds to blend*. Ohio: Greyden Press.
- Leininger, M.M.(1998). *Transcultural Nursing: concepts, theories and practices*. (2ª ed.). New York: McGraw Hill.
- Leininger, M.M. (2001). A mini journey into transcultural nursing with its founder. *Nebraska Nurse*, 32(4), 16-17.
- Machado, M.C. (2009). Globalização, multiculturalidade e saúde. In Lopes, J.C.R., Santos, M.C., Matos, M.S.D. & Ribeiro, O.P. (Eds.), *Multiculturalidade : Perspectivas da enfermagem - contributos para melhor cuidar* (pp. 3-10) Loures, Portugal: Lusociência.
- Machado, M.C., Pereira, F. & Machaqueiro, S. (2010). Approaches to Migrant Health in Portugal. *Eurohealth*, 16(1), 30-31. Recuperado de <http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/VOL16No1/Machado.pdf>
- Meleis, A.I.(2010).Immigrant transitions and health care: an action plan. In Meleis, A.I.,(ed.), *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*.(pp. 241-249) New York: Springer Publishing Company.
- Ordem dos Enfermeiros (2009a). Conselho de Enfermagem. *Sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem – Individualização e reconhecimento de especialidades clínicas em enfermagem - Perfil de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista*. Lisboa, Portugal: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2009b). *Código deontológico do enfermeiro. Estatuto da OE. Anexo ao Decreto-Lei nº 111/2009 de 16 de setembro*. Lisboa, Portugal: OE.
- Pereira, M.A.D.A. (2008). *A Comunidade chinesa imigrante* (Dissertação de Mestrado). Universidade Aberta, Lisboa, Portugal.
- Poirier, J., Clapier-Valladon, S. & Raybaut, P.(1999). *Histórias de Vida. Teoria e Prática*, (J. Quintela, Trad.)(2ªed.). Oeiras: Celta.(Obra original publicada em 1983).
- Reis, A. (2014). *Da multiculturalidade em cuidados às competências nos enfermeiros*. Saarbrücken: Novas Edições Acadêmicas.
- Relatório de imigração, fronteiras e asilo-2011 (2012). Departamento de Planeamento e Formação - Núcleo de Planeamento: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. Lisboa: SEF.

Relatório de imigração, fronteiras e asilo-2012 (2013). Departamento de Planeamento e Formação - Núcleo de Planeamento: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. Lisboa: SEF.

Relatório Primavera (2014). Saúde: síndrome de negação. Observatório Português dos Sistemas de Saúde e Associação de Inovação e Desenvolvimento em Saúde Pública. Recuperado de www.observaport.rog/reports

Resolução do Conselho de Ministros nº63-A/2007 de 3 de maio. Diário da República nº 85 – I Série. Plano para a integração dos imigrantes. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa, Portugal.

Romero, C. G. (2010). Interculturalidade e mediação. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural.

Sousa, J.E.X.F. (2006). *Os Imigrantes Ucranianos em Portugal e os Cuidados de Saúde*. Lisboa, Portugal: ACIDI.

Toofany, S. (2007). Minority ethnic groups' experiences and expectations of nursing in primary care. *Primary Health Care*, 17 (2), 39-42.

Tuohy, D. McCarthy, J., Cassidy, I. & Graham, M.M. (2008). Educational needs of nurses when nursing people of a different culture in Ireland. *International Nursing Review*, 55 (1), 164-170.

World Health Organization. (2010a). Health of migrants – the way forward: report of a global consultation (2010). Madrid, Espanha: WHO.

World Health Organization. (2010b). How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity. Briefing on policy issues produced through the WHO/European commission equity project (2010b). Copenhagen, Denmark: WHO.