

A Emergência da Multiculturalidade nos Cuidados Neonatais Portugueses: Desafios e Linhas de Orientação

The Emergence of Multiculturalism in Portuguese Neonatal Care: Challenges and Strategies

Inês PAIVA-FERREIRA¹, Mafalda MOREIRA¹, Inês FERREIRA-COSTA¹, Joana MACHADO-MORAIS¹, Carmen CARVALHO¹
Acta Med Port 2025 Jan;38(1):1-4 • <https://doi.org/10.20344/amp.22191>

Palavras-chave: Assistência à Saúde Culturalmente Competente; Cuidados Perinatais; Diversidade Cultural; Emigrantes e Imigrantes; Portugal; Religião
Keywords: Cultural Diversity; Culturally Competent Care; Emigrants and Immigrants; Perinatal Care; Portugal; Religion

INTRODUÇÃO

A multiculturalidade caracteriza-se pela coexistência, num determinado local, de práticas e comportamentos de várias culturas. Estas práticas são moldadas por costumes, crenças, valores, idiomas, contextos geográficos, religiões e espiritualidades específicos de cada cultura, influenciando a vida em comunidade.¹

Com o avanço da globalização, a multiculturalidade tem evoluído para a transculturalidade, resultante da interação entre diferentes culturas, uma variável cada vez mais presente na prática clínica. Em Portugal, verifica-se uma intensificação do fluxo migratório com aumento da população estrangeira residente no país. Segundo os Censos de 2021, residiam em Portugal 542 165 pessoas de nacionalidade estrangeira (5,2% da população residente), o que representa um aumento de 2,4 vezes relativamente a 2001 e um acréscimo nominal de 315 450 pessoas. Na última década, apesar de a população brasileira continuar a ser a mais representada (36,9% do total de estrangeiros), tem-se observado uma mudança nas restantes nacionalidades, com um aumento de pessoas provenientes de países asiáticos (12,1%, maioritariamente oriundos da China, Índia, Nepal e Bangladesh) e da União Europeia (17,6%) e uma diminuição de pessoas oriundas dos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP) (18%, sobretudo Angola, Cabo Verde e Guiné-Bissau).²

Esta realidade desafia a capacidade organizativa das instituições de saúde, que ainda enfrentam dificuldades na gestão de vários fatores limitativos, como a discriminação, a falta de literacia sobre diversidade cultural, barreiras linguísticas e a situação legal dos imigrantes.³ Estes obstáculos dificultam a adaptação às necessidades individuais dos doentes, conduzindo a uma prática médica menos humanizada. Assim, é necessário adotar uma abordagem holística que promova cuidados de saúde de alta qualidade, integrando as necessidades culturais, espirituais e religiosas dos doentes. Além disso, é imperativo enfrentar a escassez

de diretrizes a nível nacional e internacional.

O presente artigo visa sensibilizar os profissionais de saúde para esta realidade nos cuidados neonatais, apresentando informações sobre algumas práticas e perspetivas de determinados grupos religiosos e étnicos com representatividade na atividade clínica diária em Portugal.

Multiculturalidade e cuidados neonatais

De acordo com os dados dos Censos 2021, a maioria dos residentes estrangeiros em Portugal é do sexo feminino e encontra-se na faixa etária entre os 20 e os 44 anos, traduzindo um aumento da população em idade fértil. Em linha com esta realidade, tem-se assistido a um aumento da proporção de nascidos-vivos de mães de nacionalidade estrangeira residentes em Portugal, que passou de 5,2% em 2001 para 21,9% em 2023, perfazendo um total de 18 734 nascidos-vivos de mães estrangeiras.² A velocidade de crescimento desta proporção tem aumentado progressivamente, como é evidenciado por alguns centros nacionais, como o Centro Materno-Infantil do Norte da Unidade Local de Saúde de Santo António, onde esta proporção aumentou 1,6 vezes no quadriénio 2019 - 2022, passando de 6,9% para 11,3%. Neste centro, e no mesmo período, foram identificados 77 países de origem materna distintos, com uma predominância do Brasil, dos PALOP, da Índia e do Bangladesh. Este fenómeno demográfico tem um impacto direto nos cuidados de saúde perinatais, uma vez que estes estão cada vez mais expostos a um número crescente de utentes com especificidades culturais ligadas a diversas temáticas relacionadas com o período perinatal, como a amamentação, os rituais após o nascimento, a prática de atribuição de nome, os conceitos de 'vida', 'morte' e 'sofrimento' e a estrutura familiar.

No contexto específico das unidades de cuidados intensivos neonatais (UCIN), os desafios da multiculturalidade previamente mencionados são enfatizados pela

1. Serviço de Neonatologia. Centro Materno-Infantil do Norte. Unidade Local de Saúde Santo António. Porto. Portugal.

✉ Autor correspondente: Inês Paiva-Ferreira. anainesrpf@gmail.com

Recebido/Received: 19/08/2024 - Aceite/Accepted: 15/11/2024 - Publicado/Published: 02/01/2025

Copyright © Ordem dos Médicos 2025



complexidade e gravidade dos doentes, pelas limitações no contacto entre o recém-nascido (RN) e a família e pela exposição constante ao binómio vida-morte. De facto, a tipologia de doentes habitualmente admitidos nas UCIN implica uma exposição significativa dos profissionais de saúde e das famílias ao sofrimento e à morte, que constituem momentos de crise em que determinadas especificidades culturais, sobretudo de carácter religioso e espiritual, se tornam mais evidentes.⁴⁻⁶

Segundo a literatura, uma das dificuldades mais frequentemente relatadas pelas famílias é a falta de respostas às suas necessidades, começando pela barreira linguística, que limita a transmissão de informações clínicas aos pais e a sua participação nos cuidados. Esta situação culmina na impossibilidade de uma tomada de decisão partilhada, resultando num aumento significativo dos níveis de *stress* e angústia a que os pais estão expostos.⁶

Para minimizar o impacto das diferenças culturais e

melhorar os cuidados, é fundamental adotar os princípios do modelo de congruência cultural, assente em quatro pilares: conhecimento, consciencialização, sensibilidade e competência.⁷ Este modelo baseia-se num conhecimento pré-existente sobre diversidade cultural, que se associa ao reconhecimento do impacto das diferenças culturais tanto na própria saúde e bem-estar de um indivíduo, bem como na procura dos cuidados de saúde e na adesão ao tratamento.^{1,7} As afiliações sociais e religiosas do doente não devem ser presumidas, mas sim abordadas e questionadas individualmente, de forma ativa e empática. O conhecimento das particularidades de cada grupo permite antecipar e prevenir comportamentos que podem acarretar risco para o RN, como restrições alimentares ou recusa de analgesia/sedação em grupos que interpretam o sofrimento como inevitável. Os clínicos devem estar conscientes da influência das suas próprias crenças e preconceitos na interpretação das necessidades de saúde do doente, com o objetivo de

Tabela 1 – Características culturais de alguns dos grupos religiosos/étnicos mais frequentemente encontrados na prática clínica portuguesa (parte 1/2)

Grupos	Enquadramento	Caraterísticas culturais
Islamismo	<ul style="list-style-type: none"> • 24% da população global. • Predominância geográfica: norte de África, Médio Oriente e sudeste asiático. • Principal religião no Paquistão e Bangladesh. • Assenta na dedicação e lealdade a Alá. • Escritura sagrada: Alcorão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados perinatais: idealmente o RN deve ser lavado imediatamente após o nascimento; o <i>azan</i> e o <i>iqamah</i> (chamadas para a oração) deverão ser os primeiros sons escutados pelo RN; o primeiro paladar experimentado deve ser doce; o nome poderá ser apenas atribuído ao 7.º dia, altura em que os pais poderão querer cortar o cabelo do RN. - Amamentação: incentivada até aos 24 meses; necessidade de preservação da privacidade da mulher com a utilização de vestes. - Sofrimento e morte: o curso da doença e as intervenções médicas advêm da vontade de Alá; os cuidados paliativos são aceites; o RN em cuidados de fim de vida deve ser orientado para Meca; após a morte, os cuidados ao cadáver são habitualmente assumidos por familiares muçulmanos; o cadáver não deve ser tocado por não-muçulmanos (a não ser que autorizados). - Atitudes médicas: sempre que possível, o profissional de saúde deve ser do mesmo sexo do doente; a autópsia dificilmente será autorizada. - Outros: os pais podem desejar realizar oração 5 vezes por dia ao pé da cama do doente.
Budismo	<ul style="list-style-type: none"> • 7% da população global. • Predominância geográfica: Extremo Oriente, sudeste asiático e subcontinente indiano. • Escritura sagrada: discurso de Buda. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados perinatais: é importante precisar a hora, minuto e o segundo de nascimento (preparação de horóscopo). - Sofrimento e morte: a doença é o resultado de ações presentes e passadas (<i>karma</i>), pelo que o sofrimento é encarado como um processo inevitável da vida; creem na reencarnação, sendo a morte aceite como um processo natural de transição – neste contexto, pode ser recusado o uso de medicação sedativa/analgésica; a morte deve acontecer num ambiente calmo e silencioso, onde a meditação possa ser praticada. - Outros: os pais podem desejar colocar imagens de Buda e flores próximo do RN.
Cristianismo (Catolicismo Romano e Protestantismo Evangélico)	<ul style="list-style-type: none"> • Predominância geográfica: Europa, América Latina e Caraíbas, África Subsariana e Oceânia. Constituem as duas principais correntes religiosas no Brasil. • Escritura sagrada: Bíblia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sofrimento e morte: a doença e a morte são interpretadas como uma vontade de Deus; cuidados paliativos são normalmente aceites; no Catolicismo Romano, o batismo é considerado como necessário para a salvação/vida eterna após a morte, pelo que deve ser oferecido a todos os RN em risco de vida – é normalmente realizado por um padre cristão, em caso de emergência poderá ser realizado por qualquer cristão praticante. - Atitudes médicas: a autópsia poderá ser autorizada. - Outros: os pais podem desejar realizar oração à cabeceira do RN.

assegurar uma prática médica imparcial e de defender os melhores interesses dos doentes em todas as suas dimensões. Para responder às exigências dos três primeiros pilares, surge a competência cultural: ações que procuram dar resposta às barreiras culturais. Estas podem ser introduzidas precocemente, no ensino pré-graduado, e reforçadas em formações pós-graduadas, no desenvolvimento de

equipas transdisciplinares (médico, enfermeiro, assistente social, psiquiatra e psicólogo) dedicadas à competência cultural e na implementação de protocolos. Sempre que considerado adequado pela equipa assistencial e pela família, a presença de outros familiares, de figuras religiosas ou de guias espirituais pode contribuir para a prestação de cuidados mais inclusivos. Em situações de barreira

Tabela 1 – Características culturais de alguns dos grupos religiosos/étnicos mais frequentemente encontrados na prática clínica portuguesa (parte 2/2)

Grupos	Enquadramento	Caraterísticas culturais
Hinduísmo	<ul style="list-style-type: none"> • 15% da população global. • Predominância geográfica: subcontinente indiano e sudeste asiático. • Principal religião na Índia e Nepal. • Escrituras sagradas: Vedas, Upanishads, Mahabharata, Ramayana, entre outros. 	<p>- Cuidados perinatais: o RN é habitualmente lavado como forma de purificação e entregue ao pai que poderá recitar mantras ao seu ouvido; é, frequentemente, traçada sobre a língua do RN a sílaba sacra 'Om' com mel ou manteiga ghee – em alternativa, e com o consentimento da família, aplica-se o mel na região frontal do RN; após o corte do cordão umbilical, pode ser pedida a colocação de uma moeda no umbigo do RN como símbolo de boa fortuna; o ritual de atribuição do nome ocorre tradicionalmente apenas ao 11.º dia de vida.</p> <p>- Amamentação: incentivada (alguns rejeitam o colostro).</p> <p>- Sofrimento e morte: crença no <i>karma</i> e na reencarnação, devendo a morte constituir uma transição serena; os cuidados paliativos são habitualmente aceites; poderá ser requisitada a presença de vários familiares junto ao RN e a colocação de adornos (vestes, fios sagrados em torno dos braços ou do pescoço); o cadáver não deve ser tocado por não-hindus (a não ser que autorizados).</p> <p>- Atitudes médicas: evitar a canulação do membro superior direito, já que a mão direita é tradicionalmente tida como responsável pela execução de tarefas 'limpas' (comer, cumprimentar) e, por isso, considerada sagrada; a autópsia dificilmente será autorizada; os pais podem tentar influenciar o momento de realização de alguns procedimentos de acordo com o calendário lunar.</p> <p>- Outros: é frequente a meditação e recitação de mantras junto ao RN, bem como a colocação de imagens da divindade preferida junto do mesmo.</p>
Judaísmo	<ul style="list-style-type: none"> • 0,2% da população global. • Predominância geográfica: Israel. • Escrituras sagradas: Tanakh (Torá, Nevi'im, Ketuvim). 	<p>- Cuidados perinatais: os RN têm um nome hebraico, além do comum, que é dado no 1.º sábado na cerimónia de <i>Zevud habat</i> no sexo feminino e ao 8.º dia na cerimónia de <i>Brit milá</i> no sexo masculino, onde se realiza também a circuncisão.</p> <p>- Amamentação: incentivada pelo menos durante os 24 meses de vida. Na prematuridade, é aceite o leite humano de dadora judia; outras alternativas poderão ser aceites, mas carecem de discussão e consentimento prévio dos progenitores. No caso de a mãe estar a amamentar, constrangimentos no fornecimento de leite durante o <i>Sabat</i> (período de descanso entre o pôr-do-sol de sexta-feira e o de Sábado) ou períodos de jejum deverão ser acautelados.</p> <p>- Sofrimento e morte: os cuidados paliativos são aceites; após a morte, olhos e boca deverão ser encerrados preferencialmente por um familiar; o enterro deve ser realizado logo que possível.</p> <p>- Atitudes médicas: a prática do <i>Sabat</i> e o respeito pelas festividades principais poderão restringir a realização de procedimentos eletivos e altas hospitalares (apenas deverão ser iniciados ou continuados procedimentos urgentes); a autópsia dificilmente será autorizada.</p> <p>- Outros: existe ainda debate na comunidade judaica acerca da definição de viabilidade nos partos pré-termo – consultar os pais para partilha da tomada de decisão.</p>
Comunidades africanas		<p>- Outros: Os membros mais velhos das famílias ocupam uma posição de importância na estrutura familiar, podendo as mulheres mais velhas assumir a figura central na prestação de cuidados aos RN. A placenta é altamente reverenciada na maioria das comunidades devido à sua ligação biológica e espiritual ao ciclo de vida do RN. Por isso, podem existir práticas de enterro do cordão umbilical e placenta como rituais de boa fortuna. Banho do RN com mistura de ervas como símbolo de proteção e promoção da evolução ponderal.</p>

Nota: A tabela acima resume informações sobre as características culturais de alguns grupos religiosos e étnicos, reconhecendo a variabilidade individual na interpretação dessas práticas. Ressalta-se a importância de não fazer suposições sobre as necessidades da família, priorizando sempre o diálogo direto.

linguística, pode recorrer-se a tradutores ou *software* de tradução.^{1,3,4,6}

O modelo mencionado foi testado no Canadá, resultando em relações médico-família mais próximas e baseadas na confiança. O Reino Unido publicou diretrizes que integram características culturais e sugestões de adaptação de práticas a cada grupo.^{1,8,9}

Na Tabela 1, apresenta-se um resumo das características culturais de alguns dos grupos religiosos/étnicos mais frequentemente encontrados na prática clínica.^{4,8-10}

CONCLUSÃO

A multiculturalidade é uma realidade atual na prática clínica, com particularidades que os profissionais de saúde devem conhecer. Neste contexto, é essencial que estes profissionais estejam sensibilizados para a diversidade cultural dos doentes e das suas famílias e que disponham de ferramentas que lhes permitam, sempre que possível, adaptar as suas atitudes a essa diversidade. A consideração do contexto cultural deve, portanto, ser uma prática transversal na atividade clínica diária.

No entanto, é importante reconhecer as dificuldades em

responder a todas as especificidades culturais dos diferentes grupos. Assim, em vez de uma abordagem estereotipada baseada em grupos culturais, os cuidados multiculturais devem centrar-se numa abordagem individualizada, focada no doente e na sua família, possibilitando uma tomada de decisão partilhada.¹¹ Por fim, destaca-se a importância do desenvolvimento de políticas públicas que promovam e regulamentem a formação dos profissionais de saúde em competência cultural.

CONTRIBUTO DOS AUTORES

Todas as autoras contribuíram igualmente para este manuscrito e aprovaram a versão final a ser publicada.

CONFLITOS DE INTERESSE

As autoras declaram não ter conflitos de interesse relacionados com o presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Este trabalho não recebeu qualquer tipo de suporte financeiro de nenhuma entidade no domínio público ou privado.

REFERÊNCIAS

1. Torr C. Culturally competent care in the neonatal intensive care unit, strategies to address outcome disparities. *J Perinatol*. 2022;42:1424-7.
2. Pordata. Estatísticas sobre Portugal e Europa. [consultado 2024 jun 17]. Disponível em: <https://www.pordata.pt/>.
3. Handtke O, Schilgen B, Mösko M. Culturally competent healthcare - a scoping review of strategies implemented in healthcare organizations and a model of culturally competent healthcare provision. *PLoS One*. 2019;14:e0219971.
4. Kain VJ. Perinatal palliative care: cultural, spiritual, and religious considerations for parents-what clinicians need to know. *Front Pediatr*. 2021;9:597519.
5. Akyempon AN, Aladangady N. Neonatal and perinatal palliative care pathway: a tertiary neonatal unit approach. *BMJ Paediatr Open*. 2021;5:e000820.
6. Trajkovski S, Al-Dabbas MA, Raman S, Giannoutsos N, Langman M, Schmied V. Immigrant and minority parents' experiences in a neonatal intensive care unit: a meta-ethnography review. *J Clin Nurs*. 2024 (in press). doi: 10.1111/jocn.17402.
7. Schim SM, Doorenbos AZ. A three-dimensional model of cultural congruence: framework for intervention. *J Soc Work End Life Palliat Care*. 2010;6:256-270.
8. Sirona Care and Health. Religious and cultural beliefs. 2009. [consultado 2024 jul 17]. Disponível em: <https://www.sirona-cic.org.uk/wp-content/uploads/2020/04/Religious-And-Cultural-Beliefs.pdf>.
9. Neonatal End of Life Care Group, Pearce J, Michella S, Gibson E, Wilson E, Vasudevan C.. Neonatal End of Life Care. 2016. [consultado 2024 jul 13]. Disponível em: <https://www.bradfordhospitals.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/08/Neonatal-End-of-Life-Care-Aug-2020.pdf>.
10. Direção-Geral da Saúde. Grupo de Trabalho Religiões Saúde. Manual da assistência espiritual e religiosa hospitalar. 2009. [consultado 2024 jul 17]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/manual-de-assistencia-espiritual-e-religiosa-hospitalar-pdf.aspx>.
11. Carvalho C, Freitas AC, Pinho L, Novo A. Shared decisions in neonatal intensive care – bioethical approach. *Nascer Crescer*. 2021;30:39-43.