

## 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-FERREIRA<sup>1</sup>, Mafalda MOREIRA<sup>1</sup>, Inês FERREIRA-COSTA<sup>1</sup>, Joana MACHADO-MORAIS<sup>1</sup>, Carmen CARVALHO<sup>1</sup>  
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.<sup>1</sup>

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).<sup>2</sup>

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.<sup>3</sup> 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.<sup>2</sup> 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](mailto: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.<sup>4-6</sup>

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.<sup>6</sup>

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.<sup>7</sup> 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.<sup>1,7</sup> 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
<b>Islamismo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 24% da população global.</li> <li>• Predominância geográfica: norte de África, Médio Oriente e sudeste asiático.</li> <li>• Principal religião no Paquistão e Bangladesh.</li> <li>• Assenta na dedicação e lealdade a Alá.</li> <li>• Escritura sagrada: Alcorão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Cuidados perinatais:</b> 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.</li> <li>- <b>Amamentação:</b> incentivada até aos 24 meses; necessidade de preservação da privacidade da mulher com a utilização de vestes.</li> <li>- <b>Sofrimento e morte:</b> 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).</li> <li>- <b>Atitudes médicas:</b> sempre que possível, o profissional de saúde deve ser do mesmo sexo do doente; a autópsia dificilmente será autorizada.</li> <li>- <b>Outros:</b> os pais podem desejar realizar oração 5 vezes por dia ao pé da cama do doente.</li> </ul>
<b>Budismo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 7% da população global.</li> <li>• Predominância geográfica: Extremo Oriente, sudeste asiático e subcontinente indiano.</li> <li>• Escritura sagrada: discurso de Buda.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Cuidados perinatais:</b> é importante precisar a hora, minuto e o segundo de nascimento (preparação de horóscopo).</li> <li>- <b>Sofrimento e morte:</b> 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.</li> <li>- <b>Outros:</b> os pais podem desejar colocar imagens de Buda e flores próximo do RN.</li> </ul>
<b>Cristianismo</b> (Catolicismo Romano e Protestantismo Evangélico)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Predominância geográfica: Europa, América Latina e Caraíbas, África Subsariana e Oceânia. Constituem as duas principais correntes religiosas no Brasil.</li> <li>• Escritura sagrada: Bíblia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Sofrimento e morte:</b> 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.</li> <li>- <b>Atitudes médicas:</b> a autópsia poderá ser autorizada.</li> <li>- <b>Outros:</b> os pais podem desejar realizar oração à cabeceira do RN.</li> </ul>

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
<b>Hinduísmo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15% da população global.</li> <li>• Predominância geográfica: subcontinente indiano e sudeste asiático.</li> <li>• Principal religião na Índia e Nepal.</li> <li>• Escrituras sagradas: Vedas, Upanishads, Mahabharata, Ramayana, entre outros.</li> </ul>	<p>- <b>Cuidados perinatais:</b> 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>- <b>Amamentação:</b> incentivada (alguns rejeitam o colostro).</p> <p>- <b>Sofrimento e morte:</b> 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>- <b>Atitudes médicas:</b> 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>- <b>Outros:</b> é frequente a meditação e recitação de mantras junto ao RN, bem como a colocação de imagens da divindade preferida junto do mesmo.</p>
<b>Judaísmo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0,2% da população global.</li> <li>• Predominância geográfica: Israel.</li> <li>• Escrituras sagradas: Tanakh (Torá, Nevi'im, Ketuvim).</li> </ul>	<p>- <b>Cuidados perinatais:</b> 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>- <b>Amamentação:</b> 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>- <b>Sofrimento e morte:</b> 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>- <b>Atitudes médicas:</b> 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>- <b>Outros:</b> 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>
<b>Comunidades africanas</b>		<p>- <b>Outros:</b> 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.<sup>1,3,4,6</sup>

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.<sup>1,8,9</sup>

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

## 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.<sup>11</sup> 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.