Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
Relatório de Estágio

Promover a Relação Terapêutica com a Pessoa em Sofrimento Mental

Rita da Silva Victor Almeida

Lisboa
2021

Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
Relatório de Estágio

Promover a Relação Terapêutica com a Pessoa em Sofrimento Mental

Rita da Silva Victor Almeida

Orientadora: Professora Doutora Francisca Roberto Manso

Lisboa
2021

AGRADECIMENTOS

Agradeço cordialmente à Sra Professora Doutora Francisca Manso, pela disponibilidade, ensinamentos, incentivos e dedicação integral no meu percurso profissional e pessoal. Os momentos de reflexão e avaliação foram cruciais para crescer como pessoa e profissional, ficando com uma visão mais crítica e construtiva sobre a realidade laboral.

Aos departamentos dos estágios clínicos onde pude implementar o meu projeto de estágio sem qualquer constrangimento das chefias e orientadores.

À Sra Enf.ª Fernanda Silva, coordenadora do gabinete de saúde no Centro Nacional de Apoio à Integração dos Migrantes pela partilha do seu saber e o valioso contributo que deu no campo de estágio comunitário e a apreciação sobre o meu desempenho profissional. A sua exigência e rigor permitiu desenvolver competências ao nível dos cuidados de saúde primários e ao nível do desenvolvimento pessoal.

Ao Sr. º Enf. º Daniel Santos, especialista em Saúde Mental e Psiquiatria pela disponibilidade e aprendizagem que me proporcionou em campo de estágio de internamento psiquiátrico. O seu rigor e exigência permitiu-me um olhar para a saúde mental numa perspetiva distinta e com maior motivação.

A todos os clientes que participaram ao longo deste caminho formativo.

Aos meus amigos e família, pelo apoio incondicional, paciência e compreensão durante o período de aulas e estágio. Duvido que o meu caminho tivesse sido tão enriquecido e gratificante sem a presença de todas estas pessoas.

Grata pelo vosso apoio e incentivos positivos ao longo deste percurso.

Um bem-haja a todos os que contribuíram para a finalização deste ciclo formativo da minha vida.

RESUMO

Este relatório pretende traduzir as aprendizagens ocorridas ao longo do estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, que se desenvolveu em dois contextos: comunitário e hospitalar. Estes decorreram de setembro de 2019 a fevereiro 2020. A finalidade do estágio foi desenvolver competências de enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Utilizou-se a metodologia de projeto, com recurso a entrevista semiestruturada, observação e notas de campo.

O estágio comunitário foi realizado no Centro Nacional de Apoio à Integração de Migrantes (CNAIM) em Lisboa e permitiu identificar problemas de saúde reais e potenciais, analisar as dificuldades/barreiras dos migrantes no acesso aos cuidados de saúde em Portugal e definir algumas estratégias de saúde. As narrativas dos migrantes que participaram no estudo do CNAIM evidenciaram dificuldades no acesso e continuidade aos cuidados de saúde, barreiras linguísticas e culturais, discriminação por parte de alguns funcionários e profissionais de saúde, o medo de serem denunciados, em caso de clandestinidade, alguns relatos referem condições precárias (sociais, laborais, económicas e habitacionais) e a verbalização de alguns sentimentos de desesperança, angústia, ansiedade e isolamento.

O estágio hospitalar realizado no serviço de psiquiatria de uma instituição de Saúde da Região de Lisboa, permitiu compreender a tristeza, o medo, a insegurança, a baixa-autoestima, a falta de esperança, de vários clientes que entraram no serviço com tentativa de suicídio e ainda as problemáticas inerentes a outras situações clínicas no âmbito psiquiátrico.

As intervenções de enfermagem desenvolvidas durante este estágio permitiram adquirir competências ao nível do planeamento, implementação e avaliação dos cuidados. A relação dual e a comunicação terapêutica foram intervenções privilegiadas em ambos os contextos. Estas permitiram o aprimoramento de competências no apoio à pessoa em sofrimento mental, na procura e construção do sentido do vivido, no ressignificar de experiências e acontecimentos adversos e na ampliação da capacidade de elaboração desse sofrimento.

Palavras-chaves: sofrimento mental; migração; doença mental; intervenção de enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

ABSTRACT

This report intends to translate the learning that took place during the internship of the Master's Degree Course in Nursing, in the Specialty Area of Nursing in Mental Health and Psychiatry, which was developed in two contexts: community and hospital. These took place from September 2019 to February 2020. The purpose of the internship was to develop mental health and psychiatry nursing skills. The project methodology was used, using semi-structured interviews, observation and field notes.

The community internship was held at the National Support Center for the Integration of Migrants (CNAIM) in Lisbon and allowed to identify real and potential health problems, analyze the difficulties/barriers of migrants in accessing healthcare in Portugal and define some health strategies . The narratives of the migrants who participated in the CNAIM study showed difficulties in accessing and continuing health care, language and cultural barriers, discrimination on the part of some employees and health professionals, the fear of being denounced, in case of illegality, some reports they report precarious conditions (social, work, economic and housing) and the verbalization of some feelings of hopelessness, anguish, anxiety and isolation.

The hospital internship carried out in the psychiatric service of a health institution in the Lisbon region allowed us to understand the sadness, fear, insecurity, low self-esteem, lack of hope, of several clients who entered the service with a suicide attempt and also the problems inherent in other clinical situations in the psychiatric field.

The nursing interventions developed during this internship allowed them to acquire skills in terms of planning, implementation and evaluation of care. The dual relationship and therapeutic communication were privileged interventions in both contexts. These allowed the improvement of skills in supporting the person in mental suffering, in the search for and construction of the meaning of what was lived, in the redefinition of experiences and adverse events and in the expansion of the capacity to elaborate this suffering.

Key words: mental suffering; migration: mental disease; mental health nursing intervention and psyc

Lista de Abreviaturas, Acrónimos e Siglas

ARSLVT: Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CNAIM: Centro Nacional de Apoio à Integração de Migrantes

HSM: Hospital de Santa Maria

EESPM: Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria

ESPM: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

ESEL: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

OMS: Organização Mundial de Saúde

OE: Ordem dos Enfermeiros

TASR*: Tool for the Assessment of Suicide Risk*

INDÍCE

INTRODUÇÃO **8**

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL **11**

1.1. O Processo migratório e a saúde mental **11**

1.2. O stress e as suas implicações na saúde **16**

1.3. Dos comportamentos auto lesivos ao suicídio **20**

1.4. Dos referenciais teóricos à práxis de enfermagem **22**

2. PERCURSO FORMATIVO EM CONTEXTO COMNUNITÁRIO: APOIO AO MIGRANTE **25**

2.1. Breve caracterização do contexto comunitário……**25**

2.2. Objetivos gerais e específicos deste estágio…. **25**

3. PERCURSO FORMATIVO EM SERVIÇO DE INTERNAMENTO PSIQUIÁTRICO **30**

3.1 Breve caracterização do contexto de internamento psiquiátrico **30**

3.2. Objetivos gerais e específicos do estágio **30**

4. ANALISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETENCIAS EM ESMP **34**

5. ANÁLISE DOS PROBLEMAS ÉTICOS E DEONTOLÓGICOS **41**

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS **43**

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **46**

APÊNDICES **53**

APÊNDICE I: Trabalho realizado em contexto comunitário **54**

APÊNDICE II-Diário de Aprendizagem **112**

APÊNDICE III: Trabalho sobre o contexto de internamento **122**

ANEXO **147**

ANEXO I: Notas de Campos **148**

INTRODUÇÃO

Este relatório refere-se ao estágio curricular do 10º Curso de Mestrado de Enfermagem, na Área da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (EESPM). Pretende descrever o percurso de estágio realizado em dois contextos: O estágio comunitário realizado no CNAIM e o estágio hospitalar realizado num serviço de psiquiatria de uma instituição de Saúde da Região de Lisboa. Após alguns anos de exercício em funções como enfermeira ligada à prática clínica no Serviço de Urgência Central de um Hospital Universitário da Região de Lisboa e na prestação de cuidados no âmbito da Diabetes numa associação dirigida à prestação de cuidados da pessoas com diabetes na Região de Lisboa, onde verifiquei e vivenciei que as intervenções do enfermeiro se tornavam num processo cada vez mais complexo, exigindo o desenvolvimento de competências técnicas, relacionais e de investigação mais específicas e um aumento dos conhecimentos multidisciplinares em diversas áreas.

A escolha de ESMP foi uma decisão que me parecia importante por ser uma área transversal a qualquer área de atuação e por isso a opção por esta área.

O interesse pelas áreas da migração e da pessoa com tentativa de suicídio, prende-se com o poder compreender as suas problemáticas e ajudar estas pessoas em sofrimento psicológico que são vítimas de preconceitos e discriminação social, e que são considerados pela sociedade como "os outros" diferentes de "nós".

Portugal têm sido um país de emigração, embora nas últimas décadas tenha aumentado o processo de imigração. (Re)conhecer o fenómeno da alteridade dos (migrantes e pessoas com doença mental) é reconhecer um processo de empatia e um caminho para reconhecer as diferenças individuais e culturais. Significa dar voz às pessoas vítimas de discriminação que carecem de apoio e de ajuda.

A doença mental, a migração e outros acontecimentos transacionais na vida, colocam as pessoas em estados mais vulneráveis, predispondo-a a fatores externos e internos que poderão contribuir para desencadear o aparecimento de grande sofrimento ou perturbação psíquica, (Melo-Dias & Silva, 2015). Durante o estágio apesar de realidades distintas destaco aspetos que foram comuns: o sofrimento, o isolamento de alguns utentes, a finalidade de conhecer a pessoa e o seu contexto individual e social, a necessidade de estabelecer uma relação terapêutica e definir planos estratégicos para alívio de sofrimento e capacitação.

Os conceitos chaves utilizados na revisão bibliográfica foram a migração, a doença mental, o sofrimento mental e as intervenções de enfermagem de saúde mental e psiquiatria. A migração é um processo de mobilidade espacial de indivíduos dentro do próprio país ou além-fronteiras, de forma temporária ou permanente, desencadeada por razões diversas: sociais, económicas, educacionais, proteção, culturais, religiosos, políticas, naturais. Dentro dos principais fatores que impulsionam as migrações podem ser citados os económicos, políticos e culturais. Assim, alguns migrantes deslocam-se à procura de trabalho e melhores condições de vida. Outros para reunificação familiar, ou mesmo para escapar a conflitos, perseguições, terrorismo ou violações de direitos humanos. Outros movem-se na sequência dos efeitos adversos das alterações climáticas, desastres naturais ou outros fatores ambientais.

A doença mental, denominada de transtorno mental na DSM**5** é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental.

O sofrimento mental é um fenómeno complexo e individual, que provoca um estado de desconforto severo, desencadeado por uma ameaça atual ou iminente para a integridade ou continuidade da existência da pessoa como um todo, (Gameiro, 1999; Morins, 2009; Neeb,2008 & OIM,2009).

As intervenções de enfermagem de saúde mental e psiquiatria de acordo com o REPE são atividades de intervenção clínica e podem classificar-se autónomas ou interdependentes baseada em relações de confiança e parceria com o cliente, família e outros grupos da comunidade. Ao longo deste trabalho demos uma maior relevância às intervenções de cariz autónomas, visto serem para nós intervenções que careciam de mais treino. As suas intervenções de enfermagem de saúde mental podem assumir carácter psico e socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Neste trabalho foi crucial identificar os focos de enfermagem, estabelecer os diagnósticos, definir estratégias de saúde para ultrapassar as necessidades identificadas visando sempre a individualidade e respeito pelo outro. A promoção, a prevenção, e a manutenção da saúde multicultural implicam cuidados de enfermagem inclusivos; cuidados baseados na empatia, na relação terapêutica, na compreensão dos valores, culturais e religiosos, no conhecimento das suas práticas quotidianas, estilos de vida e condições de habitação.

Este estágio permitiu patentear áreas importantes de saúde mental, proporcionando-me o desenvolvimento de competências clínicas, relacionais, de formação e investigação, com a realização de um estudo qualitativo sobre as dificuldades dos migrantes no acesso aos cuidados

que abordaremos no contexto comunitário, com atividades que favoreceram o encontro com a pessoa em sofrimento mental.

No estágio de internamento psiquiátrico além de prestar cuidados a doentes com outras patologias, e desenvolver outras atividades de enfermagem, aprofundei conhecimentos e prestei cuidados sobretudo a pessoas com ideação suicida. As pessoas que foram admitidas com esta problemática foram internadas mais frequentemente por diagnostico médico de perturbação depressiva e perturbação psicótica. Nas pessoas mais jovens as tentativas de suicídio também estavam associadas a psicoses tóxicas por consumo de substâncias psicoativas. Este serviço onde estagiei possui uma consulta e núcleo de apoio a pessoas com comportamentos auto lesivos e atos suicidas.

Além das intervenções atrás referidas realizou-se pequeno estudo intitulado" O suicídio: o grito do sofrimento em pessoas com perturbações mentais", a sete utentes internados com este disgnóstico.

Neste pequeno trabalho utilizou-se a entrevista semi-estruturada no acolhimento e apoio à pessoa com ideação e tentativa de suicídio, além da escala TASR, na admissão e uma semana depois. Este estágio permitiu o desenvolvimento de cuidados não só a pessoa com tentativa de suicídio, mas à pessoa em fase aguda de outras doenças psiquiátricas. Foi importante trabalhar com o grupo de doentes uma sessão psicoeducativa, não só para dar apoio e informação, mas para compreender as atitudes do grupo, bem como fazer a avaliação dessa sessão.

A intervenção de enfermagem de saúde mental e psiquiatria no contexto do apoio aos migrantes, bem como no internamento de psiquiatria nos doentes em situação aguda, teve por base o referencial teórico de *Betty Neuman*, um modelo assistencial sistémico e a teoria de médio alcance de Enfermagem Transcultural de *Leininger*, uma teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural.

Este relatório está organizado em vários capítulos e subcapítulos. Inicia-se pelo enquadramento teórico onde são abordados os conceitos e autores de referência sobre o processo migratório e a doença mental. Seguindo-se a metodologia e o percurso de desenvolvimento de competências específicas nos dois contextos de estágio e a especificação das respetivas intervenções. O quarto capítulo aborda as questões éticas e deontológicas. Seguindo-se as considerações finais e por último as referências bibliográficas, os apêndices e anexos.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O enquadramento conceptual deste relatório iniciou-se através duma revisão da literatura nas bases de dados *CINAHL, MEDLINE, Google Scholar* e literatura cinzenta, revistas científicas, livros científicos, dissertações, websites governamentais e organizações. Foram pesquisados documentos datados até 5 anos e depois sentimos necessidade de alargar este período, visto termos encontrado alguns relatórios e artigos com interesse sobre esta temática. Foram utilizadas as palavras-chaves: sofrimento mental, migração, doença mental e intervenção de enfermagem de saúde mental e psiquiatria. O enquadramento foi complementado com outras pesquisas na área de ESMP, nomeadamente no estudo do suicídio.

1.1. O Processo migratório e a saúde mental

As migrações não são uma realidade contemporânea, desde os primórdios que os fluxos migratórios são fenómenos intrínsecos ao ser humano, apresentados por características distintas da época.

Portugal nas últimas três décadas tornou-se num país de imigração. As dinâmicas e a diferentes origens dos migrantes chegado ao território português, tal como as distintas zonas geográficas de destino dos emigrantes e imigrantes, marcam uma nova era da migração.

Assim Portugal assume um papel de país migrante, caracterizado por diversos tipos de processos migratórios, como: a imigração sazonal (agricultura ou no turismo); imigração temporária (estudantes) e a imigração a longo prazo (laboral ou reagrupamento familiar). Por um lado, o movimento global de trabalhadores (especialmente europeus e africanos), famílias e estudantes traz alterações sociais, culturais e demográficas para Portugal. Por outro lado, a receção simultânea de vários grupos de pessoas estrangeiras constitui um desafio para a inclusão social visto que cada pessoa estrangeira oferece uma contribuição específica para o país de acolhimento.

O crescimento e a diversidade da migração revelaram-se um fator de transformação demográfica, económica e social das sociedades atuais, como resultado das alterações climatéricas, as guerras, a pobreza, os problemas económicos, as desigualdades sociais dentro e fora do país.

Associado a este fenómeno, encontra-se também o processo de globalização, responsável pelo crescimento exponencial dos migrantes a nível mundial. Relacionado a estes desafios deparam-nos com o aumento das redes de tráfico, essencialmente de tráfico humano. Corroborando as afirmações de Ramos (2001), "o aumento da globalização e das migrações no mundo fez aumentar a multi/interculturalidade nas sociedades e a coabitação com a diversidade cultural"(p.2). Ramos (2013) referindo-se a Tourraine (2004) e Wiewiorka (2007), destaca que a cultura:

> Está no centro do que une e divide as sociedades contemporâneas. Os encontros e as relações interculturais, fazem atualmente parte e integram cada vez mais o nosso contexto social, económico, político, escolar, sanitário e mediático, reconhecendo estes aspetos ligados à nacionalidade e ao longo da expansão e de toda história de Portugal, (Ramos, 2013, p.346).

Atualmente o papel das migrações é reconhecido como um contributo positivo para o desenvolvimento sustentável a nível nacional, pois sem imigração seriamos um país mais pobre e envelhecido. Os seus contributos a nível laboral com um potencial aumento de recursos humanos, já que os migrantes realizam trabalhos que outros portugueses não produzem ex: obras, agricultura, entre outros; a nível educacional (crescimento de crianças imigrantes estrangeiros e a migração de estudantes). O potencial positivo da migração, colmata ainda o envelhecimento e diminuição da taxa de natalidade, (Góis, 2019; Góis & Marques, 2018; Eurostat, 2019 & Ramos, 2012, 2013).

As alterações sociais resultantes da livre circulação das pessoas com diferentes religiões e etnias, transportam uma grande diversidade cultural, com formas de estar e diversos processos vivenciais e de saúde que impõem redefinições de prioridades nos cuidados de saúde. O papel social de acolhimento de migrantes, desencadeia a necessidade de uma integração eficaz e simultaneamente uma reformulação das políticas de saúde, sociais e educativas.

Um país em movimento, com múltiplas dinâmicas migratórias, será o espelho de desafios de integração e governação no âmbito da diversidade, (Góis, 2919; Góis & Marques, 2018; Monteiro, 2011; Nunes & Ramos, 2011; Sousa,2006; Ramos,2013).

A distinção entre imigração e emigração permite, no âmbito desta publicação, explicitar as singularidades de ambos os conceitos e com eles surge a diversidade e a mudança social e diversos desafios acerca da forma de manter a diversidade e a coesão social na sociedade portuguesa. De acordo com Ramos, (2001), o pluralismo cultural não pode ignorar a diversidade

e as relações entre os diferentes indivíduos e grupos, sejam eles: cooperativos, conflituosos ou pacíficos", (p.364).

A "Declaração Universal sobre Diversidade Cultural", produzida pela UNESCO em 2001, no Artigo 3, mostra que a diversidade cultural é um património da humanidade e um fator para o desenvolvimento, não só em termos de crescimento económico, mas também como forma de alcançar uma existência intelectual, emocional, moral e espiritual mais satisfatória.

Corroborando a posição de Ramos (2012)," O migrante poderá aumentar a liberdade, melhorar as condições de vida, alargar o acesso aos serviços básicos, à escolaridade, à saúde e à participação e constituir um fator importante de desenvolvimento, se lhe for proporcionado o acolhimento e contextos social, educacional, sanitário e político adequados", (p.5).

Os fluxos migratórios não têm assumido "a mesma importância nos vários países de acolhimento do mundo", (Oliveira & Gomes, 2018, p.15). Os migrantes apresentam características próprias e muito diversas; com estatuto legal ou em situação irregular, migrantes altamente qualificados ou indiferenciados, migrantes sós ou ao abrigo da reunificação familiar, migrantes refugiados em busca de estatuto de proteção internacional, (Monteiro, 2011).

Desta forma o processo migratório passa a ser notado como desafio no âmbito da saúde pública, assumindo-se a importância de interpretar o impacto das migrações nos sistemas de saúde nos países de acolhimento, na ótica das comunidades imigrantes bem como nos cidadãos do país de acolhimento. Consequentemente, a diversidade e a crescente mobilidade das populações favorecem o aumento de doença infeciosas, sendo estas uma prioridade no combate às doenças transfronteiras; aumento da mortalidade associados a casos de agressão; diferenciação no acesso à saúde e cuidados de saúde culturalmente competentes, (Albridge, et al.,2018 & Waleed, et al.,2018).

Segundo artigo Saúde da Constituição Portuguesa o acesso ao Serviço Nacional de Saúde "é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social" e também "aos estrangeiros, em regime de reciprocidade, aos apátridas e aos refugiados políticos que residam ou se encontrem em Portugal", definindo assim o princípio de universalidade "todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover", (Crisóstomo, 2016).

Por conseguinte a saúde dos migrantes têm despoletado grande ênfase nas questões políticas internacionais e nacionais, ao nível da saúde, como a proteção dos direitos humanos, especialmente em situação irregular, e o impacto das migrações no sistema nacional de saúde do país de origem e de acolhimento. Assim, o estado de saúde e a acessibilidade aos cuidados

dos migrantes são fatores cruciais para a sua proteção e a dos outros, a equidade, os direitos humanos e para a sua integração considerados uma das prioridades das políticas da migração.

A escassez de conhecimento sobre os migrantes, a pouca sensibilidade social, os estereótipos e a discriminação, desencadeia o aparecimento de problemas ou agravamento dos mesmos a vários níveis (trabalho, ensino, acesso a aprendizagem da língua do país de acolhimento e interação com instituições públicas), limitando uma integração completa dos migrantes e favorecendo o aparecimento de comportamentos de riscos de saúde.

Ramos (2012) sustenta que a diversidade cultural e as minorias têm colocado à União Europeia numerosas questões ao nível da comunicação e saúde, sendo importante conhecer os contextos e identificar competências, programas e políticas que têm sido desenvolvidos para responder às necessidades destas populações e aos profissionais que lidam com diferentes grupos étnico-culturais, particularmente ao nível da informação, da comunicação e da saúde.

Em 2018, Dias e colaboradores publicaram um estudo sobre as atitudes e representações sobre os migrantes, dados que demonstram que existem algumas dificuldades no acesso à saúde. Neste estudo verificou-se que 35,6% dos profissionais de saúde não se esforçavam para interpretar o que os migrantes verbalizavam e 45,8% não possuíam sensibilidade e competências sociais e culturais para acolher os migrantes nos serviços de saúde, (Dias, et al., 2018).

Sacramento et al. (2020), acrescenta ainda no estudo sobre a perceção dos migrantes africanos sobre o atendimento nos serviços de saúde de Portugal, que é necessário compreender os processos de vida e o significado da doença, demonstrando empatia e respeito pelo sofrimento do outro pois existe um défice de sensibilidade cultural e escuta qualificada, no contexto dos profissionais de saúde.

Ramos já em, 2012, 2013, tinha referido a discriminação, a dificuldade comunicacional e dificuldades no âmbito do acesso à saúde e outros serviços. Esta realidade parece reforçar a dificuldade na aculturação dos migrantes, podendo constatar que existe um certo padrão de discriminação e estigma social relativamente aos estrangeiros, impedindo a sua integração.

A discriminação, segundo a lei nº 93/2017 "…é qualquer distinção, exclusão, restrição ou preferência com intuito ou efeito anulação e restrição do reconhecimento, gozo ou exercício, em condições de igualdade, de direitos, liberdades e garantias ou de direitos económicos sociais e culturais", (Diário da República, nº 162, p.4911).

Assim, torna-se importante refletir sobre o percurso e as condições e dos migrantes e os determinantes de saúde para se identificar o grau de vulnerabilidade, os problemas de saúde,

sociais entre outros. A vulnerabilidade representa um risco acrescido para reagir negativamente aos acontecimentos de vida, (Vaz-Serra, 2000). Muitas vezes, a experiência de migração é encarada e vivenciada maioritariamente como complexa e sujeita a vários fatores de stress, o que predispõem um grau de vulnerabilidade acrescido, contribuindo para o desenvolvimento de perturbações de saúde mental, (Silva,2019).

Partilhamos a opinião de que as desigualdades sociais e as condições de vida influenciam o estado de saúde das populações, tornando-as mais vulneráveis a nível dos seus determinantes sociais e pessoais nomeadamente nas condições de trabalho, habitacionais precárias, nutrição pobre em nutrientes essenciais, comportamentos de risco, barreira linguística e dificuldade de aceder aos serviços de saúde. Vaz-Serra, 2000 descreve que a condição de vida seria um processo de vulnerabilidade, podendo ser bem, ou malsucedido, dependendo das estruturas internas de cada indivíduo.

De facto, o sucesso ou insucesso do percurso migratório estará associado entre outros fatores ao controlo da situação e aos mecanismos de *coping* de cada migrante, nunca esquecendo os traumas anteriores vivenciados e do seu percurso pessoal, familiar e laboral. O processo migratório revela-se assim complexo e distinto, exigindo atuações de formas distintas e personalizadas. O diagnóstico do problema de saúde torna-se revelante para obter uma autoapreciação do estado de saúde, subjacente às diferentes experiências de saúde dos migrantes, e no combate às desigualdades dos sistemas de saúde.

Neste contexto seria importante identificar as suas necessidades de saúde, para melhorar o acesso à saúde, o que originará melhor condição de saúde, bem-estar e uma integração mais positiva nas sociedades de acolhimento, contribuindo desta forma para a diminuição das comorbilidades e da mortalidade.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) citado por Oliveira & Gomes, (2018)," …o acesso e usufruto de padrões de saúde e bem-estar constitui um direito de todos os seres humanos…", também a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, refere no artigo 35º "…o direito à proteção da saúde, invocando que todos têm direito a aceder à cuidados de prevenção de saúde e o direito a beneficiar de tratamento médico…",(p.32).

A inclusão social de migrantes significará uma integração baseada na solidariedade, compromisso, envolvimento, qualificação e capacitação total do país de acolhimento. A garantia dos direitos humanos para todos os cidadãos, começa a tornar-se cada vez mais crucial, expressando os 193 estados da Organização das Nações Unidas (ONU), na sua agenda para

2030, o compromisso de "(…) Um mundo justo, equitativo, tolerante, aberto e socialmente inclusivo, no qual as necessidades dos mais vulneráveis deverão ser atendidas", (p.13).

A saúde mental é um estado de bem-estar que permite ao indivíduo viver em harmonia com o próprio e como meio ambiente. A OMS citado pelo Retrato de Saúde, define a saúde mental como " o estado de bem-estar no qual o indivíduo tem consciência das suas capacidades, pode lidar com o stress habitual do dia-a-dia, trabalhar de forma produtiva e frutífera, e é capaz de contribuir para a comunidade em que se insere", (Ministério da Saúde, 2018, p.35).

O conceito de acesso aos cuidados de saúde é um pilar fundamental das políticas de saúde (Furtado & Pereira, 2010). Com efeito, na saúde o direito e acesso aos cuidados de saúde dos migrantes constituem apenas uma das dimensões, existindo outros fatores que influenciam a saúde, nomeadamente os estilos de vida, a pobreza, a exclusão social, o desemprego, a discriminação, o isolamento, a falta de informação e a baixa escolaridade, (Ramos,2012).

Quando existe um problema de saúde, nomeadamente no âmbito da saúde mental, gera desequilíbrio desencadeando um impacto negativo no quotidiano da pessoa a nível (familiar, educacional, saúde e emprego). Devido às vicissitudes de vida estes migrantes, nem sempre encontram condições condignas e estão assim mais sujeitos a vulnerabilidades e até à doença. Muitos migrantes carregam frequentemente uma dupla vulnerabilidade (psicológica e social) e uma dupla exclusão (do país/cultura de origem e do país/cultura de acolhimento), (Ramos, 2012, 2013).

1.2. O stress e as suas implicações na saúde

O processo migratório implica "a adaptação social e psicológica à cultura de acolhimento (...) e exige muitas mudanças", Ramos, (2012, p. 5). Algumas destas mudanças poderão ser positivas, especialmente no que se refere à melhoria das condições socioeconómicas, à educação e saúde; outras poderão originar dificuldades de adaptação, problemas psicossociais, sofrimento psicológico e stresse de aculturação.

Segundo a mesma investigadora (2013) o processo migratório "não é simplesmente sinónimo de encontro cultural, sendo um processo complexo e contraditório, uma experiência de perda, rutura e mudança, vivenciada pelo indivíduo de forma traumatizante ou harmoniosa segundo os seus recursos individuais e sociais, implicando uma adaptação social e psicológica à cultura de acolhimento, a um meio novo, desconhecido ou hostil",(p.348). O facto do processo

migratório estar associado a pressões psicológicas e sociais como a destruturação familiar, social e cultural e barreiras na adaptação ao país de acolhimento, pode originar stress, ansiedade, sofrimento psicológico e depressão.

As modalidades de aculturação psicológica dos imigrantes no país de acolhimento segundo Berry (1989, citada por Ramos, 2013, p. 349) incluem tipos de estratégias de adaptação, de que resultam quatro modos de aculturação:

Assimilação - processo unilateral pelo qual os membros de um grupo social, geralmente minoritário, se apropriam dos elementos culturais de um outro grupo, geralmente maioritário, em detrimento dos seus padrões culturais e identidade para se adaptarem às exigências de uma situação desigual de encontro entre grupos. O imigrante adota os traços culturais da sociedade de acolhimento com prejuízo do abandono da sua identidade de origem;

Integração - manutenção parcial da identidade cultural do grupo étnico-cultural de origem com uma participação, mais ou menos ativa, dos indivíduos na nova sociedade, adotando igualmente comportamentos e valores dessa sociedade. Esta estratégia permite ao imigrante adotar aspetos da cultura maioritária mantendo, igualmente, a sua cultura de origem;

Separação - quando o indivíduo tenta preservar a sua identidade cultural, fechando-se na sua cultura de origem, sem procurar estabelecer relações com os membros da comunidade recetora ou rejeitando a cultura dominante;

Marginalização – o grupo dominante impede o indivíduo de participar no funcionamento das instituições e na vida social do grupo maioritário, devido a práticas discriminatórias. Esta situação é acompanhada geralmente de stresse e desorganização mental, já que o indivíduo ou o grupo minoritário perdeu a sua identidade cultural devida, geralmente, a políticas assimilacionistas, não tendo, ao mesmo tempo, o direito de participar no funcionamento das instituições e na vida da sociedade de acolhimento, encontrando-se excluído de ambas as culturas. Segundo a mesma autora entre as modalidades de aculturação, as investigações realçam que a integração é o modo mais adaptativo de aculturação.

A perda da saúde mental torna-se assim um dos fatores de risco dos migrantes, associados ao medo e ansiedade do processo de integração, (Fonseca & Silva, 2010 & Ramos, 2012, 2013).

O acesso aos cuidados de saúde é apenas um dos determinantes da saúde. Segundo Furtado & Pereira (2010), "está interligado de um modo dinâmico com os determinantes sociais, com a literacia, com as atitudes perante os serviços de saúde e estado de saúde. Estes

fatores assim como as características do sistema de prestação de cuidados influenciam a utilização dos cuidados de saúde", (p.8).

A explicitação dos diferentes fatores que afetam o acesso permite compreender que as melhorias nas desigualdades no acesso envolvem não só o sistema de saúde, mas também os fatores macro que determinam as condições socioeconómicas das populações. O sofrimento relacionado com a migração, é um facto, não só pelo processo de aculturação mas também devido a ruturas importantes no espaço e nas vivencias do migrante. A transição social implica a alteração de envolvimento com o meio, quer física, social e jurídica, fenómeno este que desencadeia um sofrimento associado a muitas perdas psicológicas e sociais, (Franken, 2012).

Vaz-Serra (2007), destaca os conceitos de *Eustress* e *Distress*, evocados por Selye. O stress na vertente positiva (*eustress*), pode considerar-se quando encarado pelo migrante, como um desafio ou uma nova oportunidade de vida. Notando-se ainda, a influência da sua cultura, e a forma como cada pessoa ou grupo lida com o stress, (Berry, 2006 & Neeb, 2000).

O segundo conceito resulta de situações desgastantes e improdutivas. O *distress* surge como um acontecimento no qual as necessidades ambientais ou internas transcendem as estratégias de adaptação do indivíduo, sendo a avaliação cognitiva e as emoções determinantes do stress, (Bolander, 1998 & Vaz- Serra, 2007). Assim, o *distress* pode não ser considerado como fator prejudicial tornando-se um indutor de resposta na solução do problema, ou revelar-se como um aspeto prejudicial para o individuo. O sofrimento se continuado pode ser percebido como uma ameaça à integridade e à continuidade da pessoa.

O stress psicológico associado a aculturação do migrante pode assumir um carácter negativo devido aos diversos fatores e barreiras de integração no país de acolhimento e às emoções vivenciadas em todo este processo de migração.

Ramos (2013) refere que a "incapacidade de lidar com as exigências do ambiente e a ansiedade e conflitos decorrentes das decisões entre o que manter e abandonar da cultura de origem, poderão ter efeitos desorganizadores no comportamento e estar na origem de distúrbios psicopatológicos e stress de aculturação, (p.350).

De acordo com Lazarus (1993 citado por Sequeira, 2006) as emoções constituem "reações psicofisiológicas organizadas perante a informação e o conhecimento sobre o significado do bem-estar que a pessoa experimenta nas suas relações com o ambiente servindo assim como indicador do modo como a pessoa avalia aquilo que lhe acontece",(p.90). As emoções e as hormonas do stress negativo do ponto de vista da saúde diminuem a imunidade

contribuindo para uma maior vulnerabilidade à doença (e.g. situação socioeconómica, situação no mercado de trabalho, trabalhos mais arriscados, perigosos e mais exigentes, condições de habitação, estilos de vida, dificuldades no contacto com sistemas administrativos e legais de saúde), questões identitárias (Sousa, 2006 & Ramos, 2013). Segundo Matos et al., (2015, p.165), "a população imigrante em Portugal tem menor acessibilidade aos serviços de saúde quando comparada com a população não migrante", (p.165). Estas condições específicas são mais suscetíveis de se manifestarem em problemas de saúde mental como: a ansiedade, a depressão, angústia entre outras, bem como problemas identitários de marginalização, sentimentos de insegurança e perda de autoestima, (Ramos, 2013).

O estudo realizado em 2016, no âmbito das estatísticas da saúde, o Eurostat com base nos Inquéritos às Condições de Vida e Rendimento (sigla ICOR em português para EU-SILC) promovidos anualmente pelos Institutos Nacionais de Estatística dos Estados-membros, disponibiliza dados sobre o estado de saúde auto reportado pelos cidadãos, com base na naturalidade dos indivíduos. Este destaca que nos países de imigração mais antiga, como a França, Holanda, Luxemburgo e Bélgica, os imigrantes tendem a reportar condições de saúde menos favoráveis comparativamente aos nativos. Em países onde a imigração é mais recente (Europa do Sul) e em média mais jovem que a restante população - os imigrantes tendem a considerar-se como mais saudáveis que os seus homólogos nativos, o que também sucede em Portugal, onde 60% dos imigrantes reportaram um bom estado de saúde (contra apenas 47% dos nativos, ou seja, os imigrantes apresentam mais 13 pontos percentuais de boa saúde).

No estudo realizado sobre as atitudes e representações face à saúde, doença e acessos aos cuidados de saúde nas populações imigrantes, 61,5% dos imigrantes oriundos do leste, brasileiros e africanos percecionaram o seu estado de saúde como bom /muito bom, embora identificassem aspetos menos positivos no acesso aos cuidados de saúde como o desconhecimento por parte dos profissionais de saúde sobre a legislação e procedimentos, atitudes discriminatórias dos profissionais, desconhecimento e falta de sensibilidade sobre a diversidade cultural e falta de prática no diagnóstico e tratamento de doenças tropicais ou invulgares, (Dias et al., 2018).

A investigadora Mariana Silva em 2019, descreve no estudo com a população migrante, nomeadamente a comunidade indiana, apresenta um índice de comorbilidade inferior ao dos nativos, embora a taxa de mortalidade por causas não naturais (acidentes, catástrofes e suicídios) seja superior à da restante população, (Silva,2019).

1.3. Dos comportamentos auto lesivos ao suicídio

O termo de suicídio deriva etimologicamente de sui (de si) e caedere (matar), e significa a morte de si (ou do) próprio. O suicídio é considerado um fenómeno multifacetado e o resultado de uma complexa interação entre fatores biológicos, genéticos, psicológicos, psiquiátricos, sociais e culturais, necessitando de esforços coordenados para uma correta metodologia de intervenção. A compreensão do suicídio passa pela análise dos diversos fatores que o constituem. Os comportamentos auto lesivos e suicidários representam um grande problema de saúde publica e de saúde mental especialmente na Europa, onde são encontrados os maiores índices de suicídio no mundo.

Os comportamentos auto lesivos são muitas vezes identificados como um dos preditores mais fortes para posteriores comportamentos suicidas. O comportamento suicida é uma das principais causas de lesões e morte em todo o mundo, (Nock et al., (2008).

A atitude ou o comportamento suicida transporta um intolerável sofrimento mental. A pessoa com ideação suicida não quer necessariamente morrer, mas sim outra maneira de viver. Para a pessoa é uma fuga ao sofrimento e ao desespero (Plener et al., 2016).

Há fatores individuais biológicos como as alterações nos mecanismos serotoninérgicos têm sido associadas a comportamentos impulsivo-agressivos e ao aumento do stress. Os fatores sociodemográficos que podem também contribuir consideravelmente para o risco de comportamentos suicidários, são: a idade, o género, a raça, a etnia e a religião. As perturbações mentais nomeadamente a esquizofrenia, outras perturbações do humor como a depressão, o abuso e dependência de substâncias psicoativas, bem como os distúrbios da ansiedade e doenças físicas e dor cronica são um importantíssimo fator de risco para o suicídio.

As características psicológicas da personalidade e os distúrbios da personalidade (com traços de impulsividade, agressividade ou mesmo de perfeccionismo) são encontrados em cerca de um terço das vítimas de suicídio, distúrbios estes que acarretam um risco de suicídio 2,9 vezes superior comparando com a população em geral (Groschwitz al, 2015).

Em 2015, observou-se que em 84 000 pessoas na União Europeia, apresentavam mortalidade associadas às doenças mentais e suicídio.

Muitos investigadores concordam que a depressão seja o fator de risco mais comummente envolvido nos comportamentos suicidários, (Picazo-zappino, 2014).

Em 2017, a OMS afirmava que as perturbações depressivas afetavam mais de 300 milhões de pessoas em todo o mundo (4,4% da população mundial), sendo estimadas como a segunda causa de incapacidade em 2020 e prevendo-se que em 2030 sejam a primeira causa de mortalidade e morbilidade a nível mundial (World Health Organization, (WHO) 2017). No mesmo ano, a OMS indicou o suicídio como a principal causa de morte no mundo nos jovens entre os 15-29 anos de idade, (WHO, 2017).

Estes comportamentos são fenómenos complexos que não dependem unicamente de uma causa, mas são o resultado final de múltiplas interações entre fatores genéticos, biológicos, psiquiátricos, psicológicos, sociais e culturais.

Segundo Carvalho et al. (2017) a perturbação depressiva carateriza-se por uma "perturbação do estado do humor que atinge a esfera dos interesses, da vontade, da capacidade cognitiva e a regulação dos instintos", (p. 2).

Na última década, os dados epidemiológicos evidenciam que as perturbações psiquiátricas e os problemas relacionados com a saúde mental tornaram-se na principal causa de incapacidade, bem como de morbilidade e morte prematura, sobretudo em países ocidentais industrializados, (Plano Nacional Suicídio de Saúde Mental, (PNSM), 2017).

. Desta forma, a saúde mental revela-se como uma prioridade, sendo necessário uma intervenção social, económica e política, (OECD, 2018). Em 2010, no estudo *Global Burden of Disease* as perturbações depressivas eram já a terceira causa de carga global de doença, prevendo-se passar para a primeira causa a nível mundial em 2030. Segundo os dados da Sociedade Portuguesa Saúde Mental, 12% das doenças mundiais são do foro mental, aumentado a percentagem para 23% nos países desenvolvidos. O Retrato Epidemiológico Europeu prevê que 165 milhões de pessoas serão afetadas por uma doença mental anualmente, (Sociedade Portuguesa Saúde Mental (SPSM) S.D.). O primeiro Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (2013) realizado no âmbito do *World Mental Health Survey Initiative*, em Portugal comprovou a importância decisiva da criação do Plano Nacional de Saúde Mental, pela existência de um alto índice de doença mental, (Almeida & Xavier,2013).

Outro estudo realizado em Portugal sobre a prevalência das doenças mentais apresenta o país como um dos países europeus que apresenta uma maior prevalência de patologias do foro psiquiátrico na população adulta. Mais de um quinto dos portugueses sofre de perturbação psiquiátrica, (Ministério da Saúde, 2018 & SPSM, S.D.).

Segundo o Plano Nacional de Saúde Mental, desde 2011 assistiu-se a um crescente aumento das perturbações mentais a nível dos cuidados de saúde primários. As perturbações

depressivas lideram o crescimento passando de 5,34% para 9,32% em cinco anos, (PNSM, 2017). A investigação na área da saúde mental e psiquiatria dos migrantes ainda carece de estudos mais robustos. No âmbito do estudo das depressões a investigação sugere que as pessoas que descobriram o significado da vida têm uma saúde física e mental muito melhor do que aquelas que continuam a procurar.

Em Portugal temos uma das mais elevadas prevalências de doenças mentais da Europa, sendo que muitas das pessoas com doenças mentais graves permanecem sem acesso a cuidados de saúde mental e muitos dos que têm acesso a cuidados de saúde mental continuam a não beneficiar dos modelos de intervenção (programas de tratamento e de reabilitação psicossocial), hoje considerados essenciais.

1.4. Dos referenciais teóricos à práxis de enfermagem

Compreender e lidar com a saúde dos migrantes é respeitar os valores culturais, o estilo de vida, incluindo as práticas de saúde, atendendo aos seus princípios e valores e ajustando-se à cultura dos migrantes, (Whaley & Wong,1999 & Granada, et al., 2017), pretendendo-se ao nível de saúde promover o bem-estar e o aumento da literacia em saúde.

Considerando as condições que estão inerentes ao processo migratório, às necessidades de saúde da população migrante e a intervenção de enfermagem na prestação de cuidados, repensámos os referenciais teóricos a utilizar e que dariam suporte à nossa prática clínica. Os cuidados de enfermagem desenvolvidos tiveram por base o conhecimento das necessidades de saúde dos migrantes com enfoque na componente cultural. Corroborando a posição de Ramos (2013) para intervir e desenvolver a competência intercultural pressupõe antes entender o conceito de cultura.

E o que é a cultura? A cultura é definida como um "sistema complexo de códigos e padrões partilhados por uma sociedade ou um grupo social e que se manifesta nas normas, crenças, valores, criações e instituições que fazem parte da vida individual e coletiva dessa sociedade ou grupo", segundo o dicionário da Porto Editora, Infopédia (2020).

No desenvolvimento da praxis tomámos por referência o modelo de Enfermagem Sistémica de *Betty Neuman* e a Teoria Transcultural, na perspetiva de *Leininger* (2001), que inclui a sensibilidade e a competência cultural, pressupõe uma aproximação à experiência

vivida da pessoa em processo de transição vivencial, direcionada para os valores, crenças e práticas de cuidado cultural, (Leininger, 2001).

Leininger, enfermeira e antropóloga desenvolveu o movimento transcultural na década de 60/70, criando o conceito de etnociência. Na perspetiva desta teórica a etnociência concebia o método de estudar as formas de vida dos migrantes (comportamentos e perceções) através do método de entrevista. A cultura assume o significado de acumulação de diversas experiências humanas em mutação para um estilo de vida num grupo de indivíduos, (Bolander,1998).

O principal objetivo da teoria de *Leininger* é prestar cuidados de saúde culturalmente competentes em ambientes seguros e benéficos promovendo o bem-estar e o apoio nas experiências de morte. Quando se trata do paradigma intercultural para desenvolver cuidados culturalmente competentes inclui uma atitude reflexiva, sensibilidade, conhecimento e o desenvolvimento de competências: individuais, interculturais e competências de cidadania. A enfermeira culturalmente competente deve aprender a cuidar com base nas diferenças culturais e étnicas tomando consciência e competência cultural, (Bolander,1998).

Segundo Ramos (2013, p. 353) para facilitar a integração é fundamental desenvolver competências:

- Individuais que permitam interações sociais harmoniosas entre os indivíduos e as culturas e que promovam uma atitude de descentração, a qual permitirá flexibilizar e relativizar princípios, modelos e competências apresentados como únicos e universais e evitar muitos comportamentos de intolerância e discriminação;

- Interculturais, sobretudo linguísticas, comunicacionais e pedagógicas, que facilitem, por um lado, a comunicação intercultural e a consciencialização cultural e, por outro, que promovam praticas e intervenções interculturais competentes e inclusivas, formando profissionais e cidadãos culturalmente sensíveis e implicados; e

- Competências de cidadania, que tornem possível o funcionamento democrático das sociedades e das instituições.

A teoria da Enfermagem dos Sistemas, na perspetiva de *Betty Neuman,* define a pessoa como um ser holístico centrado no modelo de sistemas, tendo como preocupação a pessoa e os *stressores* e as ações de enfermagem, aos vários níveis de intervenção.

A pessoa é vista como um todo nas suas dimensões (biológica, psicológica, sócio cultural e espiritual) em constante interação com o ambiente, podendo reagir de forma positiva

ou negativa através dos fatores *stressores* (intra, inter e extrapessoais). As reações associadas a sinais ou sintomas podem ser mitigados por meios de intervenções precoces.

Os comportamentos das pessoas são influenciados pelo ambiente e a sua interação com o próprio, procurando nesta busca de um continuo equilíbrio e harmonia. A pessoa está sujeita aos *stressores,* podendo desencadear instabilidade ou não em si própria, de acordo com a seu o contexto, estratégias de *coping, insight,* estado de saúde, vivências e intensidade das emoções e a sua duração. A saúde é definida como um estado de bem-estar em determinado momento, podendo ser mutável por múltiplos fatores e capacidade de adaptação em qualquer fase do ciclo de vida, (Parker, 2001).

2. PERCURSO FORMATIVO EM CONTEXTO COMNUNITÁRIO: APOIO AO MIGRANTE

O estágio em contexto comunitário realizou-se no gabinete de Saúde do CNAIM de Lisboa, foi realizado em dois períodos, o primeiro decorreu entre março e maio de 2019 (estágio de Opção II) e o segundo momento de setembro de 2019 a dezembro de 2020, onde realizei o estágio com relatório tentando dar resposta ao projeto previamente delineado e ganhar competências de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

2.1 Objetivos gerais e específicos deste estágio

Objetivos Gerais

- Conhecer a dinâmica organizacional e de intervenção do Gabinete de saúde do CNAIM
- Analisar o perfil sociodemográfico e a problemática de saúde dos migrantes que recorriam ao gabinete da saúde no CNAIM de Lisboa,
- Delinear estratégias de intervenção com base nos problemas de saúde.

Objetivos Específicos

- Identificar as problemáticas e o pedido de ajuda (motivo) dos migrantes no gabinete de saúde do CNAIM,
- Implementar intervenções que promovessem a verbalização da sua experiência vivencial da migração e expressão de emoções e sentimentos desse processo,
- Identificar os tipos de encaminhamentos efetuados.

2.1.1. Breve caracterização do contexto comunitário

A estrutura física do CNAIM encontra-se localizada na freguesia de Arroios em Lisboa, sendo constituída por 3 pisos. O gabinete de saúde estava sediado no piso 2. Esta estrutura pertencente ao departamento de saúde pública da Administração Regional Sul de Lisboa Vale Tejo (ARSLVT), é destinada ao atendimento dos migrantes. O enfermeiro neste serviço disponibilizava tempo para identificar as necessidades do migrante, compreendendo o motivo do pedido de ajuda, promovendo estratégias de resolução, realizando os encaminhamentos,

facilitando momentos de partilha e expressão de sofrimento na fase da adaptação ao país de acolhimento. A população migrante é oriunda de vários continentes embora seja os africanos, asiáticos e brasileiros que recorrem ao espaço com maior frequência. A equipa presentemente é apenas constituída por uma enfermeira especialista ESMP e o médico responsável, que acumula funções com a presidência da ARSLVT, no entanto há uma grande articulação com profissionais de outros serviços, como o serviço de estrangeiros e fronteiras, segurança social, ministério da educação e espaço de cidadão.

A enfermeira especialista e gestora de cuidados responde aos pedidos presencias e aos pedidos solicitados via email ou telefone; planeia as formações internas e externas sobre as problemáticas relacionadas com os migrantes, as formações na área da promoção de saúde e muito particularmente sobre a legislação e apoio ao migrante.

O desenvolvimento do estágio foi sendo progressivo, desde o diagnóstico da situação ao planeamento, implementação e avaliação do projeto. Iniciei o meu projeto de estágio pela observação e pesquisa realizada e outras formações que foram frequentadas durante este percurso, para uma melhor compreensão das situações dos migrantes.

O primeiro estágio de observação participada realizado no CNAIM, no segundo semestre, permitiu-me o conhecimento da dinâmica do serviço e de algumas necessidades dos migrantes, o que possibilitou estruturar o projeto, a realizar no terceiro semestre, pois tinha interesse em conhecer melhor as problemáticas específicas do migrante que acedia ao gabinete de saúde, para poder implementar algumas estratégias de saúde. Assim participei em todas as atividades do gabinete no sentido de responder ao objetivo geral e integrar-me no espaço físico e na dinâmica compreendendo quais as problemáticas mais verbalizadas pelos migrantes. As narrativas dos migrantes não se limitavam às necessidades de acesso aos cuidados de saúde nas instituições, pois cada pessoa (migrante, refugiado, sem abrigo) transportava além de dificuldades do acesso à saúde, carências emocionais, económicas e outros problemas consequentes da fase de transição e da nova adaptação.

Assim, durante este estágio com a anuência dos orientadores propus-me desenvolver um estudo de investigação, um estudo exploratório, qualitativo, intitulado: As expressões da Migração: A promoção da saúde mental dos migrantes que acedem ao Centro Nacional de Apoio à Integração de Migrantes.

2.1.2. Opções Metodológicas

Delimitação da Problemática

A migração é um dos maiores desafios mundiais de saúde pública. Segundo a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico, (Organization for Economic Cooperation and Development (OCDE),2019) entre 1990 e 1999, ocorreu um crescimento médio anual de 7% e a percentagem de migrantes na população total. Os migrantes provindos do território africano (PALOP) e europeu (União Europeia) foram os principais responsáveis pelo crescimento da população migrante, representando 76,6% do total da migração. Entre 1980 e 1999, observou-se também um aumento na percentagem de migrantes brasileiros e asiáticos em território nacional (Góis & Marques, 2018).

Segundo os dados do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras há uma tendência de subida de migrantes entre 2015 e 2019. No ano 2018, residiam em Portugal, de forma legal, cerca de 480.000 mil imigrantes. No ano de 2019, verificou-se um aumento para 590.348 imigrantes, o valor mais elevado observado pelo (Serviços de Estrangeiros e Fronteiras, (SEF), 2020).

Segundo a OCDE, a pandemia de Covid19 em 2020 reduziu drasticamente a migração para países da OCDE e segundo dados provisórios, no primeiro semestre de 2020, esta teria caído pela metade. Entre os fatores estão encerramentos de fronteiras, restrições de viagens e cancelamentos de voos.

Os migrantes são pessoas vulneráveis a um conjunto de fatores que restringem as suas condições de vida e saúde. As questões das condições dos migrantes e desvantagens no acesso à saúde tem merecido uma crescente importância pelos responsáveis políticos e investigadores, na União Europeia. A defesa do direito à saúde constitui um direito fundamental nos direitos humanos, (Granada, et al.,2017).

Reconhecendo que os migrantes são pessoas mais suscetíveis e vulneráveis devido às contingências vividas neste percurso até ao país de acolhimento e que os direitos humanos garantidos pelo direito internacional, conferem proteção e saúde para os grupos de migrantes, e estes não podem ser negados ou recusados a qualquer indivíduo, independentemente do estatuto, (Góis,2019), colocamos a seguinte **questão de partida:**

- Qual será o perfil sociodemográfico e as dificuldades dos migrantes no acesso aos cuidados de saúde?

No estágio comunitário além de outras atividades de enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, foi realizado um estudo exploratório, qualitativo. Este estudo dos migrantes

intitulado" As Expressões da Migração: A promoção da saúde mental dos migrantes que acedem ao Centro Nacional de Apoio à Integração de Migrantes" foi uma dimensão importante do estágio comunitário, que permitiu identificar as dificuldades destes no acesso à saúde, mas também o conhecimento de outras problemáticas: pessoais, existenciais e sociais como foi o caso de pessoas com conflitos familiares e vitima de violência doméstica, de divórcios, da pessoa sem abrigo, permitiram compreender melhor o sofrimento e intervir com uma base mais sólida. Os objetivos gerais definidos, foram: analisar o perfil sociodemográfico e a problemática de saúde dos migrantes que acediam ao gabinete de saúde no CNAIM de Lisboa e ainda definir algumas estratégias de intervenção.

A colheita de dados para este estudo, previa 15 migrantes, mas a amostra integrou 14, verificando-se a desistência de um individuo por motivos de saúde e realizou-se entre 28 de novembro até 07 de fevereiro de 2020. A amostra foi não probabilística, intencional e estratificada.

A abordagem qualitativa foi definida pela finalidade da pesquisa, pela qualidade dos informantes e saturação dos dados. Para delimitar a suficiência dos dados foi utilizado o método de saturação, ou seja, quando se considerasse que as informações se tornavam reincidentes e davam mostras de exaustão, a saturação era reafirmada.

Os instrumentos utilizados foram: a entrevista semiestruturada, a observação nas consultas aos migrantes e as notas de campos (Anexo I).

A duração da entrevista variou entre 30 e 60 minutos. Para a realização da entrevista pretendeu-se assegurar as condições necessárias para que os participantes pudessem expressar com as suas próprias ideias, as suas opiniões e os seus sentimentos. No entanto, duas entrevistas foram sujeitas à tradução. O tradutor foi convocado por via telefónica através da linha de tradução telefónica do CNAIM, após apresentação dos migrantes pois foi no momento da entrevista que detetei a dificuldade de expressão linguística. A entrevista decorreu com a presença do tradutor, o entrevistador, e o entrevistado o que se traduziu numa limitação na comunicação e na relação terapêutica

Os critérios de inclusão elegidos na participação do estudo foram os migrantes adultos das nacionalidades que mais acorriam ao gabinete de saúde e pediam apoio no CNAIM, sendo cinco de nacionalidade brasileira, cinco de origem africana (PALOP) e cinco de origem asiática, que se encontravam auto e alo psiquicamente orientados, que conseguiam identificar as suas necessidades e o tipo de apoio, que compreendiam a língua portuguesa, inglesa ou espanhola ou nesta impossibilidade poder ser acompanhado pelo familiar ou um representante que

dominasse uma das línguas. Os critérios de exclusão adotados foram a recusa em participar no estudo, ausência da compreensão da língua portuguesa, inglesa ou espanhola, ausência de pessoa significativa para traduzir o discurso, alterações cognitivas a nível do pensamento e perceção.

Abordaremos de forma muito breve alguns resultados do estudo dos migrantes devido à dimensão do relatório, para maior informação consultar o Apêndice I. Os resultados evidenciaram a existência de uma amostra predominantemente masculina, com idades compreendidas entre os 18 e os 63 anos. Os pedidos de ajuda centraram-se maioritariamente na necessidade de ser seguido em centro de saúde. A perceção dos migrantes sobre o acesso aos cuidados de saúde apoia as dificuldades no acesso à saúde nos seus locais de residência citando várias dificuldades: barreiras no acesso à saúde, barreiras linguísticas, falta de informação sobre a saúde e legislação, nomeadamente sobre os direitos à saúde e cidadania. Os participantes relataram alguma discriminação, a comunicação ineficaz tanto por parte dos funcionários como de alguns profissionais de saúde. Estes recorriam ao CNAIM como um reduto na resolução final, (Apêndice I).

Ao longo do estudo a perceção da situação de acesso à saúde foi identificada. O motivo do pedido de ajuda centralizou-se nos pedidos: de cartão de cidadão, número do serviço nacional de saúde, na autorização ou renovação da residência, ou prolongar o visto por doença. Nesta avaliação nomeamos também a dificuldade na resolução do acesso aos cuidados de saúde por falta de comunicação ou ineficácia da mesma, ou a discriminação que é sentida e relatada com algum sofrimento mental. Outras necessidades dos migrantes circunscreveram-se ao apoio económico e melhoria das condições de habitabilidade. Estes são considerados fatores vulneráveis inerente ao processo de saúde e que comprometem o bem-estar dos migrantes. Algumas respostas centraram-se no encaminhamento para centros de saúde, serviço de urgência e apoio social.

Participámos neste estágio em algumas formações externas no sentido de minimizar os efeitos anteriormente identificados referente a legislação e formas de atuação no acesso à saúde dos migrantes e outras ligadas ao dia Segundo Wordl Migration Report, aponta que a nível mundial o acesso à saúde dos migrantes depende do sistema de saúde de cada país, podendo estes terem o acesso mais adequado, equitativo e acessível aos cuidados de saúde, (IOM,2019). Os diários de aprendizagem permitiram-me evoluir e desenvolver um raciocínio crítico. Embora tenha realizado trabalhos com enquadramentos muito variados, reconheço que foi um aspeto positivo, e crucial como futura enfermeira EESMP.

3. PERCURSO FORMATIVO EM SERVIÇO DE INTERNAMENTO PSIQUIÁTRICO

3.1 Breve caracterização do contexto de internamento psiquiátrico

O estágio clínico no serviço de internamento de psiquiatria realizou-se num hospital da área de Lisboa e decorreu entre duas fases, a do estágio de observação entre maio e junho de 2019 e a segunda fase do final do estágio com relatório entre janeiro e fevereiro de 2020.

O serviço está vocacionado para a prestação de cuidados psiquiátricos diferenciados, e tem uma capacidade para 28 doentes, destina-se a pessoas com patologia psiquiátrica diversificada em fase aguda. Os doentes internados, são provenientes da urgência, da consulta externa, por transferência da psiquiatria de ligação e de outras instituições pertencentes à sua área de abrangência. Este e serviço apresenta ainda duas valências: O núcleo de doenças do comportamento alimentar e o núcleo de estudos do suicídio. A equipa de saúde adota uma intervenção eclética, sobretudo cognitivo comportamental e uma dinâmica organizacional predominantemente biomédica.

3.2. Objetivos gerais e específicos do estágio

Objetivos gerais

- Conhecer a dinâmica organizacional do serviço de internamento psiquiátrico
- Compreender os sentimentos e emoções dos vários clientes que entraram no serviço com tentativa de suicídio e ainda as problemáticas inerentes a outras situações clínicas no âmbito psiquiátrico.

Objetivos Específicos

- Identificar o padrão suicida das pessoas internadas com esta problemática e os fatores de risco, no serviço de psiquiatria
- Identificar os fatores protetores e de risco das pessoas internadas no serviço de psiquiatria no espaço temporal de janeiro de 202

3.2.1 Opções Metodológicas

Delimitação da Problemática

O Conselho Nacional de Saúde (2019) menciona que em Portugal, "as perturbações psiquiátricas têm uma prevalência de 22,9%, colocando o país num preocupante segundo lugar entre os países europeus", (p.1). Ainda o mesmo Conselho refere que depressão afeta 10% dos portugueses e, em 2017, o suicídio foi responsável por 14.628 anos potenciais de vida perdidos" (p.1). Em Portugal nesse mesmo ano, o suicídio foi responsável por 10.800 anos potenciais de vida perdidos nos homens e 3.828 anos potenciais de vida perdidos nas mulheres, em Portugal", (p.28).

As perturbações mentais são responsáveis por mais de 12% da carga global de doença em todo o mundo, valor que sobe para 23% os países desenvolvidos. Além, de 5 das 10 principais causas de incapacidade a longo prazo e dependência psicossocial são patologias neuropsiquiátricas, sendo a depressão responsável por 11,8%, (Façanha,2013).

A nível mundial, emerge assim, um novo flagelo em saúde, o suicídio, tornando-se o mesmo num problema crescente e preocupante. Em 2014, WHO, descreve que os resultados demonstram que no ano 2012 cerca de 804 mil pessoas se suicidaram no mundo, representando uma taxa de mortalidade de 11,4 em cada 100 mil pessoas. A taxa global de suicídio padronizada por idade apresentou um valor maior nos homens (13,7 por 100 000) quando comparada com as das mulheres (7,5 por 100 000), (WHO, 2019). Além disso, a taxa de suicídios aumenta proporcionalmente com a idade entre homens e mulheres, atingindo um pico entre as idades de 45 anos a 64 anos. Entre os 65 anos e 74 anos, o número de suicídios parece decrescer, (OCDE, 2018).

Nos países da União Europeia, em 2015, estimou-se que 84 000 pessoas morreram por problemas de saúde mental e suicídio, sendo que a maioria foram do sexo masculino. Cerca de 43 0000 dos homens morreram por suicídio em comparação com 13 000 mulheres, (OCDE,2018).

Em Portugal, a realidade não difere muito, revelando uma taxa de mortalidade em pessoas com idades igual ou superiores a 65 anos, por lesões auto lesivos por 100 000 habitantes por local de residência e sexo, de 18,1% em ambos os sexos, enquanto para idades inferiores a 65 anos, a taxa de mortalidade era de 6,6%,igualmente para ambos os sexos (Instituto Nacional de Estatística,2019).

Reconhecendo que a doença mental em Portugal apresenta uma elevada taxa de incidência e é responsável pela perda de anos e qualidade de vida e como profissional, colocamos a seguinte **questão de partida:**

-Qual a intervenção do enfermeiro no apoio à pessoa que teve uma tentativa de suicídio?

No estágio de internamento psiquiátrico tinha interesse em conhecer melhor os fatores de risco e protetores das pessoas internadas por ideação ou comportamento suicidário, definir estratégias e implementar intervenções de enfermagem para reduzir o sofrimento psicológico. Assim, propus-me realizar um estudo quantitativo que possibilitou conhecer as pessoas e, as problemáticas subjacentes ao seu sofrimento mental. A abordagem quantitativa foi definida pela finalidade da pesquisa, tendo sido utilizado a entrevista semiestruturada e a escala de avaliação do risco de suicídio (*Tool for the Assessment of Suicide Risk* (TASR)) como instrumentos de recolha de dados e o método de analise estatística descritiva para tratamento dos dados.

As entrevistas decorreram ao longo do período de estágio, de janeiro a fevereiro de 2020. A amostra foi não probabilística e intencional, constituída por sete pessoas (7), selecionada de acordo com os critérios de inclusão.

Os critérios de inclusão dos participantes foi a aceitação e, participar no estudo, a presença de pensamentos auto lesivos ou ideação ou tentativa de suicídio (não consumada) aos doentes internados no serviço durante o mês de janeiro. Os critérios de exclusão foram os indivíduos com ausência de ideação ou comportamentos suicidários, internados no mesmo serviço.

Para a realização da entrevista foram asseguradas as condições necessárias para que os participantes pudessem expressar as suas próprias ideias, os seus sentimentos e emoções. A duração da entrevista teve a duração de cerca entre 20 a 30 minutos.

Foi realizado a fase de pré teste da TASR com bons resultados, concluindo que seria um instrumento de fácil utilização aplicação no serviço. Foi aplicada posteriormente a escala à entrada e sete dias após a admissão.

Os resultados do estudo evidenciaram uma amostra maioritariamente masculina, com idades compreendidas de 26 e os 71 anos, 42,85% encontrava-se desempregado. Relativamente ao estado civil, 42,85% eram casados e 28,57% eram solteiros; relativamente às habilitações 42,85% tinham ensino superior.

A evidencia mostra que algumas destas variáveis sociodemográficas também são preditores na área do suicídio.

A prática clínica foi sustentada no modelo sistémico de *Betty Neuman* e a teoria transcultural de *Madeleine Leininger* e em outros investigadores que muito têm contribuído

para a área especifica da enfermagem de saúde mental e psiquiatria. A escolha dos contextos e orientadores, foram pilares fundamentais, que permitiram alcançar com sucesso os objetivos, criar ferramentas e desenvolver intervenções baseadas na evidência científica.

O regulamento nº140/2019, refere que o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados, neste caso de enfermagem de saúde mental e psiquiatria", (p.4447). Este princípio regulamentado pela Ordem dos Enfermeiros, acompanhou-me ao longo do percurso académico teórico e prático, sendo a motivação a força intrínseca para a aquisição destas competências.

Ao longo deste percurso pude desenvolver competências de observação e de comunicação terapêutica verbal e não verbal, em contexto de prestação de cuidados e multidisciplinar, embora tenha sido um olhar com o foco nas pessoas com comportamentos suicidários, alterações do pensamento e comportamento. Desenvolvi e identifiquei muitos fatores de sofrimento das pessoas e familiares através da relação terapêutica. Na pesquisa consultei processos, entrevistei a pessoa e família, avaliei a ideação suicida através da escala de TASR que foi essencial para perceber a avaliação do risco e o sofrimento do outro, e consequentemente o estado da saúde mental, refletindo-se num trabalho complexo e exigente emocionalmente embora muito gratificante, (Apêndice III).

4. ANALISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETENCIAS EM ESMP

Durante o percurso formativo, as experiências em contexto, as orientações, as pesquisas bibliográficas e a investigação contribuíram tanto na perspetiva analítica e conceptual como metodológica para o desenvolvimento e aprofundamento do processo de autorreflexão e de autoconhecimento, permitindo a aquisição de competências, gerais e específicas de saúde mental e psiquiatria, bem como competências preconizadas pelo Plano de Estudo da ESEL.

Segundo Benner (2001) este é um caminho vai sendo construído à medida que novas experiências, conhecimentos e habilidades são adquiridas, o profissional prossegue por vários estágios até chegar para a perito. Estes conhecimentos prévios são representações sobre a realidade, que servem de âncora na realização doutras intervenções novas e complexas.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, uma das funções dos enfermeiros especialistas é basear a sua praxis em padrões de conhecimentos científicos e dinamizar trabalhos sólidos baseados em padrões de conhecimentos, (Regulamento n.º 140/2019 (2019).

Este percurso não foi de modo algum simples, ou ausente de dificuldades, pelo contrário, tornou-se num constante desafio, que me levou a refletir sobre as minhas atitudes e procurar estratégias mais eficazes. No contexto comunitário não poderia deixar de mencionar as aprendizagens de âmbito cultural e as experiências ricas e ímpares, com um grande contributo no meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Destaco a importância de todas as competências, mas sobretudo a primeira competência que se reporta ao *autoconhecimento* que está relacionado com a promoção do processo de autoconhecimento e consciência do EU, do conhecimento das minhas forças e dos pontos menos positivos, enquanto pessoa e profissional; está relacionado com a identificação das emoções, dos sentimentos, dos valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar.

Neste serviço a comunicação e a mediação cultural permitiram uma postura mais reflexiva, reconhecendo a influência da cultura, etnicidade e espiritualidade nas representações da saúde e da doença mental e na diversidade de manifestações do sofrimento e do adoecer mental. Foi importante respeitar, reconhecer a importância das diferentes influências culturais, étnicas e espirituais no planeamento dos cuidados, comunicar e ponderar o impacto das intervenções terapêuticas de acordo com a pessoa e a sua diversidade cultural.

O contexto comunitário foi dos campos de estágio que mais me permitiu desenvolver esta competência, desde o estágio de observação, depois com a avaliação diagnóstica, até ao planeamento, implementação e avaliação das intervenções, foi um desafio, com necessidade de ajustar e validar com os orientadores e ir ganhando segurança. Percebi ao longos das consultas de enfermagem no gabinete de saúde no CNAIM que eram frequentes as barreiras linguísticas e culturais causadas não só pela falta de compreensão da língua manifestada pelo utente, mas também pela dificuldade de expressão das suas necessidades, conhecimento dos seus direitos, terminologia e compreensão da legislação na área da saúde, aspetos que por vezes dificultavam a compreensão das reais necessidades do cliente. Os resultados remetem também para as dificuldades de várias instituições de saúde que prestam o apoio, com o desconhecimento da legislação por parte de alguns profissionais e técnicos administrativos sobre os migrantes.

Segundo Leininger; McFarland (2006) a diversidade do cuidar cultural baseia-se na "*diferences or variabilities among human beings with respect to culture care meanings, patterns, values, lifeways, symbols, or other features related to providing beneficial care to clients of a designated culture*", (p.7).

A constatação de problemáticas no acesso à saúde foi reforçada ao participar numa reunião multidisciplinar sobre uma família paquistanesa, onde a mulher e os filhos estavam sinalizados como vítimas de violência doméstica por parte do marido e da sogra. Desta reunião pude consolidar os meus conhecimentos sobre as reais necessidades dos migrantes e alguns processos vivenciais. Analisei os efeitos da violência, perante uma vítima ostracizada, sem autonomia, sem dinheiro, sem identificação, esta havia sido retirada pelo marido para esta não se poder ausentar, vi uma mulher desprotegida, sem voz, cujo semblante denotava um olhar triste, traduzindo alguma ansiedade e muitas outras emoções e um grande sofrimento, e isto gerou em mim muitas interrogações sobretudo quando a vítima está desprovida de tudo, totalmente dependente. Uma das funções foi analisar os motivos de pedido de ajuda, identificar os problemas, as carências da família, convocar conferencia/reunião multidisciplinar e com a equipa equacionar o tipo de ajuda.

Perante as adversidades, perguntei e questionei-me até que ponto eu posso ajudar noutras situações semelhantes, em que a pessoa precisa de ajuda física, psicológica e social? É nessa complexidade que me interrogo sobre a intervenção do EESMP, o encaminhamento a articulação com outras especialidades. Até que ponto posso intervir de forma a minimizar o sofrimento do outro, quando a montante há problemas tão complexos que nem nos permitem ter acesso, para uma intervenção mais individualizada, além de disposições decisões políticas e sociais.

A violência não tem cultura, o des(amor), surge muitas vezes quando os casamentos são realizados por outros, quando os elementos do casal não se conhecem e vão viver sem qualquer afinidade e quando a diferença de idades e de mentalidades interfere.

No estágio tentei fazer pesquisa sobre as áreas, frequentar alguns eventos científicos desenvolver várias autorreflexões, segundo o ciclo de *Gibbs* (que engloba seis fases: descrição da situação/problema; os sentimentos e emoções vivenciados, a avaliação e análise da situação, as conclusões e o planear as ações). A autorreflexão através do ciclo de *Gibbs* foi uma ferramenta auxiliar neste processo de aprendizagem, que permitiu identificar e exteriorizar as emoções e sentimentos, assim como os processos transferenciais (transferência e contratransferência) que nem sempre são atividades utilizadas no nosso quotidiano. (Apêndice II).

As reuniões com os orientadores permitiram o processo de autoconhecimento e autoconsciência do meu próprio "Eu". Esta prática permitiu compreender, identificar e desenvolver pensamentos e refletir sobre as ações atuais e futuras. Durante os estágios clínicos tentei refletir com os orientadores sobre mim e sobre a minha atuação. O EESMP ao identificar, avaliar, intervir, sinalizar, acompanhar, nestas e noutras situações semelhantes ajuda a pessoa na sua integração na comunidade, no internamento em todo o seu processo de reabilitação biopsicossocial, promovendo a saúde mental, contudo as adversidades, a complexidade e lacunas de articulação com as equipas multidisciplinares são imensas o que torna o papel do especialista complexo e às vezes reduzido.

No estágio de internamento a realização do estudo sobre o suicídio foi uma fase complexa que gerou períodos de tristeza e ansiedade. Embora tenha percebido que o tema era pertinente e atual devido ao aumento das taxas de depressão e suicídio e que era uma área que eu sabia que tinha que trabalhar algumas coisas pessoais.

Questionar sobre o valor da vida e a sua motivação e sentimentos sobre a vontade de viver, não é fácil, confronta-nos a nós como pessoas, além de que a vontade de morrer é contra as leis da vida, interferindo no nosso estado emocional. Talvez por ter refletido e identificado fases mais complexas da minha adolescência que desencadearam tristeza, angústia e alguns sentimentos de desesperança. Contudo, julgo que acabei por desenvolver grande empatia com o grupo que apliquei a escala de TASR, principalmente com uma doente angolana que manifestava ideias suicidas no momento da admissão, tendo conseguido ver ao longo do estágio a melhoria do seu estado emocional, manifestando melhorias bastantes significativas no momento da alta. Confesso que a doente me marcou pela positiva visto ter conseguido estabelecer uma relação terapêutica com base na confiança. Recorri muitas vezes aos

conhecimentos adquiridos pela corrente existencial-humanista defensora da aprendizagem dual durante a relação terapêutica, e foi nesse processo que tomei mais consciência de mim mesma como pessoa, envolvendo-me com a pessoa, sem juízos de valor, de forma a ajudar a desenvolver maior consciencialização sobre o seu sofrimento, a importância do pedido de ajuda e a necessidade do processo de mudança.

Ao longo destes dois anos do percurso académico e agora que concluo o relatório sinto que foi um caminho realizado com muito investimento que incluiu aquisições teóricas e práticas, pensamento critico e reflexivo. Desenvolvi competências técnicas, relacionais, emocionais e de investigação, aprendi a gerir melhor o meu próprio EU (sentimentos e emoções) na relação com outro. Foi muito gratificante no que respeita à aquisição de conhecimentos e competências. Uma das limitações foi sem dúvida a atual conjuntura devido à pandemia SARS-2 devido ao COVID-19, com uma vivência de aumento de trabalho, muito stress e várias mudanças.

Ser enfermeiro especialista é tomar consciência do seu desenvolvimento pessoal e profissional e refletir sobre o sentido de ser uma técnica de saúde baseada nos conhecimentos e aprendizagens anteriores e predispor a mente para adquirir novas aprendizagens com o intuito de prestar cuidados de saúde especializados, (Regulamento 515/2018, 2018; Zabala, & Arnau,2010). Aprender significa adquirir esquemas representativos com base nos conhecimentos adquiridos.

Na área de saúde mental e psiquiatria, embora tenha superado ambas as etapas de estágio: no contexto comunitário e no internamento psiquiátrico, este deixou-me mais crítica, talvez por achar que o trabalho da saúde mental deveria ter um papel mais ativo a montante, na articulação com os serviços da comunidade, pois considero que a intervenção primária é eficaz para promover a saúde mental e a reabilitação psicossocial, evitar o desenvolvimento e descompensação das patologias psiquiátricas. De acordo com o plano nacional de saúde mental 2017-2020, o tratamento deve abranger uma intervenção mais direcionada para a comunidade, extensível a todas as pessoas, (PNSM, 2017). E porque é que as políticas se viram mais para os cuidados hospitalares? Na área da saúde mental tem havido uma evolução muito lenta nesta alteração de estratégias.

Na realidade nos cuidados de saúde mental e psiquiatria existe uma grande escassez de articulação entre os cuidados hospitalares e primários, e nos primeiros pela carência de técnicos, e de modelos de intervenção, as intervenções são muito direcionadas para o modelo biomédico, para psicofarmacologia, no entanto também observei a eficácia de alguns enfermeiros, nomeadamente a do orientador clínico na sua determinação e a vontade de trabalhar com dados

reais baseados na evidência e propor e orientar os trabalhos. Refleti muito sobre as questões no contexto clínico de internamento, e penso como futura EESMP que Portugal devia apostar na saúde mental, mais a montante, na prevenção e ainda na reabilitação psicossocial do doente. Este raciocínio é o espelho do que observei no internamento e na comunidade, e se futuramente se apostar na promoção da saúde (nos centros de saúde e unidades de cuidados continuados), creio que a realidade mudará.

Assim, predispus-me a receber opiniões e críticas construtivas e refletir sobre as minhas aprendizagens em contextos clínicos.

Escrever sobre as situações clínicas, e refletir sobre a minha atuação na ação e na relação com a pessoa em si, como um parceiro na prestação de cuidados, na relação terapêutica foi complexo inicialmente, embora com a experiência e continuação dos estágios tornou-se mais fácil de gerir e ultrapassar estes momentos de identificação com o sofrimento do outro e comigo mesma.

Lidar com a vulnerabilidade do outro, entrar no seu campo psicológico e sofrimento tornou-se difícil, tendo sido uma das intervenções mais difíceis nos contextos clínicos, principalmente no estágio de internamento, onde pude aprofundar o sofrimento do outro, da família e as razões do seu estado de saúde. Admito como pessoa e profissional que na entrevista com a pessoa deprimida, foi das atividades mais complexas durante a prática clínica e teórica pois demonstrei traços da minha personalidade ocultas, que se identificavam com algumas situações dos doentes, mas analisei e refleti sobre os meus pensamentos, atitudes, as minhas intervenções e aceitei desvelar o sentido da perda e da vida, da pessoa que ali estava num processo de reabilitação, tendo sido neste processo que cresci e tomei autoconsciência e autoconhecimento.

Segundo o regulamento nº515/2018 a **segunda e terceira competências** do enfermeiro especialista EESMP remetem para "assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental" e "ajudar a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidades a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto "(p.21428).

Ao longo do ciclo vital da pessoa e da família, as necessidades e crises são diferentes e estas, vão sofrendo transições, umas originadas por saúde-doenças, outras por transições de desenvolvimento, processos ligados a separações, conflitos familiares, laborais, perdas e mortes. Ao longo dos estágios no sentido de desenvolver estas competências pude avaliar, e identificar os *stressores* e sistemas comprometidos da pessoa, família e ligados ao ambiente e

analisar com os próprios estratégias para lidar melhor com as adversidades de forma a promover, manter e restabelecer a saúde mental.

A quarta competência segundo o regulamento nº 515/2018, defende a prestação de cuidados no "…âmbito psico e sócio terapêutico, psicossocial e psico educacional à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde", (p.21430). As intervenções grupais à pessoa com doença mental pretendiam analisar e compreender o sofrimento psicológico e facilitar a expressão de sentimentos e emoções e uma maior adaptabilidade e funcionalidade. Esta competência foi explorada também nos dois contextos

Apesar de ter experiência em intervenções psicoeducativas, na área de saúde mental e psiquiatria foi um desafio que exigiu mobilidade de conhecimento teóricos e práticos para conseguir atingir os objetivos pretendidos neste campo de intervenção.

O papel de facilitador nas atividades de grupo, é de extrema importância na condução do processo psicoterapêutico, exigem conhecimento, segurança, gestão dos comportamentos e intervir no momento adequado, permitindo ao outro verbalizar os seus sentimentos, num processo de escuta ativa. Com base nestes princípios pude desenvolver sob a orientação do enfermeiro orientador do estágio, uma sessão sobre as a expressão das emoções. Senti-me grata pela aprendizagem, embora tenha a noção que tenho que melhorar em alguns aspetos comunicacionais, a gestão dos silêncios, entre outras.

Considero que os dois estágios foram cruciais no caminho do desenvolvimento de competências e caminhar na promoção dos cuidados de saúde mental e psiquiatria da pessoa, bem como da sua família, aos vários níveis de intervenção, respeitando autonomia da pessoa, tentando diminuir o sofrimento mental. Neste processo pude sentir-me como elemento integrante das equipas de profissionais, com competência de decisão sobre o meu trabalho, assertividade e liderança.

Partindo da avaliação inicial dos clientes e negociando o planeamento das intervenções de enfermagem em parceria, atuámos com intuito de promover e proteger a saúde mental, prevenindo ou minimizando o agravamento do seu estado de saúde, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.

Concluo que estas competências permitiram-me crescer e assumir com maior destreza caminhando para a promoção da minha autonomia como profissional de saúde na área de saúde mental. Crescer como pessoa significa abrir horizontes e aprender com os outros e com os

desafios, sendo um caminho por vezes complexo, embora bastante enriquecedor no crescimento pessoal e profissional.

5. ANÁLISE DOS PROBLEMAS ÉTICOS E DEONTOLÓGICOS

A ética na enfermagem está muito relacionada à qualidade dos serviços prestados pelos profissionais da área. Olhar para a ética nesta profissão implica olhar para o ser humano como uma pessoa com direitos e deveres, gostos, opiniões e todas as suas vulnerabilidades associadas à condição humana. Ao enfermeiro cabe a responsabilidade de atender e proteger as necessidades da pessoa quer em cuidados de saúde, na educação ou na investigação clínica, sempre regida por princípios éticos como o princípio da beneficência, não maleficência, a justiça, o respeito pela autonomia e vulnerabilidade devem estar sempre presentes e nunca ocultados, (Nunes,2013).

Investigar e cuidar em enfermagem exige uma grande responsabilidade ética. Neste sentido após a realização do projeto de estágio, solicitámos o pedido à comissão de ética e ao diretor do serviço para a realização da pesquisa. Durante o estágio e depois de aprovado o projeto de investigação, demos início ao estudo. Solicitámos o pedido de consentimento livre e esclarecido aos participantes informando que poderiam desistir de participar a qualquer momento, sem que daí resultasse qualquer prejuízo para o seu atendimento.

No contexto de estágio tentei intervir com humildade, sensatez, motivação, e pensamento crítico perante a situação que se apresentava, visto ser uma área de experiência nova, perspetivando o conhecimento de pessoas de várias as culturas, e das suas necessidades em saúde. Sempre com a preocupação de respeitar a individualidade e confidencialidade da pessoa.

Segundo Ramos (2013), conhecer as culturas envolve uma reflexão sobre a forma de respeitar a diversidade individual, social e cultural, de conciliar o universal e o particular, o global e o local, de adaptação à complexidade estrutural duma sociedade e à sua conflitualidade.

Durante o estágio de internamento psiquiátrico encontrei algumas pessoas em crises agudas psicóticas que foram submetidas a contenção física e/ou química que me levaram a questionar a situação de cuidados, confrontando o respeito pela liberdade e princípio de autonomia da pessoa, sobretudo em situações disruptivas com auto ou hetera agressão. Ao abrigo da lei de saúde mental existem intervenções de enfermagem necessárias que obrigam a uma conduta profissional um pouco mais controversa, nomeadamente quando o doente está agitado e não aceita o internamento. Embora o internamento compulsivo seja uma atuação de ordem judicial e a sua finalidade é preservar o próprio e os terceiros, quando este apresenta desequilíbrio mental, e é incapaz de decidir e de prever os seus atos. Os técnicos têm que avaliar

bem a predição de risco, neste sentido compreendi a atuação dos técnicos e refletimos sobre o acontecimento

O 2.º artigo da lei de saúde mental do despacho nº6324/2020 explícita: "….que a proteção da saúde mental se efetiva através de medidas que contribuam para assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico dos indivíduos, para favorecer o desenvolvimento das capacidades envolvidas na construção da personalidade e para promover a sua integração crítica no meio social onde vive. Ao consagrar os princípios da necessidade e da proporcionalidade do internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, o regime previsto na Lei de Saúde Mental assegura o "respeito pelos direitos, liberdades e garantias das pessoas", (p.105).

Assim pude verificar que a autonomia dos migrantes e das pessoas com doença mental poderão estar comprometidas em caso de desequilíbrio mental e ineficácia de poder de decisão. Contudo, o estigma e a discriminação ligados a ambos os casos, ainda persiste o que pode comprometer a comunicação e a relação com o outro. Do que verificamos também nos interrogamos, sobre as desigualdades no acesso à saúde, pois muitos destes vêm os seus direitos à saúde comprometidos, por diversos fatores, barreiras linguísticas, iliteracia em saúde, direitos e legislação, entre outros. Em Portugal temos uma das mais elevadas prevalências de doenças mentais; uma percentagem importante das pessoas com doenças mentais graves, permanecem sem acesso a cuidados de saúde mental, e muitos dos que têm acesso a cuidados de saúde mental continuam a não beneficiar dos modelos de intervenção (programas de tratamento e de reabilitação psicossocial), hoje considerados essenciais. Neste sentido importa criar políticas e práticas que criem condições e legislação adequada que salvaguarde os direitos e deveres dos cidadãos, para que se integrem numa sociedade mais equitativa.

Nesta linha de pensamento Carmo (2011) refere que precisamos de política como prática que encare a realidade de frente de maneira a transformá-la no sentido de uma sociedade e de uma economia mais justas, mas também mais funcionais.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os movimentos migratórios têm um caracter multifacetado com várias dimensões a atuar em simultâneo: temporal, social, económica, emocional e de saúde entre outras, que implicam mudanças complexas na vida da pessoa. Os migrantes passam por muitas vicissitudes, e até momentos de rutura e de ameaça ao seu bem-estar psíquico, momentos de (re) construção de uma nova realidade social. Os processos de integração, no novo país envolve uma profunda dinâmica e reorganização subjetiva e simbólica nas estruturas sociais, sanitárias, culturais, económicas e políticas em relação ao velho e aos novos contextos. O reconhecimento da diversidade cultural na investigação implica um reposicionamento metodológico, conceptual e epistemológico, que podemos encontrar em domínios conceptuais como o das identidades, dos conflitos, das estratégias, da negociação e da comunicação, variáveis e pontos de partida que tentei compreender ao longo dos estágios comunitário, no apoio ao migrante e à pessoa com doença mental, (Ramos,2001).

O acesso à saúde é um fator importante de integração na sociedade de acolhimento e um aspeto sanitário importante, podendo contribuir na diminuição da morbilidade do grupo e da comunidade onde está inserido. Algumas dificuldades de acesso e continuidade aos cuidados de saúde desta população, dizem respeito ao desconhecimento dos seus direitos e dos locais onde se devem deslocar para aceder aos mesmos, às dificuldades administrativas, aos custos dos trat5.amentos, etc.

No estudo das expressões da migração, destaco um dos fatores expressos pelos migrantes foi a dificuldade no acesso à saúde e obtenção de cuidados de saúde, contribuindo para maior vulnerabilidade e risco em saúde. Estes resultados vão ao encontro dos resultados de outros estudos nacionais e internacionais, revelando que os migrantes têm menor equidade e acessibilidade no acesso à saúde, (Dias et al., 2018).

Importa destacar que na população de migrantes existem grupos particularmente vulneráveis ao nível da saúde, nomeadamente os migrantes recém-chegados, os que não dominam a língua ou que apresentam dificuldades dessa ordem no país de acolhimento, os que nunca tiveram contacto com os serviços públicos de saúde, os que vivem em situação de irregularidade/clandestinidade ou em situações de precariedade e isolamento. Alguns estudos sobre a ocorrência de doença e causa de morte dos migrantes, assinalam que estes adotam menos medidas de saúde preventivas, recorrendo, sobretudo, aos médicos e hospitais em caso de emergência, ou em estado avançado de doença. É importante ter acesso aos determinantes

de saúde no combate às vulnerabilidades e desigualdades sociais, pobreza, discriminação, fatores que influenciam a sua saúde (Granada, et al, 2017).

Um dos aspetos positivos da multiculturalidade destacado por Wolton (2003) citado por Ramos (2013) é aprender a gerir a diversidade cultural, constituindo uma verdadeira *riqueza das* sociedades futuras. Ainda de acordo com a mesma autora, a diversidade e multiplicidade cultural trazem consigo uma "grande heterogeneidade linguística, cultural e comportamental" que exige "práticas, estratégias e políticas", mas também competências para "gerir a complexidade das relações entre pessoas" (Ramos, 2013, p. 345).

A análise das narrativas, permitiram identificar algumas necessidades, sentimentos e emoções nas experiências vivenciadas, sendo um caminho para lidar com as situações de cuidados culturais e emocionais significativos com a pessoa e com a família. Estes cuidados exigem "a adoção de novas práticas, estratégias e políticas adequadas às necessidades educacionais, comunicacionais e sanitárias da coletividade", (Sacramento et al.,2020).

Os migrantes através dos seus discursos evidenciam a ineficácia de alguns serviços de apoio da sua zona de residência. Foram identificadas algumas lacunas comunicacionais dos funcionários e profissionais relacionados com informações no acesso à saúde, direitos e legislação sobre os migrantes. Os dados permitiram ainda enfatizar alguns constrangimentos ligados às dificuldades linguísticas, diminuição de recursos humanos e aos métodos de organização de trabalho. Os migrantes podem tornar-se vulneráveis e desvalorizadas na nossa sociedade, vítimas de discriminação pessoal e laboral, no entanto são eles que contribuem na realização de trabalhos que muitos portugueses não fazem, contribuindo no desenvolvimento de tecnologias, no crescimento da economia, no aumento da taxa de natalidade, trazem uma grande riqueza e diversidade cultural, objetivos de vida grandiosos que poderão no futuro projetar Portugal além-fronteiras.

Muitos dos migrantes também desconheciam algumas destas informações e sentiram-se incompreendidos e discriminados; recorrendo por isso ao CNAIM, como porto de abrigo.

O estudo sobre o suicídio foi outra dimensão importante do estágio de internamento psiquiátrico que permitiu identificar fatores de risco e protetores, compreender e intervir nos cuidados com base na evidência. As amostras de ambos os estudos (migrantes e doentes com tentativa de suicídio) apesar de não serem representativas, (reduzidas no tamanho), mas retratam muitos elementos comuns a outros estudos, nomeadamente os preconceitos, o estigma ligado à doença mental, a discriminação social de que são alvo estas pessoas.

O desenvolvimento profissional exige um crescimento pessoal e uma tomada de consciência sobre nós próprios, uma atividade exigente e complexa, ou seja, refletir sobre os nossos medos, crenças, e atitudes com os outros, torna-nos mais introspetivos sendo esse o caminho do crescimento pessoal. Este exige capacidade empática e uma capacitação na relação terapêutica, compreensão, bem como uma disponibilidade e aceitação incondicional do outro.

No enquadramento da prática clínica, foi importante a articulação entre a teoria e a prática, no desenvolvimento de competências técnicas, clínicas, humanas e de investigação na avaliação de situações de risco e no apoio emocional, das pessoas.

Neste sentido, a relação terapêutica e a supervisão facilitaram na identificação e clarificação dos pedidos de ajuda e nas respostas aos objetivos das pessoas e dos estágios. A supervisão clínica e a formação são imprescindíveis no desenvolvimento profissional nos serviços, nomeadamente nos de saúde mental e psiquiatria.

Num futuro próximo pretende-se que todo este "percurso de aprendizagem" aponte uma prestação de cuidados especializada de excelência na área de ESMP.

Como perspetiva futura e em resposta às mudanças trazidas pela globalização e internacionalização penso que os profissionais e todos os cidadãos devem ter uma atitude compreensiva e reflexiva respeitando os valores, direitos e diferenças culturais. Os profissionais com uma prática proativa no sentido da prestação de cuidados inclusiva e intercultural, associada à fase de transição e contribuir para diminuir o sofrimento mental. Futuramente gostaria de intervir trabalhar na área específica de saúde mental, na comunidade, investir na área da migração, aprofundar e dar continuidade a este trabalho com os migrantes, dando desta forma continuidade ao estudo, e ajudá-los a otimizar o processo de aculturação. Divulgar os dados deste estudo em eventos académicos e de investigação. Por fim, deixo um grandioso agradecimento a todas as pessoas que contribuíram neste percurso formativo tão gratificante e enriquecedor, permitindo-me alargar horizontes e ser uma melhor pessoa e profissional.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albridge, R., W., Nellums,L.,B, Bartlett,S., Barr,A.,L., Patel,P.,Burns,R & Abubakar,I. (2018). Global patterns of mortality in international migrants: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Regional Health*, 392(10164), 2553-2566. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32781-8

Almeida, J., M., C. & Xavier, M. (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental 1º Relatório. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa. http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf

Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humano. (2018). *70 anos. Declaração Universal dos Direitos Humanos #apoieOsDireitosHumanos*. Nações Unidas. https://uniogbis.unmissions.org/sites/default/files/coletanea_vol.1_instrumentos_internacionais_2018web.pdf

Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo*. Edições 70

Berry, J. (2006). *Hanbook of Multicultural Perspectives on Stress and Coping*. Handbook of Multicultural Perspective

Bilsen, J. (2018). Suicide and Youth: Risk Factors. Front. *Psychiatry*, (9)540, 1-5. https://www.frontiersin.org/ articles/10.3389/fpsyt.2018.00540/full

Bolander, V. (1998). *Sorense e Luckman: Enfermagem Fundamental:Abordagem Psicofisiológica*, (3nd ed.). Lusodidacta

Carballo, M., e Nerukar, A. (2001). Migration, refugees and health risks. *Emerging Infectious Diseases*,7(3),556-560. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2631841/pdf/11485671.pdf

Carvalho,S.;Jara,J.,M. & Cunha, I.,B. (2017). *A depressão é uma doença que se trata*. Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares. https://docplayer.com.br/ /46939272-A-depressao-e-uma-doenca-que-se-trata.html

Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica: Fundamentos Existencial Humanista de Relação de Ajuda*. Lusodidacta

Carmo, R. (2011). *Desigualdades em Portugal: Problemas e Propostas*. Edições 70

Crisóstomo, S. (2016). O artigo 64º da constituição da república portuguesa: Saúde. *Sociologia, Problemas e Práticas.* 33-48. http://journals.openedition.org/spp/2598

Conselho Nacional de Saúde (2019). *Sem mais tempo a perder. Saúde Mental em Portugal*: um desafio para a próxima década. CNS. https://fronteirasxxi.pt/ /wp-content/uploads/2020/02/"Sem-mais-tempo-a-perder"-CNS-2019.pdf

Decreto-Lei n.º 48/90 da Assembleia da República (1990). Lei de Bases da Saúde: I série, nº 195. https://dre.pt/ /application/conteudo/574127

Decreto-Lei n.º 139/2019 da Assembleia da República (2019). Diário da República: I série, nº 177. https://data.dre.pt/eli/dec-lei/139/2019/09/16/p/dre

Decreto-Lei nº 93/2017 da Assembleia da República (2017). Diário da República: I série, nº 162. https://dre.pt/pesquisa/-/search/108038372/details/maximized

Despacho n.º 6324/2020 do Gabinetes das Ministras da Justiça e da Saúde (2020). Diário da República: 2.ª série, nº114. https://dre.pt//application/conteudo/135710988

Dias, S.; Gama, A.; Silva, A., C.; Cargalheiro, H.; Horta,R.; Lemos, M. & Martins, M.,R. (2018). *Atitudes e representações face à doença e acesso aos cuidados de saúde nas populações migrantes*. Observatório das Migrações. https://www.om.acm.gov.pt

Direção Geral de Saúde (2013). Norma 010/2013: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, aprovado em 31/05/2013. https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx

Direção Geral de Saúde: Plano Nacional de Saúde Mental (2013-2017). Plano Nacional de Prevenção do Suicídio. Direção Geral de Saúde

Direção Geral de Saúde (2015). Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020. Ministério da Saúde. http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-extensao-a-2020.pdf.pdf

Direção Geral de Saúde (2017). Plano Nacional para a Saúde Mental. Direção Geral de Saúde. https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-883589-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABAArySzItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA

Direção Geral de Saúde (2020). Estratégias Nacionais para a Qualidade na Saúde 2015-2020. https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/estrategia-nacional-para-a-qualidade-na-saude.aspx

Direito Internacional da Migração (2009). *Glossário sobre migrações*. Organização Internacional para as Migrações (OIM)

Duckett, J. (2001). Political interests and the implementation of china´s urban health insurance reform. Social Policy & Administration, 35(3), 290-306. https://doi.org/10.1111/1467-9515.00234

Entidade Reguladora da Saúde (2015). *Acesso a Cuidados de Saúde por Imigrantes*. ERS.https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1480/Estudo_ERS_-_Acesso_a_Cuidados_de_Saude_por_Imigrantes__v2_.pdf

Estatuto da OE. (2015). Código deontológico. Republicado como anexo pela Lei,nª. 156/2015.https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf/

Façanha, J. (2013). *Avaliação do Risco de Suicídio: Contributos para a validação do índice NGASR para a população portuguesa* (Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Repositório Científicos de Acesso Aberto de Portugal. https://www.rcaap.pt/Studies/Livros/avaliação%20do%20risco%20de%20suicidio%20.pdf

Ferreira, P., M., (2017). *Migrações e Desenvolvimento*. (1nd ed.). Fundação Fé e Cooperação.https://www.fecongd.org/pdf/publicacoes/estudoMigracoes_coerencia.pdf

Ferrito, C.; Nunes, L. & Ruivo, M., A. (2010). *Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas*. António Freitas, 15, 1-37. http://web.ess.ips.pt/ Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Franken, I., Coutinho, M., P., L. & Ramos, M., N. (2012). Representações sociais, saúde mental e imigração internacional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(1). 202-219. https://www.scielo.br/ pdf/pcp/v32n1/v32n1a15.pdf

Furtado, C. & Pereira, J. (2010). *Equidade e acesso aos cuidados de saúde.* Universidade de Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. https://pt.scribd.com/ /document/260723634/EA1-pdf

Fonseca, M., & Silva, S. (2010). *Saúde e Imigração: Utentes e Serviços na área de influência do Centro de Saúde da Graça*. Observatório da Migração. https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/177157/OI_40.pdf/b80814b7-1dfb-421d-8af4-6ab8c2988f17

Fortin, M-F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*.Lusodidacta

Gameiro, M. H. (1999). *Sofrimento na doença*. Quarteto Editora

Góis, P. & Marques. J., C. (2018). Retrato de um Portugal migrante: a evolução da emigração, da imigração e do seu estudo nos últimos anos 40 anos. *E-Cadernos Ces,*29, 125-152. DOI: 10.4000/eces.3307

Góis, P. (2019). *Casa Comum: Migrações e Desenvolvimento em Portugal*.
https://caritas.pt/2019/noticias-noticias/casa-comum-migracoes-e-desenvolvimento-em-portugal

Granada, D.; Carreno, I.; Ramos; M. & Ramos, N. (2017). Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. *Interface, comunicação, saúde e educação*,21(61), 285-96. DOI: 10.1590/1807-57622016.0626

Groschwitz et al., (2015). The association of non-suicidal self-injury and suicidal behavior according to DSM-5 in adolescent psychiatric inpatients. *Psychiatry Res.*, 228(3),454-461 DOI: 10.1016/j.psychres.2015.06.019. Epub 2015 Jun 27

ICD-11 MMS (2018). *Internacional Classification of Diseases-Mortality and Morbility statistic.* 1-202. https://www.who.int/ standards/classifications/classification-of-diseases

Infopédia (2020). *Dicionário Porto Editora*. https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/cultura

EPortugal.gov.pt (2019). Instituto Nacional de Estatística. https://eportugal.gov.pt/ /servicos/consultar-destaques-do-ine

IOM: International Organization for Migration (2003). *World migration 2003: managing migration – Challenges and responses for people on the move.* (1nd ed). IOM. https://publications.iom.int/ /system/files/pdf/wmr_2003_1.pdf

IOM: International Organization for Migration (2009). *World migration Report.* IOM. https://www.iom.int/wmr

IOM: International Organization for Migration (2020). *World Migration Report*. International Organization for Migration. https://publications.iom.int/ /system/files/pdf/wmr_2020.pdf

Lazure, H. (1994) . *Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lusodidacta.

Lei nº 147/99 da Assembleia da República (1999). Diário da República: 1 série, A, nº 204. https://dre.pt/ application/conteúdo/581619

Lei n.º 93/2017 da Assembleia da República (2017). Diário da República: 1.ª série, n º 162. https://dre.pt/ /application/conteudo/108038372

Lei n.º 102/2017 da Assembleia da República (2017). Diário da República: 1 série, nº 162. https://dre.pt/application/conteudo/108063583

Lechner, E. (2003). Migração, Saúde e Diversidade. ICS

Lemos, M., F. L. & Salles, A., M., B. (2017). *Suicide: Analysis of Methodologies Used in Studies on Suicide in Psychology Available in SciELO Database*. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, 9(.23), 84-104. ISSN 1984-2147

Leininger, M. (2001). *Culture care diversity and universality. A theory of nursing*. Jones and Barlett

Leininger, M. & McFarland, M.R. (2006). *Culture care diversity and universality-A worldwide nursing theory.* (2nd ed.). Jones and Barlett

Marques, J.; Guerreiro,D.,F.; Sampaio,D. (2015). Avaliação do Comportamento Suicida numa Urgência Psiquiátrica em Lisboa, Portugal. *Acta Med Port:Lisboa*, 28(4), 469-473. https://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=f9d10836-9441-4cf0-97fa-209d76118c86%40sessionmgr4008

Matos, C.I., Alarcão,V., Lopes, E., Oiko,C. & Carreira,M. (2015). SAIMI Study-Health anda health Care Access by immigrants from the Indian subcontinent in Lisbon: What Recommendations for Equitable and Culturally Adequate Health Care? *Acta Med Port*,28(2),164-176. https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/5583

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice.* Springer Publishing Company

Melo-Dias, C. & Silva, C.,F. (2015). Sobre a vulnerabilidade…*Psicologia,Saúde & Doenças*, 16(3),411-420. http://dx.doi.org/10.15309/15psd160311

Milena, Z.,R.; Dainora,G.;Alin,S. (2011).Qualitative Research Methods: A Comparison Between Focus-Group and In-Depth Interview. *Annals of Faculty of Economics*, 4,1279-1283.https://www.researchgate.net//publication/46533517_QUALITATIVE_RESEARCH_METHODS_A_COMPARISON_BETWEEN_FOCUS-GROUP_AND_IN-DEPTH_INTERVIEW

Ministério da Saúde (2018). *Retrato da Saúde*. Ministério da Saúde. RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf (sns.gov.pt)

Monteiro, A., P. (2011). *Migração e Saúde Mental*. Psicosoma

Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman systems model (5th ed.)*. Upper Saddle River

Neeb, K. (2000). *Fundamentos de Enfermagem em Saúde Mental*. Lusociência

Nunes, J., M., M. (2010). *Comunicação em Contexto Clínico*, (1nd ed.). S.D. http://www.fcm.unl.pt//departamentos/cligeral/docs/5ano/livro_comunicacao.pdf

Nunes, M. & Ramos, N. (2011). Cuidar em Contexto de Diversidade Cultural: Representações e Vivências do Corpo em Diferentes Culturas. *RECIIS*,5(4),70-86. DOI:10.3395/reciis.v5i4.559pt

Nunes, L. (2013*). Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem (1nd ed.)*. Departamento de Enfermagem ESS/IPS. https://comum.rcaap.pt/

Nock et al., (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30 (1),133-154, https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002

OECD/EU. (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing. Paris. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

OECD ilibrary (2019). *Health at a Glance: OECD Indicators*. Acedido em: oecd-ilibrary.or/s/sites/4dd50c09-en/index.html?itemId=/content/publication/4dd50c09-en&_csp_=82587932df7c06a6a3f9dab95304095d&itemIGO=oecd&itemContentType=book#intro-d7e6626

Oliveira, R. & Gomes, N. (2018). *Migrações e Saúde em números: O caso português*. Observatório das Migrações. https://www.om.acm.gov.pt/ /publicacoes-om/colecao-imigracao-em-numeros/relatorios-anuais

Oliveira, T.; B. (2019). *Saúde, competência cultural e imigração: estudo de caso da Unidade de Saúde Familiar (USF) da Baixa: Projeto de aproximação das necessidades em saúde e Portugal.* (dissertação de mestrado da Faculdade Ciências Socias e Humanas: Universidade Nova de Lisboa.https://run.unl.pt/handle/10362/91701

Oliveira, C., R. (2020).*Indicadores de Integração de Imigrantes: Relatório Estatístico Anual 2020*. Imigrações em Números. https://www.om.acm.gov.pt/ /publicacoes-om/colecao-imigracao-em-numeros/relatorios-anuais

Ordem Enfermeiros (2018). Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. OE. https://pt.scribd.com/ document/452764700/ppadrao-documentacao-enfermagem-saude-mental-e-psiquiatrica-auscultacao-vf-1

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Padrão Documental de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*. Ordem dos Enfermeiros. https://pt.scribd.com/ /document/452764700/ppadrao-documentacao-enfermagem-saude-mental-e-psiquiatrica-auscultacao-vf-1

Organização das Nações Unidas. ONU (2020). News, Saúde. https://news.un.org/pt/story/2020/06/1715542

Parker, M.,E. (2001).*Nursing Theories and Nursing Practic*. F.A. Daviscompany. http://ndl.ethernet.edu.et/ /bitstream/123456789/64882/1/2.pdf

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência

Polit, D. & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. (3ªed) Porto AArtes Médicas

Picazo-zappino J. (2014). Suicide among children and adolescents : a review. *Actas Esp Psiquiatr*, 42(3),125- 132. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/ /24844812/

Plener et al., (2016). The prevalence of Nonsuicidal Self-Injury (NSSI) in a representative sample of the German population. *BMC Psychiatry,* 16(353), 1-7. DOI: 10.1186/s12888-016-1060-x

Pussetti, C. (2010). *Identidades em Crise: imigrantes, emoções e saúde mental em Portugal*. Saúde soc, 19 (1),94-113. https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000100008

Ramos, N. (2001). Comunicação, cultura e interculturalidade para uma comunicação intercultura*l. Revista Portuguesa de Pedagogia*, 35(2), 155-178. http://hdl.handle.net/10400.2/5839

Ramos, N. (2012). *Comunicação em Saúde e Interculturalidade - Perspectivas Teóricas, Metodológicas e Práticas. Reciis, 6(4),* 1-19. DOI: 10.3395/reciis.v6i4.672pt

Ramos, N. (2013). Interculturalidade(s) e mobilidade(s) no espaço europeu: viver e comunicar entre culturas. The Overar ching Issues of the European Space. *Faculdade Letras Universidade do Porto,* 343-366. https://ler.letras.up/uploads/ficheiros/123.pdf

Reis, A.,S., C. & Costa, M., A., M. (2014). *Cuidar dos Imigrantes: das interações em contexto à construção de competências culturais nos enfermeiros*, 4 (2),1-11. https://web.esenfc.pt

Regulamento n.º 515/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário da República II Série, nº 151. https://dre.pt/ /home/-/dre/115932570/details/maximized

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do
Enfermeiro especialista. Diário da República: 2.ª série, n.º 26. https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized

Relatório de Primavera (2019). *A Saúde: Um Direito Humano*. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. http://opss.pt/ /wp-content/uploads/2019/07/RP2019.pdf

Ribeiro, J. L.P. (2010). *Metodologia Investigação em Psicologia e Saúde*. (3º ed). Livpsic

Sacramento.,C.; Ferrão,M.,A.;Camargo,C.,L., Ramos, ,N..;Leite de Moraes, M.,C. & Martins, A.(2020). Percepção de imigrantes africanos sobre o atendimento nos serviços de saúde de Portugal. *Revista Bainana Enfermagem,* 34(e35989). 1-10. DOI 10.18471/rbe.v34.35989

Sequeira C. (2006). Introdução à Prática Clínica (1nd ed.) Quarteto Editora.

Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2017). *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo*. https://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa2017.pdf

Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2019). *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo*. https://sefstat.sef.pt/ /Docs/Rifa2019.pdf

Silva, M. (2019, Outubro 15). Literacia em Saúde Mental de Migrantes. Conferência sobre migração e saúde. Universidade Nova de Lisboa-Reitoria

Sociedade Portuguesa Psiquiatria Saúde Mental (S.D.). *Perturbação Mental em Números*. https //www.sppsm.org

Sousa, J.,E.,X, F. (2006*). Os imigrantes Ucranianos em Portugal e os Cuidados de Saúde*. Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas. https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/179891/4_JFS.pdf/feabf579-2e11-415a-8730-68b6c83046e2

Townsend, M.,C. (2011).*Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de cuidado na prática na evidência*, (6nd ed). Lusociência

Unesco. *Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural* (2001). http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=13179&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

Vaz, Serra, A. (1999). *O Stress na vida de todos os dias*. (3nd ed). Adriano Vaz Serra

Vaz, Serra, A. (2000). A Vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 21(4). 261-278. http://www.fpce.uc.pt/ /saúde/23QVS.html

Vaz Serra, A. (2007). *O Stress na Vida de todos os dias, (*3nd ed.). Lusociência

Waleed, M. S., Kolitha W., Kevin P., Charles H., Bayard R., Ansam F. S. & Saed H. Z.(2018). Bibliometric analysis of global migration health research in peer-reviewed literature (2000–2016).*BMC Public Health*,18(77). https://doi.org/10.1186/s12889-018-5689-x

Whaley & Wang (1999). *Enfermagem Pediátrica*, (5nd ed.).Guanabara Koogan.

World Health Organization (2012). *Public Health Action for the Prevention of Suicide*. Framework. https://www.who.int//mental_health/publications/prevention_suicide_2012/en/

World Health Organization (2017*). Depression and other common mental disorders, global health estimates*. World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf

World Health Organization (2019). *Suicide in the world: global health estimates*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/326948

Zabala,A. & Arnau, L. (2010).*Como aprender e ensinar competências*. Artmed

APÊNDICES

APÊNDICE I: Trabalho realizado em contexto comunitário

As Expressões da Migração: A promoção da saúde mental dos migrantes

que acedem ao Centro Nacional de Apoio à Integração de Migrantes

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

As Expressões da Migração:

A promoção da saúde mental dos migrantes

que acedem ao Centro Nacional de Apoio à Integração de Migrantes

Rita da Silva Victor Almeida

Lisboa,

2020

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

As Expressões da Migração:

A promoção da saúde mental dos migrantes

que acedem ao Centro Nacional de Apoio à Integração de Migrantes

Discente: Rita da Silva Victor Almeida

Orientadora: Professora Doutora Francisca Roberto Manso

Co-orientadora: Enfermeira Especialista de ESMP Fernanda Silva

Lisboa,

2020

SIGLAS e ACRÓNIMOS

ACM - Alto Comissariado para as Migrações

ARSLVT -Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CNAIM - Centro Nacional Apoio à Integração de Migrantes

EESMP - Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica

ERS- Entidade Reguladora da Saúde

ESMP- Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

OE – Ordem dos Enfermeiros

OIM- Organização Internacional das Migrações

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UE- União Europeia

Índice

Pág.

Introdução	9
1. Enquadramento conceptual	13
1.1. Da definição de conceitos às expressões da migração	13
1.2. Acesso e utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes	18
1.3. Os migrantes e o desafio dos cuidados de saúde em Portugal	22
1.4. A Enfermagem Sistémica de Betty Neuman (2011) e Transcultural, na perspetiva de Leininger (2001)	26
2. Opções Metodológicas	29
2.1 Delimitação da Problemática	29
2.2 Objetivos do Estudo	30
2.3. As variáveis em estudo	31
2.4. Participantes	31
2.5. Critérios de elegibilidade	33
2.6. Tipo estudo	34
2.7. Procedimentos	34
2.8. Instrumento de Recolha de Dados	36
2.9. Análise dos dados	37
3. Apresentação e discussão de resultados	38
4. Considerações éticas e limitações do estudo	49
5. Conclusão e Considerações Finais	50
6. Implicações para a prática	53
7. Referências Bibliográficas	55
Apêndices:	
Apêndice I-Guião da entrevista	
Apêndice II-Pedido à comissão de ética ARSLVT	
Apêndice II-Categorização do estudo	
Anexos	
Anexo I- Parecer ARLVT	

Agradecimentos

Um trabalho de investigação é uma longa viagem, que emerge de uma trajetória com diversos desafios, incertezas, mutações e percalços pelo caminho, apesar do processo isolado, reúne opiniões e críticas de diversos mestres, permitindo assim rumar no sentido da conquista.

Desta forma, deixo os meus agradecimentos com muita gratidão a todos os participantes, que sem a sua colaboração seria impossível desenvolver e concretizar o estudo.

À Professora Doutora Francisca Manso, a minha orientadora académica, que sempre com uma opinião crítica e rigor acreditou em mim e no meu trabalho, agradeço a sua excelente orientação com exigência, critérios científicos e pedagógicos e sugestões.

À senhora enfermeira especialista de ESMP Fernanda Silva, pelo seu excelente rigor de orientação em campo de estágio comunitário. Sem dúvida que contribuiu para a minha evolução como profissional e pessoa, além da contribuição que fez emergir em mim um interesse ainda maior pela área das competências multiculturais na enfermagem.

Ao Diretor do Departamento de Saúde Pública, Dr. Mário Durval pela sua disponibilidade em aceitar a realização do estágio e do estudo no gabinete de Saúde no Centro Nacional Apoio a Integração dos Migrantes (CNAIM).

A todos os funcionários deste Centro pela excelente colaboração.

Por fim, a todas pessoas que das mais variadas formas contribuíram para a realização desde estudo.

Desde já, agradeço com muita gratidão a oportunidade com que fui presenteada.

O meu muito obrigada. Bem hajam!

“The world is on the move”

RESUMO

O relatório de Migração Global 2020, divulgado recentemente pela Organização Internacional para as Migrações (OIM) estima que existem no mundo atualmente cerca de 272 milhões de migrantes internacionais. As crianças e os adolescentes estão entre os grupos mais vulneráveis. Portugal é um país de emigrantes e mais recentemente de imigrantes e muitos são refugiados e requerentes de asilo.

Atualmente o papel das migrações é reconhecido como um contributo positivo para o desenvolvimento sustentável a nível nacional, pois sem imigração seriamos um país mais envelhecido e mais pobre a diversos níveis.

A investigação na área da migração e saúde tem procurado compreender as condições de acesso e utilização dos serviços de saúde, identificando fatores promotores e constrangimentos.

O presente estudo tem como principal objetivo analisar o perfil sociodemográfico e a problemática de saúde dos migrantes que acedem ao gabinete de saúde no CNAIM de Lisboa.

É um estudo exploratório, descritivo com uma metodologia mista (qualitativa/quantitativa), com diversos meios de colheita de dados: entrevistas semiestruturadas, notas de campo e observações do investigador. A amostra do estudo circunscreve-se ao distrito de Lisboa, sendo constituída por 14 migrantes de nacionalidade brasileira, africana (PALOP) e asiática que recorreram ao gabinete de saúde no CNAIM em Lisboa.

Os resultados evidenciam a existência de uma amostra predominantemente masculina, com idades compreendidas entre os 18 e os 63 anos. Os pedidos centram-se maioritariamente na necessidade de ser seguido em centro de saúde, com várias barreiras no acesso à saúde, nomeadamente barreira linguística, desinformação sobre o acesso à saúde, bem como legislação sobre os direitos à saúde e cidadania, relatam alguma discriminação, a comunicação ineficaz tanto por parte dos funcionários como de profissionais de saúde.

Podemos concluir que a perceção de alguns migrantes sobre o acesso aos cuidados de saúde apoia as dificuldades no acesso à saúde nos seus locais de residência, recorrendo ao CNAIM como um reduto na resolução final.

Palavras-chaves: Imigração, Saúde, Cuidados de Saúde, Saúde Mental

ABSTRACT

The Global Migration 2020 report, recently released by the International Organization for Migration (IOM) estimates that there are currently around 272 million international migrants in the world. Children and adolescents are among the most vulnerable groups. Portugal is a country of emigrants and more recently of immigrants and many are refugees and asylum seekers.

Currently, the role of migration is recognized as a positive contribution to sustainable development at the national level, since without immigration we would be an older and poorer country at different levels.

Research in the area of migration and health has sought to understand the conditions of access and use of health services, identifying promoting factors and constraints.

The present study has as main objective to analyze the sociodemographic profile and the health problem of migrants who access the health office at CNAIM in Lisbon.

It is an exploratory, descriptive study with a mixed methodology (qualitative / quantitative), with several means of data collection: semi-structured interviews, field notes and observations of the researcher. The study sample is limited to the district of Lisbon, consisting of 14 migrants of Brazilian, African (PALOP) and Asian nationality who turned to the health office at CNAIM in Lisbon.

The results show the existence of a predominantly male sample, aged between 18 and 63 years. The requests mainly focus on the need to be followed in a health center, with several barriers in accessing health, including language barriers, lack of information on access to health, as well as legislation on rights to health and citizenship, report some discrimination, ineffective communication by both employees and health professionals.

We can conclude that the perception of some migrants about access to health care supports the difficulties in accessing health in their places of residence, using CNAIM as a stronghold in the final resolution and well-being.

Keywords: Immigration, Health, Health Care, Mental Health

INTRODUÇÃO

Este trabalho intitulado: As expressões da migração: A promoção da saúde mental nos migrantes que acedem ao gabinete de Saúde do Centro Nacional de Apoio à Integração de Migrantes (CNAIM), insere-se no estágio final do Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O objetivo principal da investigação é analisar o perfil sociodemográfico e a problemática de saúde dos migrantes que acedem ao gabinete de saúde no CNAIM de Lisboa.

Portugal ao longo dos séculos têm sido um país de emigração, embora nas últimas três décadas tenha havido processos de emigração e imigração, mas também tem recebido muitos refugiados. Nos últimos anos tem sido expressivo o crescente aumento da imigração. As diferentes origens e motivos do fluxo desses migrantes chegados ao território português marcam uma nova era da migração. A realidade da migração sofreu mutações, colocando em 2013, Portugal nos seis principais países da europa com novos casos de imigrantes, (Entidade Reguladora da Saúde (ERS), 2015).

O tema sobre a saúde e a migração não é um tema novo, no entanto intitulámos o nosso estudo como as expressões da migração já que estas são variadas de acordo com as problemáticas de integração, de saúde e a facilidade/dificuldade no acesso aos cuidados, a forma de inclusão no país, a origem a cultura, a discriminação a que foram sujeitos e os riscos que correram. Assim, estas vicissitudes traduzem-se em expressões de dor, privação, silêncio, alegria, ansiedade, incerteza, entre outras.

Durante a integração no meu estágio de enfermagem de saúde mental e psiquiatria, assisti a várias ações de formação no âmbito da promoção da saúde e de acesso aos cuidados por parte dos migrantes, dirigidas aos técnicos de saúde e administrativos que ocorreram em vários locais, realizadas pela Sra. enfermeira especialista em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria, responsável pelo gabinete de saúde do CNAIM. Também no dia internacional contra a discriminação racial, se organizaram várias dinâmicas formativas e jogos interativos que muito contribuíram para a minha aprendizagem nesta área especifica.

O CNAIM é uma estrutura do Alto Comissariado para as Migrações (ACM), que por sua vez é um Instituto Público na dependência direta da Presidência do Conselho de Ministros, que tem como missão colaborar na definição, execução e avaliação das políticas públicas,

transversais e setoriais em assuntos de migrações para a atração dos migrantes. O gabinete de Saúde no CNAIM onde foi realizado o presente estudo, é da responsabilidade do Departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (DPS-ARSLVT). e situa-se em Lisboa. A tutela deste gabinete que se responsabiliza pela resposta a nível nacional sobre as questões da saúde dos migrantes, é o DPS-ARSLVT).

Existem três Centros Nacionais de Apoio à Integração de Migrantes situados no: Porto, Lisboa (desde 2004) e Faro (desde 2009). Têm como objetivo de responder às múltiplas complexidades vivenciadas pelos migrantes no seu processo de integração em Portugal, funcionam numa lógica de loja do cidadão, o que permite um atendimento integrado em várias áreas psicossociais e de saúde. O CNAIM de Lisboa diferencia-se dos restantes pela representação do Ministério da Saúde através do gabinete de saúde com base num protocolo entre o Ministério da Saúde e o Ministro da Presidência desde 2003.

Alguns estudos também nos relatam que associado à migração, encontra-se o problema ligado ao aumento das redes de tráfico, essencialmente de Seres Humanos e tráfico laboral. Este processo de uma forma geral envolve grande sofrimento e exige da parte dos profissionais de saúde, novos conhecimentos, novas competências linguísticas e socioculturais.

O Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo (RIFA) de 2018 do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras expressa um período de mobilidade crescente sem precedentes. Os pedidos foram liderados pelo Brasil, Cabo Verde e Roménia entre outros, registando-se ao longo do ano de 2017 e 2018, um aumento considerável. Estes dados revelaram-se significativos dado que é preciso recuar até 2002 para se encontrar um aumento tão expressivo como o de 2018.

Esta realidade, tem vindo a intensificar-se, afetando a generalidade dos países, quer sejam de origem, de transito ou de acolhimento. A problemática do aumento dos fluxos migratórios na Europa, coloca vários desafios aos Estados Membros ao nível das políticas públicas, internacionais, regionais e locais, o que determina dinâmicas internacionais abrangentes e outras mais específicas implicando a existência de estratégias de acolhimento e integração (Dias et al., 2018).

Os fluxos migratórios são normalmente identificados como um desafio de saúde pública ao nível mundial (Granada, et al., 2017; Oliveira & Gomes, 2018). As características da imigração e das próprias populações migrantes e do acesso à saúde, constituem atualmente uma preocupação da comunidade internacional, dos países e populações envolvidos, (Carballo & Nerukar, 2001; IOM, 2003). O estado de saúde das populações imigrantes é atualmente reconhecido como um indicador de integração de equidade e de salvaguarda dos direitos

humanos nas sociedades de acolhimento**.** De acordo com Oliveira & Gomes (2018), o acesso e a proteção da saúde dos migrantes é uma dimensão essencial da sua integração nas sociedades de acolhimento e um importante aspeto na diminuição da morbilidade nestas populações.

Alguns estudos apontam também que há grupos de imigrantes que tendem a apresentar uma maior vulnerabilidade a doenças e problemas de saúde (Granada, et al., 2017; Oliveira & Gomes, 2018), sendo que a utilização dos serviços de saúde pelos migrantes indocumentados na Europa é o aspeto que mais barreiras enfrentam.

Outros estudos referem que em média os migrantes apresentam uma faixa etária mais nova do que os naturais e portanto, uma saúde mais forte, recorrendo menos aos serviços de saúde, no entanto outras razões podem estar subjacentes à menor frequência nos serviços e que podermos analisar ao longo deste trabalho.

Oliveira & Gomes (2018) refere que os resultados dos últimos estudos demonstram que os indicadores de saúde das populações imigrantes são mais favoráveis que os dos autóctones, e do que as populações da mesma origem que residem há mais tempo no país de acolhimento, mesmo depois de controlado o efeito das diferentes estruturas etárias, ou de outras características sociodemográficas.

Neste sentido é importante conhecer e aprofundar o conhecimento do processo de integração na sociedade de acolhimento, de modo a identificar os fatores que condicionam o estado de saúde das populações migrantes, nomeadamente na área da saúde mental, (Dias, et al, 2018; Lechner, 2009; Sousa, 2006).

Interessa, pois, conhecer quais os migrantes que procuram o gabinete de saúde e o motivo dessa procura. Assim, foi realizado um estudo descritivo, misto de abordagem qualitativa e quantitativa com o objetivo de analisar as características sociodemográficas e das problemáticas de saúde dos migrantes que acederam a este gabinete de Saúde do Centro Nacional de Apoio e Integração ao Migrante (CNAIM) de Lisboa e o motivo dessa procura.

O estágio foi suportado na metodologia de projeto e referenciais teóricos de *Betty Neuman e Madeleine leininger*.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1. Migrações: Da definição de conceitos às expressões da migração

A migração tem assumido um papel de destaque no mundo atual. Migrar por razões laborais, familiares, melhores condições de vida ou procura de asilo tem sido um fenómeno cada vez mais frequente associado a globalização. Assim todos os movimentos populacionais que permitem deslocações de pessoas por diversas causas poderão definir esta nova realidade do mundo atual, (OIM,2020).

Na realidade as migrações não são da época contemporânea. Desde os primórdios que os fluxos migratórios são fenómenos intrínsecos ao ser humano, apresentados por características distintas de cada época. Segundo Oliveira & Gomes (2018), os fluxos migratórios não têm assumido "a mesma importância nos vários países de acolhimento do mundo", (p. 15).

Portugal tem sido um país migrante e muito recentemente um país de imigração comparado com outros países da Europa. A imigração um processo de deslocação de pessoas estrangeiras para outro país, de forma a construir a sua vida provisória ou definitiva, têm sido um fenómeno cada vez mais crescente em Portugal, (Direito Internacional da Migração (DMI),2009).

As pessoas que decidiram migrar livremente, por razões pessoais ou profissionais de um país ou região para outra, apresentam características próprias e muito diversas; com estatuto legal ou em situação irregular, migrantes altamente qualificados ou indiferenciados, migrantes sós ou ao abrigo da reunificação familiar, migrantes refugiados em busca de estatuto de proteção internacional, (DIM,2009; Monteiro,2011).

O ingresso num país pode ser voluntário ou involuntário, legal ou ilegal. Ao migrante legalmente admitido é permitido fixar-se no país de acolhimento, incluindo as pessoas que são admitidas para fins de reagrupamento familiar.

O migrante pode estar em situação regular ou irregular, esta diz respeito a uma entrada ilegal ou um visto fora do prazo de validade, não tendo estatuto legal no país de trânsito ou de acolhimento. O termo aplica-se ao migrante que infringe as normas de admissão de um país e a qualquer outra pessoa não autorizada a permanecer no país de acolhimento (também designado por migrante clandestino/ ilegal/ indocumentado ou migrante em situação irregular).

Desta forma podemos encontrar várias definições de migração, os imigrantes sendo pessoas que se movimentam de fronteira ou de entrada por um período superior a um ano em território português e os emigrantes, que deixam ou saem do seu país para residir em outro país, (DIM,2009).

Os refugiados, juridicamente são considerados pessoas distintas dos migrantes, é alguém que deixa o seu país de origem por razões de etnia, religião, nacionalidade, convicção política ou pertencimento a um determinado grupo social. Na esfera dos refugiados, podemos definir vários estatutos de refugiados, os de asilo que são indivíduos que guardam respostas das identidades responsáveis pela autorização de asilo em determinado país; requerentes refugiados são indivíduos que fogem de conflitos e perseguição do país de origem ou outro país de forma a receber reassentamento. O refugiado de proteção subsidiária é a pessoa que beneficia de proteção internacional e requerer o estatuto de refugiado, qualquer nacional de um país de terceiro fora do seu espaço de origem e que se recuse regressar a esse país por recear ser perseguido por diversas razões sociais, culturais e políticas. Ainda no estatuto de refugiado, ainda podemos encontrar as pessoas submetidas aos processos de reinstalação e recolocação. A reinstalação consiste na transferência de refugiados em situações de vulnerabilidade e com necessidade de proteção internacional, a pedido do Alto Comissário das Nações Unidas para os Refugiados, de um primeiro país de asilo externo a União Europeia para um Estado -membro que o acolher, enquanto que a recolocação de refugiados refere-se a transição de refugiados dentro do espaço da União Europeia, a pessoa com proteção internacional será acolhida por um Estado-membro com proteção similar, (DIM,2009; Góis & Marques, 2019).

O refugiado estrangeiro é uma pessoa em determinado país, embora os termos estrangeiros e o de migrante assemelhem-se não são sinónimos. Assim o estrangeiro pode ser uma pessoa residente em um determinado território com nacionalidade estrangeira com ausência de processos migratórios enquanto o imigrante é um individuo legalmente reconhecido e com autorização para residir em determinado país, podem este já ter nacionalidade do território nacional, (DIM,2009; ERS,2015).

O crescimento e a diversidade da migração revelaram-se como um fator de transformação demográfica, económica e social das sociedades atuais, bem como um desafio de saúde pública. Os contributos das migrações são reconhecidos a nível laboral (potencial de recursos humanos), educacional (crescimento de crianças imigrantes estrangeiros, a migração de estudantes) e segurança social, demonstram o potencial positivo da migração, colmatando ainda o envelhecimento e aumentado a taxa de natalidade (Góis & Marques, 2018; Góis, 2019; Eurostat, 2019).

A migração será o espelho dos desafios de integração e governação da diversidade nos países, de acolhimento, (Góis & Marques, 2018). O crescimento tendencial da mobilidade dos cidadãos tem crescido nos últimos anos, observando uma das maiores mobilidades da história. Segundo IOM, estimou-se que o número dos migrantes internacionais em 2019 atingisse 272 milhões a nível mundial, sendo que 52% dos migrantes seriam do sexo masculino e 48% do sexo feminino, 74% dos migrantes encontrava-se na idade 20-64 anos, (IOM,2019). A índia lidera o fator da emigração representando o país de origem com maior número de migrantes internacionais residentes no estrangeiro (17,5 milhões), seguido pelo México (11,8 milhões) e China (10,7 milhões). Os Estados Unidos representaram o principal país de entrada para cidadãos estrangeiros, com 50,7 milhões de migrantes estrangeiros, (IOM,2019).

As migrações são fenómenos recorrentes na Europa destacando-se os países com maior índice de imigração a Alemanha com 8,7 milhões de imigrantes, Reino Unido com 5,6 milhões e na Itália com 5 milhões. Estes números demonstram uma concentração de estrangeiros em determinados estados membros da Europa. Existindo 20,7 milhões de pessoas residentes na EU com origem não europeias, representando 4,1% do total da população. Ainda a destacar, a Europa como o maior produtor de emigração, com 8,4% dos europeus a residir em países estrangeiros, alguns deles em países europeus, (Ferreira,2017; OECD,2018).

A nível do território nacional tem se verificado desde a década dos anos 80, um aumento significativo de pessoas estrangeiras a residir em Portugal, tornando-se mais intensa ao longo dos anos 90, fase em que o crescimento anual médio foi 7%. Os cidadãos estrangeiros do PALOL e do continente europeu foram os principais responsáveis por esta vaga de migração, representando 76,6% do total dos imigrantes no território nacional, (Góis & Marques, 2018). Embora o fenómeno da imigração seja frequente na União Europeia, Portugal apresenta uma percentagem de imigrantes abaixo da média da União Europeia, 8% incluindo os nascidos nas ex-colónias que regressaram a Portugal na década da independência e 6% excluindo as ex-colónias, (Ferreira,2017). Contudo, a realidade da migração sofreu mutações, colocando em 2013, Portugal nos seis principais países da europa com novos casos de imigrantes, (ERS,2015).

Em 2017, Portugal apresentou 40 000 novos imigrantes com permanência de residência longa ou permanente, representado uma percentagem de 20,6% de imigrantes a mais do que em 2016, (OECD,2019).

Desta forma Portugal assume um papel de país migrante nos últimos anos, já que ao longo do tempo tem diversificado os seus perfis imigratórios; caracterizado por uma imigração sazonal (agricultura ou no turismo); imigração temporária (estudantes) e a imigração a longo

prazo (laboral ou reagrupamento familiar).

Por um lado, o movimento global de trabalhadores (especialmente europeus) nacionais, famílias e estudantes tem consequências sociais, culturais e demográficas para Portugal mas, por outro lado, a receção simultânea de vários grupos de pessoas estrangeiras constitui um desafio para a inclusão social visto que cada pessoas estrangeira oferece uma contribuição específica para o país de acolhimento, como a revitalização demográfica e económica do país, (Ferreira,2017).

Assim, tem assumido o papel social de acolhimento de migrantes, oriundos de várias partes do mundo, levando à necessidade de uma integração eficaz e simultaneamente uma reformulação das políticas de saúde, sociais e educativas, num país em movimento, com múltiplas dinâmicas migratórias, (Góis & Marques, 2018; Góis, 2919; Monteiro, 2011; Sousa,2006).

Atualmente, a imigração está novamente a ganhar volume, enquanto a emigração está progressivamente a desacelerar, apesar de ainda manter um volume significativo, especialmente quando em comparação com outros países da UE. No entanto, o retorno de emigrantes ainda não está a acompanhar a elevada taxa dos fluxos de saída.

Na União Europeia, Portugal apresenta uma das taxas mais elevadas de emigração e mais baixa de imigração, resultando no saldo negativo que proporciona fragilidades e défices económicos e demográficos. Estima-se que em 2060, Portugal possa decrescer o número de habitantes, passando de 10,4 milhões para 7,8 milhões, se não for colmatado pela imigração. A necessidade de melhorar o saldo populacional torna-se emergente, prevendo-se que Portugal precisará de um saldo migratório de 2 a 2,3 milhões de habitantes entre 2015-2060, (OECD,2019).

A ondulação dos saldos migratórios tem sido recorrente ao longo da história, desde 1960 que Portugal regista um saldo migratório negativo, crescendo os números na década de 70, resultante do movimento de 25 de abril e fim da guerra colonial e regresso dos residentes portuguesas dos países africanos. Desde então o saldo migratório tem oscilado, colocando Portugal no ano 2015 como o 2º país com maior taxa de saldo emigratório, (Ferreira,2017).

Desde a década de 80, tem-se verificado a nível do território nacional, um aumento significativo de pessoas estrangeiras a residir em Portugal, tornando-se mais intensa ao longo dos anos 90, fase em que o crescimento anual médio foi 7%. Os cidadãos estrangeiros provenientes dos PALOP e do continente europeu foram os principais responsáveis por esta vaga de migração, representando 76,6% do total dos imigrantes no território nacional, (Góis &

Marques, 2018). Embora o fenómeno da imigração seja frequente na União Europeia, Portugal apresenta uma percentagem de imigrantes abaixo da média da União Europeia, 8% incluindo os nascidos nas ex-colónias que regressaram a Portugal na década da independência e 6% excluindo as ex-colónias, (Ferreira,2017). Em 2017, Portugal apresentou 40 000 novos imigrantes com autorização de residência, representado uma percentagem de 20,6% de imigrantes a mais do que em 2016, (OECD,2019).

Desta forma Portugal assume um papel caracterizado por elevados fluxos migratórios quer ao nível de uma imigração sazonal (agricultura ou no turismo), quer ao nível de imigração temporária (estudantes) como ao nível da imigração a longo prazo (laboral ou reagrupamento familiar).

Por um lado, o movimento global de trabalhadores (especialmente europeus) nacionais, famílias e estudantes tem consequências sociais, culturais e demográficas para Portugal mas, por outro lado, a receção simultânea de vários grupos de pessoas estrangeiras constitui um desafio para a inclusão social visto que cada pessoa estrangeira oferece uma contribuição específica para o país de acolhimento, como a revitalização demográfica e económica do país, (Ferreira, 2017).

Assim, Portugal tem tido um papel preponderante ao nível do acolhimento de migrantes, oriundos de várias partes do mundo, com uma integração eficaz e simultaneamente com uma reformulação das políticas de saúde, sociais e educativas, (Góis & Marques, 2018; Góis, 2919; Monteiro, 2011; Sousa, 2006).

1.2. Os migrantes e o desafio dos cuidados de saúde em Portugal

A OMS citado pelo Retrato de Saúde, 2018 define a saúde mental como "o estado de bem-estar no qual o individuo tem consciência das suas capacidades, pode lidar com o stress habitual do dia-a-dia, trabalhar de forma produtiva e frutífera, e é capaz de contribuir para a comunidade em que se insere", (Ministério da Saúde,2018, p.35).

Na última década, os dados epidemiológicos evidenciam que as perturbações psiquiátricas e os problemas relacionados com a saúde mental se tornaram na principal causa de incapacidade, bem como de morbilidade e morte prematura em países ocidentais industrializados, (Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM), 2017).

Em 2010, no estudo *Global Burden of Disease* as perturbações depressivas eram já a

terceira causa de carga global de doença, prevendo-se passar para a primeira causa a nível mundial em 2030. Segundo os dados da Sociedade Portuguesa Saúde Mental, 12% das doenças mundiais serem do foro mental, aumentado a percentagem para 23% nos países desenvolvidos.

O Retrato epidemiológico Europeu prevê que 165 milhões de pessoas sejam afetadas por uma doença mental anualmente, (Sociedade Portuguesa Saúde Mental (SPSM), S.D.).

Em Portugal temos uma das mais elevadas prevalências de doenças mentais da Europa; uma percentagem importante das pessoas com doenças mentais graves, permanecem sem acesso a cuidados de saúde mental, e muitos dos que têm acesso a cuidados de saúde mental continuam a não beneficiar dos modelos de intervenção (programas de tratamento e de reabilitação psicossocial), hoje considerados essenciais.

Outro estudo sobre a prevalência das doenças mentais sugere que Portugal, é um dos países com maior prevalência de patologias do foro psiquiátrico na população adulta. Mais de um quinto dos portugueses sofre de perturbação psiquiátrica (22,9%), (Ministério da Saúde, 2018 & SPSM, S.D.).

Segundo o Plano Nacional de Saúde Mental, assistiu-se desde 2011 a um crescente aumento das perturbações mentais a nível dos cuidados de saúde primários. As perturbações depressivas lideram o crescimento passando 5,34% para 9,32% em cinco anos enquanto as perturbações de ansiedade, apresentaram um crescimento de 0,40% para 0,79%, (Plano Nacional de Saúde Mental, 2017).

O facto do processo migratório estar associado a problemas de ordem psicológica e social, como a destruturação familiar, social e cultural, situações traumáticas vividas durante as viagens, barreiras de adaptação e integração no país de acolhimento, pode originar medo, ansiedade, stress fatores que provocam sofrimento, depressão, suicídio e outras doenças. A nível da saúde mental importa conhecer os fatores de risco dos migrantes, sendo estes ainda pouco sinalizados como problemática das comunidades migrantes, (Fonseca & Silva, 2010).

No estudo realizado sobre as atitudes e representações face à saúde, doença e acessos aos cuidados de saúde nas populações imigrantes da autora Sónia Dias, menciona que 61,5% dos imigrantes oriundos do leste, brasileiros e africanos percecionaram o seu estado de saúde como bom /muito bom, embora identifiquem aspetos menos positivos ligados no acesso aos cuidados de saúde como o desconhecimento por parte dos profissionais de saúde sobre a legislação e procedimentos, atitudes discriminatórias dos profissionais, desconhecimento e falta de sensibilidade sobre a diversidade cultural e falta de prática no diagnóstico e tratamento de doenças tropicais ou invulgares, (Dias et al., 2018).

A escassez de sensibilidade social desencadeia aparecimento de problemas ou agravamento dos mesmos a vários níveis (trabalho, ensino, acesso, a aprendizagem da língua do país de acolhimento e interação com instituições públicas), limitando uma integração completa dos migrantes e favorecendo o aparecimento de comportamentos de riscos e situações de saúde.

Assim, cuidar o migrante lança desafios ligados ao acesso à saúde, essencialmente no que se refere à saúde mental. Verifica-se uma crescente preocupação ao nível das respostas de saúde relativos aos migrantes e às problemáticas subjacentes à sua integração na sociedade de acolhimento.

No processo de migração vivenciam-se muitos momentos de stress negativo. Neste âmbito Vaz-Serra 2007, refere que *Selye* diferencia as situações de *eustress* das de *distress.* As primeiras representam condições dinamizadoras e contribuem para a realização do individuo. As segundas têm uma conotação negativa, pois são desgastantes e improdutivas (Vaz-Serra, 1999). O *distress* surge como um acontecimento no qual as necessidades ambientais ou internas transcendem as estratégias de adaptação do indivíduo. A avaliação cognitiva e as emoções são determinantes neste processo, (Vaz-Serra, 2007).

O stress de aculturação do migrante pode assumir um carácter positivo (*eustress*) quando encarado pelo migrante, como um desafio ou uma nova oportunidade de vida. Notando-se ainda, a influência da sua cultura, e a forma como cada pessoa ou grupo lida com o stress, (Berry, 2006; Neeb, 2000).

O stress na vertente negativa (*distress*) pode ser devido aos diversos fatores e barreiras de integração no país de acolhimento, refletem muitas vezes desigualdades que contribuem para uma maior vulnerabilidade à doença (e.g. situação socioeconómica, situação no mercado de trabalho, trabalhos mais arriscados, perigosos e mais exigentes, condições de habitação precárias, estilos de vida, dificuldades no contacto com sistemas administrativos e legais de saúde), questões identitárias, entre outras. Estas condições específicas do migrante são mais suscetíveis de se manifestarem em problemas de saúde mental como a ansiedade, a depressão, angústia entre outras. No estudo coordenado por Albridge et al. (2018) sobre os padrões globais de mortalidade em migrantes internacionais, a mortalidade era um facto presente associado as doenças infeciosas como: hepatite viral, tuberculose e HIV e as causas externas, com agressões, e outras (Albridge, et al, 2018).

O estudo sobre as migrações (Oliveira & Gomes, 2018), referem que os migrantes são uma população mais vulnerável face às doenças físicas e mentais associadas a diversos fatores

de stress ao longo do processo de migração e que os cidadãos de naturalidade estrangeira no período entre 2005 e 2016 apresentavam percentagens de mortes por causas não naturais (suicídio) superiores aos nativos. Em 2016, os migrantes oriundos da União Europeia apresentavam uma taxa de mortalidade de 11,9% e os migrantes de países fora da União Europeia 6,6%.

O estudo realizado em 2016, no âmbito das estatísticas da saúde, o Eurostat com base nos Inquéritos às Condições de Vida e Rendimento (sigla ICOR em português para EU-SILC), promovidos anualmente pelos Institutos Nacionais de Estatística dos Estados-membros, disponibiliza dados sobre o estado de saúde auto reportado pelos cidadãos, com base na naturalidade dos indivíduos.

Este destaca que nos países de imigração mais antiga, como a França, Holanda, Luxemburgo e Bélgica, os imigrantes tendem a reportar condições de saúde menos favoráveis comparativamente aos nativos. Em países onde a imigração é mais recente (Europa do Sul) e em média mais jovem que a restante população - os imigrantes tendem a considerar-se como mais saudáveis que os seus homólogos nativos, o que também sucede em Portugal, onde 60% dos imigrantes reportaram um bom estado de saúde (contra apenas 47%, dos nativos, ou seja, os imigrantes apresentam mais 13 pontos percecionais de boa saúde reportada).

1.3. A Enfermagem sistémica de Betty Neuman e transcultural na perspetiva de Madeleine Leininger

Considerando as necessidades de saúde da população migrante e a intervenção de enfermagem na prestação de cuidados, apoiamo-nos nos referenciais teóricos que dão suporte à nossa práxis. Apoiámo-nos na abordagem sistémica *Betty Neuman* (2011). Este modelo de intervenção visa potenciar os recursos do cliente e do sistema familiar ou outro onde está inserido para atingir o equilíbrio, (Neuman & Fawcett, 2011), preconiza os cuidados sistémicos, com base na identificação dos fatores de stress (intra, inter e extrapessoais), permitindo ter uma visão multidimensional da pessoa, grupo ou comunidade.

No âmbito dos cuidados desenvolvidos na identificação das necessidades de saúde e dos comportamentos com enfoque na componente cultural e religiosa, considerámos importante uma perspetiva transcultural baseada na teoria humanista do cuidado transcultural de *Leininger* (2001).

Leininger a principiante da transculturalidade introduziu o conceito de cuidado transcultural em enfermagem e desenvolveu a teoria do cuidado cultural para explicar a competência cultural. A competência cultural nos cuidados é indispensável; implica um forte respeito pessoal e profissional para com as pessoas de outras culturas. A sua teoria foca a relação entre a cultura, os cuidados de saúde e o bem-estar.

Os cuidados na perspetiva de *Leininger* incluem a flexibilidade, a sensibilidade e a competência cultural, que envolve uma aproximação à experiência vivida da pessoa em processo de transição vivencial, direcionada para os valores, crenças e práticas de cuidado cultural, (Leininger, 2001).

Leininger & Mcfarland, (2006) descrevem o cuidado de enfermagem culturalmente como os "cuidados orientados por conhecimentos culturais baseados em atos e decisões, usadas de forma sensível e cognitivamente baseadas, para se ajustarem apropriadamente e com sentido aos valores culturais, crenças e modos de vida dos clientes para a sua saúde e bem-estar", (p.15).

A capacidade de *negociar* e a *flexibilidade* são atitudes que os enfermeiros adotam para tornar os cuidados culturalmente competentes. Estes são estruturados de forma ajustada às crenças e aos valores, incluindo a negociação, no sentido de apoiar, facilitar ou capacitar as pessoas de uma determinada cultura, a reter ou preservar valores relevantes para que possam manter o seu bem-estar, recuperar da doença e enfrentar a deficiência e a morte. As questões culturais e identitárias desempenham um papel central no estado de saúde dos imigrantes que acedem aos serviços de saúde.

Neste paradigma de cuidar é fundamental os profissionais desenvolverem conhecimento cultural, competências emocionais tal como a autoconsciência, autogestão emocional, auto-motivação, a empatia, a gestão de relacionamentos em grupo e a flexibilidade relativamente às crenças, valores e práticas culturais dos utentes migrantes, procurando compreender, este processo, estabelecer uma relação de interdependência e não impor os próprios desejos e valores no cuidar das pessoas migrantes.

A enfermagem transcultural é uma vertente essencial dos cuidados de hoje. É imprescindível que as escolas e instituições de saúde promovam programas de formação e atualização em competência cultural, a fim aumentar o nível de confiança e conhecimento para uma prestação de cuidados mais eficazes. A competência cultural possibilita a manutenção da identidade cultural das pessoas e minimiza os preconceitos e as imposições culturais nos cuidados prestados.

As práticas de enfermagem devem estar adaptadas para reconhecer as diferentes

conceções de saúde compreendida pelo cliente de forma a proporcionar-lhes cuidados e serviços eficazes.

Neste cuidado há particularidades que exigem ao enfermeiro um maior conhecimento cultural e flexibilidade para integrá-las nos cuidados de enfermagem, e é importante estar preparado para trabalhar com todos os utentes, qualquer que seja o seu meio, compreendendo e aceitando as diferenças culturais e encontrando as semelhanças estabelecidas entre as deles e as dos utentes nomeadamente sobre: a distancia proxémica, o toque, o contacto visual, o silêncio, as crenças em saúde, as práticas de saúde e os rituais associados a essas práticas (nascimento, rituais de passagem, morte). Na relação há a considerar o espaço/distância cultural, o uso do silêncio (ex: os americanos e as pessoas do norte da europa sentem-se mais confortáveis quando não estão num contacto tão próximo com o outro).

O contacto visual e táctil tão comum na cultura lusa e hispânica, pode ter outras interpretações por exemplo na cultura africana, dependendo da (idade, o sexo, a posição social, económica, e o nível de autoridade). Relativamente ao silêncio as culturas de alguns países da europa, como os portugueses, espanhóis, franceses, e russos demonstram o seu acordo com o uso do silêncio, também na cultura asiática o silêncio é uma forma de respeito pelo ancião, já relativamente ao toque, a cultura chinesa não aprecia o toque de estranhos.

Essas características reforçam a ideia da diversidade social e da existência de um campo transcultural nas interações sociais, onde é importante a descodificação do significado do pedido, a compreensão das crenças de saúde e as experiências subjetivas de saúde dos migrantes.

Na avaliação dos migrantes importa conhecer as estruturas e dinâmicas das famílias, os sistemas de apoio, os valores e crenças sobre a saúde e a doença, a interpretação e expressão da dor, bem como as estratégias de controlo utilizadas (uso de medicina tradicional e outros), importa saber informar sobre uso de meios terapêuticos ocidentais e efeitos, tendo presente a melhor informação para a adesão de tratamentos muito diferentes dos da sua cultura.

Assim e de acordo com *Leininger* o cuidado cultural implica o conhecimento e a tomada de decisões, tendo por base a negociação, a preservação/manutenção do cuidado cultural, o ajustamento/ negociação do cuidado cultural e a repadronização / reestruturação do cuidado cultural.

2. OPÇÕES METODOLÓGICAS

Ao longo do estágio fui conhecendo a razão do acesso ao gabinete; a abordagem metodológica foi centrada na criação de soluções para os problemas dos migrantes, num contexto específico da prática.

O contexto do estudo foi desenvolvido no gabinete da saúde no CNAIM de Lisboa, na freguesia de Arroios em Lisboa entre 23 de setembro e 07 de fevereiro de 2020.

Objetivou-se criar um ambiente de colaboração e partilha, com a equipa de saúde, desenvolvendo-se competências de trabalho em grupo, para realizar uma intervenção sistematizada de EESMP. A utilização da metodologia de projeto teve como base, o modelo de resolução de problemas, visando obter subsídios que ampliem a compreensão desta realidade e da intervenção em EESMP.

2.1. Delimitação da problemática

A aculturação das pessoas migrantes e a saúde mental, estão diretamente relacionadas com os fatores da sociedade de origem e de acolhimento. Os migrantes, provindo do seu país de origem marcados por desemprego, fome, guerra e violação dos direitos humanos, e acrescendo a estes fatores, as barreiras linguísticas, riscos de xenofobia, de marginalização, aspetos geográficos, culturais, socioeconómicos e interpessoais, e ainda as dificuldades no acesso à saúde podem conduzir a uma maior vulnerabilidade e suscetibilidade a doenças psíquicas, (Monteiro, 2011).

É neste terreno movediço que urge compreender a realidade dos migrantes, avaliar processos de saúde e doença, as suas necessidades, crenças, valores, através da análise da experiência vivencial, sobre as diversas origens étnicas, socioeconómicas e socioculturais e avaliar como estas variações se manifestam ou são percecionadas e interpretadas pelos próprios sujeitos, considerando que a saúde é um direito de todos os cidadãos. É através da relação de confiança, do respeito e da aceitação/compreensão das diferenças, que se irá estabelecer a relação terapêutica e o apoio socioemocional a estas pessoas.

Assim colocou-se a seguinte questão de partida: Qual serão as problemáticas principais dos migrantes que acederam ao gabinete da saúde no CNAIM de Lisboa no ano de 2019?

Neste contexto surgiram outras questões:

Questões de Investigação

- Qual o género de migrantes que mais recorreu ao gabinete da saúde no CNAIM de Lisboa?
- Qual a idade média da população migrante que acedeu ao gabinete da saúde no CNAIM de Lisboa?
- Quais foram as necessidades de saúde que levaram os migrantes que acederem ao gabinete da saúde no CNAIM de Lisboa?
- Como está a ser vivido o processo de integração dos migrantes que ocorreram ao gabinete da saúde no CNAIM?
- Que encaminhamentos foram realizados aos migrantes que acederam ao gabinete de saúde no CNAIM de Lisboa?

2.2 Objetivos do estudo

2.2.1 Objetivo Geral

- Analisar o perfil sociodemográfico e a problemática de saúde dos migrantes que recorrem ao gabinete da saúde no CNAIM de Lisboa.

2.2.2 Objetivos específicos

- Identificar as problemáticas e o pedido de ajuda (motivo) dos migrantes no gabinete de saúde do CNAIM;
- Implementar intervenções que promovam a verbalização da sua experiência vivencial da migração e expressão de emoções e sentimentos desse processo;
- Identificar os tipos de encaminhamentos efetuados.

2.3. Variáveis em estudo

De acordo com a revisão bibliográfica e os objetivos enunciados, seguidamente serão apresentadas as variáveis em estudo, as suas dimensões, bem como os instrumentos que serão utilizados para a sua avaliação.

2.4 Participantes

A amostra deste estudo é não probabilística e intencional, constituída por 14 migrantes que acederam ao gabinete de saúde no CNAIM. Foram selecionados segundo os critérios de elegibilidade. Os migrantes eram oriundos de países africanos (antigas colónias) e brasil com os quais temos acordos e ainda de origem asiática A escolha acima referida está relacionada com os grupos que mais acorrem ao gabinete de saúde.

.

Quadro nº 2- Variáveis Sociodemográficas: Grupo etário

Variáveis	**Categorias**	**Participantes** N	**%**
Idade	16-25	2	14,29%
	26-35	3	21,43%
	36-45	**7**	50,00%
	46-55	1	7,14%
	56-65	1	7,14%
Total		14	100%

A amostra em análise é constituída por 14 migrantes, as idades variaram entre os 18 e os 63 anos, sendo a média é 37,79 anos. A classe modal situa-se entre os 36- 45 anos com 7 migrantes, correspondendo uma percentagem de 50%. Verifica-se ainda que 21,43% eram pessoas com idades entre os 26 e os 35 anos.

Quadro nº 3- Variáveis Sociodemográficas: Género dos participantes

Variáveis	**Categorias**	**Participantes** N	**%**
Género	Masculino	9	64,29%
	Feminino	5	35,71%
Total		14	100%

Relativamente ao género, 9 são do género masculino, correspondendo 64,28% e 5 do género feminino com 35,71%. A amostra é reduzida para aferir outras conclusões e apesar dos dados apresentarem uma tendência no género masculino, os dados globais oriundos de outros relatórios, não são consensuais, devido a várias razões da migração. As mulheres em idade fértil representam uma taxa de migração superior à dos homens, em certas regiões do mundo.

As questões migratórias, referentes ao género e ao acesso à saúde estão indissociavelmente ligadas. Neste estudo podemos constatar que a nossa amostra embora bastante reduzida é essencialmente masculina com 64,3%, contrariando a tendência doutros estudos. A OIT observa que cerca de metade de toda a população migrante em todo o mundo é do género feminino, com uma vulnerabilidade concomitante acrescida à exploração e abuso (Duckett, 2001). A ERS (2015) afirma os dados descritos anteriormente relatando que o género feminino é mais representativo que o género masculino em Portugal, salientando-se que a predominância do sexo feminino provém da América e outros países da Europa e África. O relatório da OECD também descreve que a taxa de migração é superior nas mulheres em idade fértil em certas regiões do mundo enquanto em outras regiões o género masculino era o mais prevalente, (OECD, 2018). Embora os estudos nacionais e internacionais indiquem que o género feminino é mais representativo na migração, o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF, 2017) concluiu que o género mais representativo era o masculino, indo ao encontro dos dados do presente estudo.

Quadro nº 4- Variáveis Sociodemográficas

Variáveis	**Categorias**	**Participantes**	**%**
Pais de origem	Antigas colónias	5	35,71%
	Brasil	4	28,57%
	Bangladesh	3	21,43%
	Nepal	1	7,14%
	India	1	7,14%
Total		14	

Relativamente à proveniência dos migrantes, representados no quadro 4, os países de origem evidenciam uma grande diversidade de origens dos migrantes para Portugal, desde países, das antigas colónias portuguesas (Angola, Moçambique, Guiné-Bissau, S. Tomé) e o país irmão, Brasil, com acordos especiais e ainda a India, o Bangladesh, o Nepal, países que evidenciam uma alteração do posicionamento do país no sistema migratório global.

Vários estudos apontam que os migrantes africanos e brasileiros são a população que migra mais para Portugal, (Dias, et al 2018; Ferreira, 2017; SEF, 2017).

Segundo ERS, em 2014, a população oriunda do continente europeu com estatuto legal residente em Portugal era a mais representativa com estatuto legal, seguindo os migrantes africanos, americanos e por último os asiáticos, (ERS,2015). A OECD, em 2019 acrescenta que a população oriunda do brasil foi a mais representativa a entrar em Portugal em 2017.

2.5. Critérios de elegibilidade

Estabeleceu-se como **critérios de inclusão** os migrantes adultos que se dirigiam e pediam apoio no Gabinete de Saúde do CNAIM de Lisboa que se encontrassem no uso das suas faculdades mentais, (conscientes e auto e alo psiquicamente orientados); que conseguissem identificar as necessidades e o tipo de apoio; que compreendiam a língua portuguesa, inglesa ou espanhola ou nesta impossibilidade poder ser acompanhado por um familiar ou um representante que dominasse uma das línguas; que devidamente informados demonstrem disponibilidade para participar no estudo e que voluntariamente assinaram o consentimento informado livre e esclarecido.

Critérios de exclusão: Foram considerados os migrantes sem domínio da língua portuguesa, inglesa ou espanhola e sem familiar ou representante que pudesse proceder à informação; utentes que apresentassem alterações cognitivas a nível do pensamento e perceção.

2.6. Tipo de Estudo

Este estudo é exploratório, descritivo com uma metodologia mista (qualitativa/quantitativa), segundo Fortin (2009) porque permite considerar "as experiências humanas tal como são descritas e narradas pelos participantes, ou seja, descrever a sua experiência face ao fenómeno neste caso específico da migração", (p.292). A entrevista semiestruturada teve por base um guião criado para o efeito.

2.7. Procedimentos

As entrevistas individuais decorreram ao longo de todo o período de estágio, de setembro de 2019 a fevereiro de 2020, o que me facilitou a integração no serviço, a identificação das necessidades, estas realizadas pela enfermeira especialista, no entanto a colheita de dados para este estudo, foi realizada entre 28 de novembro até 07 de fevereiro de 2020. A duração da entrevista foi variável (entre 30 minutos e 60 minutos), prezando os procedimentos éticos recomendados. Duas entrevistas foram sujeitas a tradução o que se traduziu numa limitação na comunicação. O tradutor foi convocado por via telefónica através da Linha de Tradução Telefónica do CNAIM, após apresentação dos utentes pois foi nesse momento que detetei a dificuldade de expressão linguística. A entrevista decorreu sempre em tríade entre o entrevistador, tradutor e entrevistado.

As questões do instrumento, foram sujeitas a um **pré teste**, a migrantes com as mesmas características das definidas para o estudo e que não entraram na amostra.

O pedido para a realização do estudo foi realizado segundo o protocolo existente, sendo encaminhado via email para a comissão de ética da ARS de Lisboa e do Vale do Tejo e para a enfermeira responsável do gabinete de saúde. Obteve o parecer em novembro de 2020 (Apêndice II e Anexo I).

A participação no estudo foi voluntária, teve em conta o respeito pela pessoa e garantiu-se o esclarecimento da finalidade e dos objetivos do estudo e o pedido de consentimento informado livre e esclarecido. Foram asseguradas a privacidade, a confidencialidade e o anonimato

Os dados recolhidos através de questionário por entrevista e notas de campo, foram alvo de uma análise estatística e de conteúdo. O projeto mobilizou a utilização de dados, aquisição de conhecimentos considerando importante para a aquisição de competências preconizadas pela ordem dos enfermeiros na área de ESMP e as competências investigativas preconizadas para a obtenção do grau de mestre.

Pretendia-se conhecer as necessidades, as experiências humanas dos migrantes, através das suas palavras, tal como era descrito pelos sujeitos. A abordagem qualitativa é definida pela finalidade da pesquisa, pela qualidade dos informantes e pela saturação dos dados. Para delimitar a suficiência dos dados foi utilizado o método de saturação, ou seja, quando se

considera que as informações se tornam reincidentes e dão mostras de exaustão, a saturação é reafirmada.

Os dados recolhidos destinaram-se apenas à realização deste estudo sobre o perfil de caracterização sociodemográfica e de saúde do migrante e não serão cedidos a terceiros.

2.8. Instrumento de Recolha de Dados

Na realização do estudo descritivo, pretendeu-se utilizar como instrumentos de recolha de dados: a entrevista semiestruturada, a observação e as notas de campo.

A entrevista é uma forma de recolha de dados, com objetivo de obter informação, entre o investigador e o entrevistado, (Ribeiro, 2010). Para a realização da entrevista pretende-se assegurar as condições necessárias para que os participantes possam expressar com as suas próprias ideias, as suas opiniões e os seus sentimentos.

A entrevista semiestruturada é um método aplicado com conhecimento prévio e estruturado do conteúdo em estudo, com foco na elucidação das perceções dos entrevistados acerca da realidade, (Polit,1995).

Neste estudo optou-se por realizar entrevista semiestruturada de forma obter dados entre os vários participantes através das narrações do entrevistado. A entrevista teve uma a duração média de 45 minutos, orientada pelas questões do guião, que engloba duas componentes a) dados sociodemográficos e b) dados de saúde. É constituído por 14 questões, 11 fechadas e 5 perguntas abertas (Apêndice I).

A observação é uma metodologia de investigação qualitativa, outra forma de recolher dados, na qual o observador participa ativamente nas atividades de recolha de dados, no próprio local onde decorre o estudo. Os dados recolhidos foram registados em forma de lista de acontecimentos, em contexto de entrevista, (Ferrito, et al, 2010).

As notas de campo foi outro método de recolha de dados baseado na observação, na comunicação e escuta, resultante da experiência do investigador no contexto local. O registo é realizado logo após a entrevista e aspetos a registar (dia, hora o tempo da entrevista, aspetos importantes a destacar como: motivo do acesso ao CNAIM, comportamentos e atitudes do utente/família e reflexão do observador).

Uma das formas de assegurar a validade interna é através do recurso à triangulação dos dados. A triangulação também nos permite avaliar a fiabilidade da investigação. A triangulação consiste em combinar dois ou mais fontes de dados, abordagens teóricas ou metodológicas de recolha de dados numa mesma pesquisa.

2.9. Análise dos dados

O presente estudo foi sustentado por uma metodologia mista (qualitativa/quantitativa). O uso de dados quantitativos, surgem sobretudo na referência às questões de caracterização. Este processo possibilitou a sistematização dos dados de acordo com a similitude dos temas.

A leitura do conteúdo das entrevistas permitiu a organização e o agrupamento da informação em temas, categorias e subcategorias.

A análise de conteúdo envolveu uma abordagem qualitativa em que se realiza a transformação dos dados recolhidos através do texto, resultante das entrevista e das notas de campo; (b) através da codificação e anotação nos dados transcritos; (c) classificação dos dados em temas, categorias e subcategorias segundo padrões, relações e semelhanças ou disparidades; (d) elaboração progressiva de um conjunto de conceptualizações que envolvam as consistências encontradas ao longo da análise das entrevistas; e (e) os padrões identificados são considerados à luz das expressões do texto e da revisão da literatura.

A abordagem quantitativa, faz alusão ao uso da frequência como método de enumeração das referências dos participantes, enquanto pressuposto auxiliar de categorização da informação (Bardin, 2004). Esta medida de quantificação parte do pressuposto de que a importância de uma **unidade de registo** é tanto maior quanto mais frequente é a sua aparição (Bardin, 2004). A conjugação destes dois tipos de análise possibilita uma recolha de informação mais pormenorizada do tópico sob investigação, (Milena, et al., 2008).

3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo realiza-se a apresentação e discussão dos resultados obtidos no presente estudo, cujos resultados são apoiados e suportados noutros estudos científicos. A recolha de dados evidenciou a complexidade do fenómeno da migração proveniente das respostas e vários componentes comunicativos dos migrantes, (Apêndice III).

O quadro nº 5 sintetiza a vertente dos dados qualitativos e faz referência à perceção da situação no acesso ao gabinete de Saúde do CNAIM, com a apresentação das categorias, subcategorias e unidades de registo.

Quadro nº 5- Perceção da situação de saúde dos migrantes no acesso ao gabinete de saúde do CNAIM

Tema	**Categoria**	**Subcategorias**	**Unidades de registo nº**
Perceção da situação de saúde dos migrantes	**Motivo do pedido de ajuda**	**Apoio no acesso à saúde (**nº SNS, motivo de saúde, renovação do visto)	**14**
		Dificuldade na resolução do problema por parte dos administrativos e dos profissionais de saúde (Comunicação ineficaz; recusa de atendimento; Discriminação)	**8**
		Apoio social (Alojamento; problemas económicos)	**7**
	Necessidades relacionadas com a Saúde	**Prolongar o visto por doença**	**1**
		Ajuda monetária no parto	**4**
		Vigilância em Centro de Saúde (ter acesso aos cuidados de saúde e melhorar o seu estado de saúde**)**	**13**
		Melhoria das condições de habitação (obtenção de habitação ou melhorar as condições da sua habitação)	**2**
	Recursos e respostas de ajuda	**Encaminhamento centros de saúde** (agendamento de consulta para o médico família; agendamento de consulta para o médico família ao acordo ao abrigo da legislação-doença oncológica/gravidez)	**6**
		Encaminhamento para o serviço de urgência	**6**
		Encaminhamento para o apoio social	**1**

3.1. Perceção da situação no acesso ao gabinete de saúde CNAIM de Lisboa

A área da perceção da situação de saúde integra referências que os próprios migrantes expõem e que tomam consciência da situação na emergência marcante da sua trajetória e a descodificação desses pedidos por parte dos técnicos de saúde.

A perceção do estado de saúde assume um papel importante para os migrantes que já se encontram no país e para os que chegaram recentemente ao território português. O reconhecimento do problema emerge como um fator importante, pois é o primeiro passo para o pedido de ajuda profissional (Chalifour, 2008; Lázure, 1994; Phanuef, 2005; Reis 2014). O "acesso e a utilização dos serviços de saúde pelas populações imigrantes são reconhecidos como importantes indicadores de integração nas sociedades de acolhimento", (Dias et al 2018, pág.14).

Vários estudos abordam o estado de saúde dos migrantes, destacando-se o estudo da autora acima citado que refere que o estado de saúde dos migrantes é condicionado por diversos fatores interdependentes. E sugere que na gestão da saúde e promoção do bem-estar das populações migrantes tem implicado que os sistemas de saúde assegurem acessibilidade e respondam adequadamente às suas necessidades. Outros estudos apontam que as populações imigrantes não são muitas vezes abrangidas ou adequadamente enquadradas pelos sistemas de saúde dos países de acolhimento.

3.2. Motivo do pedido de ajuda

As expressões dos migrantes na consulta de enfermagem, são recortes das suas vidas, isto é, quando entramos no espaço das suas vidas são-nos facultadas informações que se traduzem por vezes na alteração do seu visual, das suas expressões faciais, do seu olhar, traduzindo alguma ansiedade, tristeza, choro, silêncios, muitas emoções que se evidenciam ou se escondem atrás de papéis que querem mostrar. O pedido de ajuda precoce reduz de forma significativa o intervalo de tempo que medeia o surgimento de sintomas e o acesso aos cuidados de saúde, melhorando os resultados e os ganhos em saúde.

Os excertos seguintes transcrevem o real sofrimento dos migrantes e as dificuldades diárias no acesso aos cuidados de saúde, resultantes do processo de integração e aculturação (Apêndice III):

" Recorri ao gabinete de saúde no CNAIM, sozinho para solicitar apoio para resolver a situação de saúde "(sic).

"Expûs a minha situação clínica (… ")(com um tom de voz apreensivo devido ao confronto da sua situação clínica no IPO, o diagnóstico do país de origem era falso, situação que originou alta médica.

"Vim ao CNAIM acompanhado pelo meu amigo por dificuldade em comunicar o português.

Tenho dificuldade em obter acesso a isenção de pagamentos ou ajuda no pagamento das despesas em saúde já efetuadas no Hospital Fernando Fonseca."

" Tenho dificuldades monetárias diariamente, por condição de trabalho deficitária e condição clínica reduzida."

"Vim solicitar o acesso a isenção em período de gravidez e puerpério."

"já tentei várias vezes, não consigo," a administrativa nega o acesso " (sic).

"É necessário articulação com o apoio social da Santa Casa".

Do conjunto de respostas dadas sobre a situação do pedido, incluem-se os pedidos de cartão de saúde, ou o número do Serviço Nacional de Saúde, autorização ou de renovação da residência, etc. O desconhecimento dos seus direitos, a necessidade de ser revisto a data do passaporte (situação de migrante em transito) por motivos de saúde, as situações urgentes do acesso aos serviços e o apoio social.

Vários autores descrevem que os pedidos de ajuda mais frequentes dizem respeito à isenção de taxas moderadoras ou ajuda nos pagamentos ou reembolso em instituições de saúde, referentes aos pagamentos da terapêutica e intervenções cirúrgicas, estes dados também são corroborados nas afirmações deste estudo.

Também o World Migration Report (2020), aponta que a nível mundial o acesso à saúde dos migrantes depende do sistema de saúde de cada país, podendo estes não terem o acesso mais adequado, equitativo e acessível aos cuidados de saúde, (IOM, 2019). Este relatório indica uma grande dificuldade no acesso à saúde na população migrante, abrangendo um grau de

discrepância na acessibilidade aos cuidados de saúde do migrantes em comparação com os nativos de alguns países.

A nível nacional, a dificuldade no acesso à saúde, acompanha as estatísticas mundiais, como refere Dias et al. (2018) no estudo das atitudes e representações face à saúde, doença e acesso aos cuidados de saúde nas populações imigrantes, as dificuldades económicas no acesso à saúde é um dos fatores limitantes. Não obstante esta conclusão, Oliveira & Gomes, (2018) acrescenta outras barreiras no acesso à saúde, como as cobranças das taxas moderadoras, ausência de conhecimento sobre direitos e sistema de saúde, os obstáculos administrativos e a exclusão social.

A discriminação, é outra das condicionantes no acesso à saúde. A vulnerabilidade e a discriminação dos migrantes é notória ao longo da história da migração. Segundo o relatório da Cáritas Portuguesa, a discriminação no acesso aos cuidados de saúde, nomeadamente a desigualdade em obter o número do cartão SNS dificulta muitas vezes o acesso aos cuidados de saúde. De facto, os migrantes com autorização de residência conseguem adquirir o número do SNS, enquanto os outros em situação irregular não conseguem adquirir, tendo que pagar na sua totalidade os cuidados, (Góis, 2019).

Segundo a ERS, 2015 citado por Oliveira, 2018, "(…) no acesso a cuidados de saúde por imigrantes em Portugal, foram identificadas barreiras geradoras de desigualdades que os imigrantes sentem e situações divergentes das características da universalidade, equidade e generalidade" (p.117-118). A "recusa ou limitação de acesso aos cuidados de saúde prestados em estabelecimentos de saúde públicos ou privados, é considerado discriminação", ou seja, é proibido apresentar comportamentos discriminatórios em instituições de saúde, (Lei nº 93/2017, p.4911). Portugal tem realizado sucessivas adaptações nos serviços, assim como alterações à Lei da migração que se consagrou na Lei nº 102/2017. Esta vem simplificar e adequar a Lei de Estrangeiros às novas dinâmicas económicas e sociais, introduzindo várias alterações e simplificando alguns regimes: o regime para os estudantes, o regime de residência para trabalhadores sazonais e introduz um novo regime para trabalhadores transferidos de outros Estados membro, agilizando alguns procedimentos e pedidos na forma digital, (eg. concessão e renovação da autorização de residência, etc). Mas verifica-se algum desconhecimento por parte dos profissionais de saúde como dos migrantes.

As expressões deles declaram a revolta e a discriminação embora a legislação defenda a não discriminação, ainda se observa alguma desigualdade e precariedade na população migrante.

3.3. Necessidades relacionadas com a saúde

As necessidades relacionadas com a saúde são fatores essenciais no processo de integração e aculturação. As populações migrantes recém-chegadas a territórios desconhecidos, com percursos traumáticos e muitas vezes associados a condições de vida precárias, acabam por demonstrar várias necessidades de saúde e psicossociais.

Ao longo do estudo, houve um reconhecimento das múltiplas necessidades dos migrantes, destacando-se ajuda no prolongamento do visto; ajuda monetária em gestantes; vigilância em cuidados primários e melhorias de condições habitacionais.

Estas pessoas que se dirigiram ao gabinete de saúde, estavam maioritariamente sem médico de família e com dificuldade em aceder a consultas de vigilância em cuidados de saúde primários. Também Oliveira & Gomes (2018) nos diz que as desigualdades nas condições dos próprios sistemas de saúde são consideradas fatores limitativos no acesso à saúde dos migrantes. A precariedade dos cuidados de saúde, a falta de assistência médica e o desconhecimento do enquadramento legal também são apontadas pela mesma autora no relatório imigração em números, como aspetos condicionantes no acesso à saúde.

"Resido em Portugal há um ano e meio sem vigilância médica e acompanhamento da equipa de saúde."

"Vim solicitar o acesso a isenção em período de gravidez e puerpério."

"Preciso de um relatório médico para prolongar o visto"

As seguintes narrativas reveladas pelos participantes do estudo, demonstram que a migração comporta necessidade tais como os naturais, embora muitas vezes incompreendidas ou descoradas pelo país de acolhimento.

3.4. Recursos e respostas de ajuda

Nesta categoria: os recursos e as respostas de ajuda incluíram o encaminhamento para: os cuidados primários, cuidados hospitalares e o apoio social. Os encaminhamentos para os centros de saúde ainda incluíram uma diversidade de situações como as consultas ao abrigo da saúde mental e ao abrigo da maternidade e paternidade.

"Carta para centro de saúde a relembrar a isenção das grávidas e puérperas em situação irregular".

"Dirigir-se ao seu médico do HSM para tratar do receituário e solicitar a chave móvel para pedir isenção das taxas moderadoras".

"Carta para marcação de consulta e inscrição no CS com NU. Foi informada sobre o acesso aos cuidados de saúde"

"Articulação com apoio social da Santa Casa".

O acesso a algumas consultas e aos cuidados de saúde continuam a ser precários e reduzidos, não só para os naturais como para os migrantes.

Matos et al. (2015) ainda acrescenta que a população imigrante tem menor acessibilidade aos serviços de saúde quando comparados com a população nativa, confirmando que nalguns casos houve recusas de atendimento a migrantes não identificados. Também, (Oliveira, 2019; Matos et al, 2015) referem mais solicitações e com respostas escassas das instituições de saúde. Essa procura atinge maior expressão em domínio hospitalar em comparação com os cuidados de saúde primários.

O direito à saúde é um direito universal, por isso, a saúde deve ser um bem atribuído a todos, incluindo pessoas estrangeiras, imigrantes, em situação regular e irregular. Foi essencial identificar as principais necessidades dos migrantes no acesso à saúde para minimizar as barreiras e promover os cuidados mais adequados de saúde.

Quadro nº 6- Perceção da situação de saúde dos migrantes no acesso ao gabinete de saúde do CNAIM

Tema	Categoria	Subcategorias	Unidades de registo nº
Perceção da situação de saúde dos migrantes	**Situação de Doença**	Quisto hepático	**1**
		Esclerose múltipla	**1**
		Linfoma	**1**
		Diabetes	**3**
		HTA	**2**
		Fraturas ósseas	**1**
		Acidente Cerebral Vascular	**1**
	Sintomas físicos e psicológicos	Queixas álgicas	**3**
		Cansaço	**1**
		Diminuição da força muscular/ Parestesias	**2**
		Alucinações (sinto algo no corpo/ Delírios(fuga)/ Períodos confusionais	**3**
		Deprimido/Triste	**4**
		Stress/Gestão Emocional difícil	**2**
	Experiência e a satisfação no acesso à saúde	**Satisfação** (relação positiva com a equipa de saúde; obtenção dos cuidados de saúde; comunicação eficaz**)**	**4**
		Experiência negativa (vítima de discriminação; exclusão por parte da equipa de saúde)	**8**

3.5. Situação de Doença

Nesta categoria a **doença física e psicológica** engloba um conjunto de desafios significativos para o migrante, para a sua família e para os cuidadores (Silver, 2004). Nesta categoria várias situações foram evocadas sobre as doenças: umas crónicas, outras inesperadas surgiram durante o período do estudo. O sofrimento refletiu-se a vários níveis: fisiológico e funcional, psicológico (emocional) social, cultural e económico. Neste estudo observaram-se problemas graves de saúde como podemos observar nas narrativas que se seguem:

"Entrei no hospital do Amadora-Sintra com o diagnóstico de HTA, fiquei internada em cuidados intensivos por diagnóstico de aneurisma cerebral e hidrocefalia, durante 2 meses".

"Vim solicitar ajuda para isentar o meu pai devido a um AVC Isquémico ocorrido dois dias antes de regressar ao país de origem".

"Tenho Diabetes Tipo 1, e sou seguida em Centro de Saúde sem isenção nos cuidados de saúde relativamente a diabetes"

Alguns autores defendem que os migrantes têm maior predisposição para desenvolver doenças crónicas, como a obesidade, hipertensão arterial e outras quando comparados com os não migrantes, embora alguns estudos, defendam que os migrantes são menos propensos para o desenvolvimento de doenças crónicas que os nativos (sendo mais jovens, portanto mais saudáveis) (OCED,2018; Oliveira, 2018).

Segundo Oliveira, (2019) é crescente o número de doenças crónicas como a hipertensão arterial e a diabetes nos migrantes. Os migrantes são populações frágeis e com maior pré-disposição e um determinado padrão de saúde, (Albridge et al., 2018; Granada, at al., 2017; Oliveira, 2019; Pussetti, 2010).

3.6. Sintomas físicos e psicológicos

No campo da saúde/doença muitas vezes a falta de informação da parte do migrante torna-se um fator dificultador e gerador de sofrimento no acesso aos cuidados.

O grau de sofrimento foi evidente nas expressões encontradas no estudo como podemos constatar,

"…tenho dores inespecíficas e estou descontente pela minha situação"

"Estou nervoso. Estou a sofrer pressão por parte do seguro de saúde devido a situação de transferência do meu pai para a Ucrânia. Quero-o perto de mim"

"Vim para Portugal porque preciso de saber o que tenho (sic). Eram queixas a nível abdominal, sem especificação sobre a patologia em si. "tenho algo no pâncreas" sic.

"Estou a sentir-me cansada, com o escasso apoio do meu cônjuge (marido a trabalhar em Angola)".

Na situação de doença o sofrimento envolve os vários fatores e sintomas: sintomas físicos, por vezes dolorosos, incertezas, dificuldades sociais e psíquicas, conflitos internos, situação de baixos rendimentos, traduzindo-se em dificuldades económicas (sobretudo nos pagamentos dos serviços de saúde).

Em situações de humor depressivo, foi evidente as queixas que envolviam pensamentos ruminativos. As emoções estavam presentes e a dificuldade em lidar com elas também. As impotências perante alguns problemas eram repetidamente evocadas e a dificuldades também, expondo a vulnerabilidade.

Meleis (2010) descreveu o fenómeno da vulnerabilidade como uma experiência de transição nas interações com o ambiente externo, que poderá desencadear efeitos negativos na saúde, queixas prolongadas ou ainda uma ineficácia na capacidade de lidar com as condições de acolhimento, (Meleis, 2010).

Vários estudos descrevem a ansiedade e a depressão, como estados psicológicos comuns nos migrantes. Segundo Oliveira & Gomes (2018) a realidade da migração demonstra que os "nascidos no estrangeiro apresentam maior vulnerabilidade a algumas doenças e alguns problemas de saúde, por comparação aos não imigrantes…", (p.76). Sobretudo em relação a doenças infeciosas, violência e lesões, bem como a nível social e comportamental. O isolamento e a insegurança são características recorrentes nesta população, (IOM,2019).

Este facto deve-se muitas vezes às condições de vida dos países de origem bem com as condições de vida no país de acolhimento (habitacionais, laborais e pessoais). De acordo com Oliveira (2018, 2019), os migrantes estão mais expostos a trabalhos precários, maior risco e exigências laborais refletindo-se em problemas de saúde e absentismo laboral ou escolar.

Franken (2012) acrescenta que os migrantes são pessoas mais suscetíveis as perturbações psicológicas, como a ansiedade ou pessimismo.

Estas mudanças sociais e comportamentais associadas aos fenómenos de integração e aculturação geram sintomas físicos e psicológicos obrigando a uma adaptação que maioritariamente é acompanhada por acontecimentos menos positivos, (Franken et al, 2012; Berry,2006).

3.7. Experiência e a satisfação no acesso à saúde

Analisar a experiência de saúde dos migrantes tornou-se um fator importante na avaliação das perceções, dos aspetos positivos e negativos do acesso à saúde. Algumas das

expressões abaixo representam a realidade com que muitos migrantes se depararam diariamente:

"Estou perturbada devido a ausência da descrição da faturação sobre o meu tratamento. O funcionário do departamento de faturação recusou entregar-me o documento, desencadeando um mal-estar geral físico e psicológico."

"Tentámos falar com o médico, várias vezes, mas a administrativa negou o acesso ao médico" (sic). "Tentamos múltiplas vezes (sic)."

"já tentei várias vezes, não consigo" "administrativa nega o acesso "(sic).

"…Como é complicado (…) tenho muitos problemas de saúde, nem sei como começar" (sic)".

A falta de informação ou de comunicação eficaz, ou mesmo a discriminação, é sentida pelos participantes e é um dos aspetos relatados em vários estudos sendo, isto verificou-se na obtenção do número do cartão SNS. Também é citado por Góis, (2019) que os migrantes com autorização de residência conseguem adquirir o número do SNS, enquanto os outros em situação irregular não conseguem adquirir, tendo que pagar na sua totalidade os cuidados, (Góis, 2019). Outro aspeto é a recusa de atendimento no acesso à saúde, (Dias et al 2018).

Assim, alguns migrantes ficarão em risco de saúde. A vulnerabilidade e a discriminação dos migrantes foi notória ao longo da história da migração. Segundo a lei 102/2017 a "recusa ou limitação de acesso aos cuidados de saúde prestados em estabelecimentos de saúde públicos ou privados, é considerado discriminação e de acordo com o artigo 1 é proibido apresentar comportamentos discriminatórios em instituições de saúde", (p.4911).

4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Os princípios que orientaram este trabalho regeram-se por princípios de honestidade, integridade, responsabilidade objetividade e rigor. Considerámos importante o direito de autodeterminação, que se baseia no princípio ético do respeito pelas pessoas, neste caso os migrantes, direito que segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino, mesmo que precise de uma orientação, já que se encontram num país diferente.

O direito ao anonimato e à confidencialidade – respeitando a individualidade e o anonimato dos dados, isto é, os dados pessoais não podem ser divulgados ou partilhados sem autorização expressa do sujeito e a identidade do sujeito não pode ser associada às respostas individuais.

Neste estudo foi solicitada a autorização à comissão de ética, à enfermeira responsável de enfermagem do gabinete de saúde e ao médico de Saúde Publica, responsável pelo serviço.

Foram dadas informações aos participantes sobre a finalidade e os objetivos do estudo. Foi solicitado o pedido de consentimento informado livre e esclarecido em duplicado aos participantes. A responsabilidade da recolha desse consentimento foi da Senhora Enfermeira Especialista Responsável pelo Gabinete de Saúde e da Enfermeira e da Estagiária, através da informação prévia aos utentes.

Este termo garante ainda os seguintes direitos: (a) possibilidade de solicitar, a qualquer momento, esclarecimentos sobre a investigação; (b) possibilidade de recusar responder a quaisquer questões ou a fornecer informações que julga serem prejudiciais à sua integridade física, moral e/ou social.

Embora existam alguns estudos, sobre a evidência dos migrantes no acesso à saúde e várias fontes disponíveis, reconhece-se algumas lacunas, riscos e dilemas associados aos indicadores de saúde, sendo estes por vezes baseados em amostras pequenas e depois extrapolados por modelos matemáticos.

Identifica-se ainda a necessidade de mais estudos com amostras maiores, no domínio da saúde para melhor monitorização e mensuração da equidade em saúde e do estado da saúde das populações imigrantes residentes em Portugal; (ERS, 2015; Oliveira & Gomes, 2018).

Um aspeto que limitou o estudo foi o tempo que mediou a resposta entre a Comissão de Ética e a implementação do estudo. Na realização das entrevistas, existiram alguns desafios ligados as barreiras culturais e linguísticas; houve necessidade de solicitar um tradutor em duas entrevistas, o que por vezes dificultou a relação. Constatámos que muitas vezes a mulher teve um papel passivo durante a entrevista, pensamos que por motivos culturais, cabendo ao familiar do sexo masculino expor a situação, embora tivesse sido também solicitada a colaboração da mulher, o que impediu a informação, em primeira mão da mulher sobre algumas matérias.

5. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

No processo de aculturação os migrantes enfrentam muitos desafios e dificuldades que estão inerentes a este processo**.**

A migração internacional é uma realidade multidimensional e um fenómeno de grande relevância para o desenvolvimento dos países de origem, de trânsito e de destino, o que exige respostas coerentes e globais dos vários países.

Neste estudo colocou-se a seguinte questão de partida: Quais serão as problemáticas principais dos migrantes que acederam ao gabinete da saúde no CNAIM de Lisboa durante o período do estágio?

A amostra de migrantes foi predominantemente masculina, com idades compreendidas entre os 18 e os 63 anos, com uma média de 37, 79 anos. Os migrantes eram provenientes maioritariamente das antigas colónias e do Brasil, embora também houvesse do Nepal e outros países, embora de reduzida dimensão, apresenta problemáticas comuns a outros estudos.

Os resultados do estudo ao nível da perceção sobre o estado e acesso à saúde constatou como principais necessidades no pedido de ajuda: a vigilância de saúde em cuidados de saúde primários, a necessidade de obtenção do cartão do Serviço Nacional de Saúde, a necessidade de apoio social e monetário e o prolongamento do visto internacional.

A saúde e a doença foram analisadas, demonstrando uma população com grande pré-disposição para problemas físicos e psicológicos. Desta forma, os dados revelam: barreiras linguísticas e desconhecimento de informação legislativa sobre a saúde e sobre os direitos dos migrantes, por parte destes e de alguns técnicos e profissionais de saúde, e ainda dificuldades na comunicação. A avaliação dos serviços de saúde pelos migrantes é heterogénea, alguns avaliam positivamente com satisfação pelo acolhimento e apoio, enquanto outros sentiram alguma discriminação e desconhecimento no acesso à saúde.

Relativamente aos pedidos dos migrantes no gabinete de saúde, foram esclarecidas algumas questões e realizados vários encaminhamentos: para os cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares e apoio social. Os encaminhamentos para os centros de saúde ainda

incluíram uma diversidade de situações como as consultas de saúde mental e outras ao abrigo da maternidade e paternidade.

Não obstante os resultados deste estudo, torna-se relevante continuar a desenvolver estratégias de combate às adversidades/barreiras no acesso à saúde e capacitar os profissionais de saúde e outros técnicos para prestar cuidados culturalmente competentes, (Reis & Costa, 2014), que implicam uma "competência social, cultural, pedagógica e comunicacional, construída na experiência da alteridade e da diversidade (Ramos,2001).

O desenvolvimento destas competências, deverá "apoiar-se em fundamentos teóricos sólidos, em estratégias e aprendizagens cognitivas de compreensão e comunicação intercultural, Ramos (2001, p.156-157), baseada numa relação de aceitação e diálogo revendo os vários aspetos que permitem redimensionar e repensar as estratégias existentes.

A procura de saúde por parte dos migrantes neste serviço, foi uma condição imprescindível para a sua condição de saúde, integração e inclusão e ainda um recurso essencial para a sua sobrevivência.

O aumento do acesso de migrantes aos serviços, têm reforçado a necessidade de uma maior adequação, nomeadamente nos serviços de saúde.

O conhecimento de fatores que interferiam no acesso e estado de saúde dos migrantes contribuíram para delinear melhor os cuidados e planear as ações.

O direito à saúde está consagrado na legislação portuguesa, no entanto importa promover a equidade de acesso à saúde dos migrantes e adequar a oferta de serviços de saúde fora da área de Lisboa, dotando as pessoas de maior conhecimento sobre as políticas nacionais e internacionais.

A intervenção apela a uma grande disponibilidade e compreensão no acolhimento, integração, compromisso, nos valores de solidariedade, no envolvimento e na capacitação.

6. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

O avanço do conhecimento cultural e das necessidades dos migrantes e profissionais de saúde poderão contribuir para um aumento da eficácia dos cuidados. Vários relatórios documentam a redução do acesso aos cuidados de saúde e as consequências para a saúde dos migrantes, sobretudo para os recém-chegados sem documentos, ou para grupos socialmente mais desfavorecidos na sociedade de acolhimento, cujos motivos de não acesso são de diversa ordem.

As ações dos serviços de apoio à migração numa tendência a diminuir as barreiras linguísticas, culturais, favorecem a possibilidade de poder ter um tradutor diminuindo as dificuldades dos migrantes no acesso ao gabinete de saúde e consequentemente um melhor acesso à saúde.

Na prestação dos cuidados de saúde aos migrantes é fundamental que os profissionais:

a) Aprofundem conhecimentos no âmbito da realidade migrante (os conhecimentos, sobre as crenças, tabus e mitos que os imigrantes têm sobre as questões de saúde, com implicações na sua tomada de decisão relativamente a práticas e cuidados de saúde);

b) Desenvolvam conhecimentos e competências culturais;

c) Intervenham com base numa abordagem holística e integrada ao nível da desconstrução de estereótipos e da promoção de atitudes positivas face às populações imigrantes;

d) Promovam a cooperação entre profissionais de saúde e a criação de equipas multidisciplinares com capacidade para responder de modo adequado às especificidades do processo;

e) Numa perspetiva intercultural e de ganhos em saúde, envolvam as equipas e associações de migrantes de forma a fomentar intervenções destinadas a potenciar a formação da população migrante, através do desenvolvimento de estratégias e ações promotoras de saúde, utilizando metodologias ativas e mecanismos de partilha de saberes e experiências.

Contudo, corroboramos a ideia de que a importância e a leitura dos contributos dos imigrantes poderão ser em vários domínios, nomeadamente a nível da saúde, considerando que muitos dos recursos humanos estrangeiros têm habilitações profissionais de saúde e que também poderão integrar o Serviço Nacional de Saúde, podendo inclusive responder às necessidades do sistema nacional de saúde, (Oliveira & Gomes, 2018).

APÊNDICES

APÊNDICE I- Instrumento de Colheita de dados

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Exmo (a) Senhor(a)

Tenho o prazer de o (a) convidar a participar no estudo intitulado: **As expressões da migração: A promoção da saúde mental dos migrantes que acedem ao Centro Nacional de Apoio à Integração de Migrantes.**

Insere-se no âmbito do projeto de mestrado desenvolvido por Rita da Silva Victor Almeida, a ser apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Os objetivos do estudo são:

- Conhecer o perfil sociodemográfico e de saúde;
- Compreender o processo de integração/adaptação à sociedade portuguesa.

A sua participação no estudo é inteiramente voluntária, consistindo em aceitar responder às questões durante a entrevista.

A investigadora compromete-se a garantir a confidencialidade e o anonimato dos dados fornecidos pelos participantes.

Os dados recolhidos são exclusivamente para efeitos deste estudo.

A investigadora poderá publicar os resultados deste trabalho, sendo garantida a não identificação das pessoas envolvidas neste processo, assim como não serão feitas referências a locais ou dados que possam identificá-lo.

Recebi uma cópia deste documento e pude lê-lo com atenção. Considerando as informações sobre a pesquisa e convenientemente esclarecido, declaro que concordo em participar.

Assinatura do participante ou representante legal:

_____Data, _____/_____/_____

Assinatura da investigadora: _____ Data, _____/_____/_____

Muito Obrigada pela Colaboração **Rita da Silva Victor Almeida**

CNAIM-Telefone:

Guião da Entrevista

Exmo (a) Senhor(a),

O meu nome é Rita da Silva Victor Almeida, estou a realizar o estágio de mestrado de enfermagem e o estudo intitulado: **As expressões da migração: A promoção da saúde mental dos migrantes que acedem ao Centro Nacional de Apoio à Integração de Migrantes.**

O estudo que tem como objetivos:

- Conhecer o perfil sociodemográfico e de saúde;
- Compreender o processo de integração/adaptação à sociedade portuguesa

Assim, solicita-se a sua colaboração para este estudo. As questões à entrevista devem expressar aquilo que é a sua opinião; não existem respostas certas nem erradas. A participação no estudo é livre e inteiramente voluntária, consistindo em aceitar responder às questões sobre os assuntos acima referidos e é-lhe garantida a confidencialidade da sua identidade, não correndo qualquer risco ou prejuízo para a sua saúde ou outro.

Desde já agradeço toda a sua disponibilidade e colaboração, pois sem elas não seria possível levar a efeito este trabalho.

PARTE I – Dados Sociodemográficos

Data: _____/_____/2019

1) **Idade atual:** _____ anos

2) **Género:** ☐ Feminino
☐ Masculino

3) **Nacionalidade:** _____

4) **Estado Civil:**
☐ Solteira
☐ Casada / União de Facto
☐ Divorciada
☐ Outra: Qual? _____

5) **Escolaridade:**
☐ Nunca frequentou a escola
☐ 1º ciclo (1ª à 4ª classe)
☐ 2º ciclo (5ª e 6ª ano)
☐ 3º ciclo (7º a 9ª ano)

☐ Secundário (até ao 12ºano)
☐ Ensino Técnico Profissional Qual?_____
☐ Licenciatura
☐ Mestrado
☐ Doutoramento

6) Com quem vive? ☐ Sozinho(a)
☐ Marido/ Companheiro
☐ Família restrita (marido e filhos)
☐ Família alargada (marido, filhos, pais e/ou sogros)
☐ Outra situação. Qual?_____

7) Situação Laboral: ☐ Empregado (a) Profissão:_____

☐ Desempregado(a) Profissão anterior: _____

☐ Estudante
☐ À procura do 1º emprego

8) Há quanto tempo reside em Portugal? ☐ 0-3 meses
☐ 3-6 meses
☐ 6-12 meses
☐ Outros _____

PARTE II – Dados de Saúde

9)Tem número de Serviço Nacional de Saúde (SNS)? ☐ Sim ☐ Não

10)Considera-se uma pessoa saudável? ☐ Sim ☐ Não

11)Tem alguma doença conhecida: ☐ Sim ☐ Não
☐ Sim. Qual? _____
☐ Sintomas Físicos _____
☐ Sintomas Emocionais _____

_____

_____

12)Qual o motivo da sua vinda ao Gabinete de Apoio à Integração do Migrante.

_____

_____

13) Quais as suas maiores necessidades e como acha que o podemos ajudar?

_____

_____

14) Como tem sido a sua experiência no acesso à saúde desde que chegou a Portugal?

_____

_____

15) Qual o encaminhamento efetuado? _____

APÊNDICE II- Pedido à comissão de ética da ARSLVT

À Comissão de Ética da ARSLVT

Assunto: Pedido de apreciação e parecer

Eu, Rita da Silva Victor Almeida, licenciada em Enfermagem, com mestrado em Psicologia Social da Saúde, a frequentar o 10º curso de Mestrado em Enfermagem -Área de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob orientação da Enfermeira Coordenadora do Gabinete de Saúde no CNAIM Fernanda Silva e Professora Doutora Francisca Manso da ESEL, venho requer a vossa anuência para a efetivação do projeto de investigação intitulado: As Expressões da Migração: A promoção da saúde mental dos migrantes que acedem ao Centro Nacional de Apoio à Integração de Migrantes.

Pretendo com a presente investigação, analisar o perfil sociodemográfico e de saúde dos migrantes que recorrem ao gabinete da saúde no CNAIM, e a sua adaptação à sociedade portuguesa; desenvolver competências em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e desenvolver intervenções de acordo com as necessidades dos migrantes, com a finalidade de adquirir competências culturalmente competentes na área de Saúde Mental e Psiquiatria.

Para efeito, anexo o respetivo projeto.

Com os melhores cumprimentos,

Rita Almeida

APÊNDICE III- Categorização do Estudo

Categoria motivo de pedido de ajuda

" Recorri ao gabinete de saúde no CNAIM, sozinho para solicitar apoio para resolver a sua situação de saúde" (sic). Expôs a sua situação com um tom de voz apreensivo devido ao confronto da sua situação clínica no IPO, o diagnóstico do país de origem era falso, situação que originou alta médica."
"Recorri ao gabinete de saúde no CNAIM para obter informações sobre o acesso à saúde. A criança encontra se doente. Estou preocupada com a obtenção do número do SNS e dos custos dos tratamentos".
"Vim ao CNAIM acompanhado pelo meu amigo por dificuldade em comunicar o português. Tenho dificuldade em obter acesso a isenção de pagamentos ou ajuda no pagamento das despesas em saúde efetuadas no Hospital Fernando Fonseca."" Também tenho dificuldades monetárias diariamente, por condição de trabalho deficitária e condição clínica reduzida."
"Vim sozinha para Portugal a procura de melhores condições de vida, tendo me sido icado pouco meses depois esquizofrenia, fiquei impossibilitada de exercer funções em Portugal por recusa de emprego associado a sua patologia de base ".
" Vim ao CNAIM acompanhado pela minha esposa solicitar ajuda para obter uma resposta sobre a situação de permanência em Portugal visto ter vindo de acordo com o protocolo de evacuação (Guiné-Bissau). Estou aguardar cirurgia por litíase renal, estando em lista de espera, contudo o meu visto esta terminar no princípi de novembro e a minha marcação para SEF será no dia 20 de novembro."
"Sou natural de São Tomé, recorri ao gabinete de saúde a solicitar ajuda para resolver a situação sobre a cirurgia ortopédica. Viajei para Portugal sem acordo por motivo de doença."
"Somos uma família de Nepaleses, residente em Portugal há 4 anos. Vim ao CNAIM solicitar o nº SNS para a minha esposa e filhos, que chegaram ao território português há 1 mês ".

Categoria necessidades de saúde dos migrantes

"Resido em Portugal há um ano e meio sem vigilância médica e acompanhamento da equipa de saúde."
"Vim solicitar o acesso a isenção em período de gravidez e puerpério."
"Preciso de um relatório médico para prolongar o visto"

Categoria experiência com a saúde em Portugal

"Estou perturbada devido a ausência da descrição da faturação sobre o meu tratamento. O funcionário do departamento de faturação recusou entregar-me o documento, desencadeando um mal-estar geral fisico e psicológico."
"Tentamos falar com médico, várias vezes, mas a administrativa negou o acesso ao médico" (sic). "Tentamos múltiplas vezes (sic)."
"já tentei várias vezes, não consigo" "administrativa nega o acesso "(sic).
"…Como complicado " bem (sic)…tenho muitos problemas de saúde, nem sei como começar"(sic)".

Categoria recursos e optações de ajuda

"Carta para centro de saúde a relembrar a isenção das grávidas e puérperas em situação irregular".
"Dirigir-se ao seu médico do HSM para tratar do receituário e solicitar a chave móvel para pedir isenção das taxas moderadoras".
"Carta para marcação de consulta e inscrição no CS com NU. Informada sobre o acesso aos cuidados de saúde"
"Articulação com apoio social da Santa Casa".

Categoria de situação de doença

" Entrei no hospital do Amadora-Sintra com o diagnóstico de HTA, fiquei internada em cuidados intensivos por aneurisma cerebral e hidrocefalia, durante 2 meses".
" Vim solicitar ajuda para isentar o meu pai devido a um AVC Isquémico ocorrido dois dias antes de regressar ao país de origem".
"Tenho Diabetes Tipo 1, e sou seguida em Centro de Saúde sem isenção nos cuidados dessaúde relativamente a diabetes"

Categoria de sintomas físicos e psicológicos

"…tenho dores inespecíficas e estou descontente pela minha situação"
"..estou a sentir-me cansada, com o escasso apoio do meu cônjuge (marido a trabalhar em Angola)".
"Senti revolta e raiva pela atitude do funcionário do HSFX".
"Estou triste e preocupado devido à minha saúde. Não tenho direitos? (Não tinha autorização de residência, apesar de estar em território português há mais de 90 dias, estando numa situação irregular)"
" Estou nervoso (mexer papel). Estou a sofrer pressão por parte do seguro de saúde devido a situação de transferência do meu pai para a Ucrânia. Quero perto de mim"
" Vim para Portugal porque preciso de saber o que tenho (sic). As suas queixas eram a nível abdominal, sem especificação sobre a patologia em si. "tenho algo no pâncreas" (sic)."
"Também estou descontente sobre a forma como foi abordada no CNAIM pela funcionária da instituição. Segunda vez que me faz isto. Sou preta, por isso discrimina-me" (sic)."

ANEXOS

ANEXO I-Autorização da Comissão Ética da ARSLVT

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

arslvt
LISBOA E VALE DO TEJO

Exma. Senhora
Dr.ª Rita Almeida
ritinha_almeida@sapo.pt

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		9902/CES/2019	

Assunto: As Expressões da Migração: A promoção da saúde mental dos migrantes que acedem ao Centro Nacional de Apoio à Integração de Migrantes.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, na reunião da secção de investigação, do dia 08.11.2019, e emitiu um parecer favorável ao estudo.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo
LUÍS PISCO
Presidente do Conselho Directivo da ARSLVT, I.P.

Av. Estados Unidos da América nº75-77, 1749-096 Lisboa
Tel. +351 218 424 800 | Fax. +351 218 499 723
geral@arslvt.min-saude.pt | www.arslvt.min-saude.pt

APÊNDICE II-Diário de Aprendizagem

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Ano Letivo 2019/2020

Unidade Curricular- Estágio com Relatório

Jornal de Aprendizagem de Enfermagem

Vulnerabilidade e as Questões Culturais na Migração

Autor: Rita da Silva Victor Almeida, Nº8924

Docente: Professora Doutora Francisca Roberto Manso

Lisboa, Setembro, 2019

ÍNDICE

INTRODUÇÃO…….4

REFLEXÃO…… .6

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS……..11

INTRODUÇÃO

Foi-nos proposto na Unidade Curricular de Estágio com Relatório, a realização de diários de aprendizagens, sendo que o primeiro foi realizado na primeira semana de estágio e nas seguintes de acordo com a periocidade negociada com os orientadores de estágio. Assim, exponho a primeira reflexão sobre uma situação vivenciada no contexto de estágio, no dia 26 de setembro de 2019, tendo presente as seis etapas do ciclo de *Gibbs* (1988). As etapas são:

a) Descrição (o que aconteceu); b) sentimentos (o que estou a pensar e a sentir); c) Avaliação (o que foi bom e mau nesta experiência); d) Análise (que sentido podemos encontrar na situação); e) Conclusão (que mais poderia ter feito) f) Planear a ação (o que poderá ser feito no futuro).

Os diários de aprendizagens no contexto da prática, são instrumentos fundamentais na promoção da aprendizagem autónoma, que proporciona momentos de reflexão sobre a prática profissional (reflexiva) e que favorecem a aprendizagem, a autoavaliação e o autoconhecimento.

Surgem no sentido avaliar e reavaliar permanentemente os comportamentos, os sentimentos, as intervenções de enfermagem, o impacto das ações no próprio e no outro, identificar aspetos positivos e dificuldades encontradas numa determinada situação-problema. Permite uma análise reflexiva da situação e ainda perspetivar um plano de ação para uma intervenção futura. Em suma, o diário de aprendizagem é um instrumento que permite analisar momentos específicos do cuidar no quotidiano e ter outros olhares sobre a mesma situação.

Neste sentido, comecei a refletir sobre a migração noutra perspetiva, e percebendo que o fluxo migratório se encontra em crescimento nos últimos anos, tornando-se uma problemática a nível mundial com novas características e rumos distintos do que há anos. As pessoas migrantes transportam novas competências e uma maior dedicação para adquirir um futuro mais digno, contribuindo com maior potencial para os países que o acolhem, assim para tornar a realidade presente é importante promover uma integração mais eficaz e eficiente, (OECD,2018).

Migrar significa estar em fase de transição, consequentemente alteração de papéis e bem-estar das pessoas. As mudanças entre países ou dentro de países através da imigração e migração são processos de transições que podem gerar ganhos ou perdas de funções, bem como instabilidade emocional associados ao trauma do processo migratório, afastamento familiar e social e alterações geográficas, tornando o individuo vulnerável, (Meleis,2010).

O facto destas populações sentirem tensão/stress determinada logo um grau de vulnerabilidade, bem como a sua resposta as situações. Esta vulnerabilidade associa-se aos vários acontecimentos stressores na vida que provocam um estado de tensão, que por sua vez estimulam as capacidades adaptativas (recursos e aptidões pessoais e sociais) de modo a suplantar o stress ou reprimir a tensão. No processo migratório é bastante visível os fatores stressores desencadearem muitas vezes respostas menos adaptadas associadas a tensão, e consequentemente desenvolverem patologias do foro psiquiátrico, como ansiedade e depressão, (Melo-Dias & Silva, (2015), Vaz-Serra, (1999) & Waleed et al. (2018).

Assim, é necessária uma intervenção mais focada nas problemáticas dos migrantes e desenvolver redes de apoios competentes culturalmente.

REFLEXÃO

Descrição

No dia 26 de setembro 2019, participei numa reunião sobre o caso da Sra Verónica (nome fictício) com as várias entidades/parceiros implicadas no caso (Santa Casa da Misericórdia, Escola, Gabinete de Saúde). A situação em si, retrata a situação de uma jovem paquistanesa de 20 anos, migrada em Portugal, mãe de duas crianças menores e grávida de nove meses. Migrou para o território português após ter sido "negociada" pela sua família e marido. O respetivo cônjuge, de 52 anos, residente em Portugal há alguns anos, trabalhador na área de restauração, apresenta-se como uma pessoa dominadora na relação entre o casal, desresponsabilizando-se do seu papel como marido e pai, respeitando somente as orientações da sua mãe. A sua sogra reside no mesmo núcleo familiar, sendo a própria a patriarca da família (costumes culturais).

A jovem sofre de maus tratados psicológicos e físicos por parte da família do marido, tendo sido retirado o poder de gerir a sua vida e dos seus filhos (alimentação, saúde, educação e deslocação).

Neste momento, a Sra. Verónica encontra se no términus da gravidez (37 semanas) apresentado um risco elevado de saúde, pela perca de peso ponderal e dificuldade em obter rendimentos para se alimentar e deslocar se com os 2 filhos. Acrescente-se a agravante dos seus problemas anteriores no âmbito da saúde (anemia) à chegada de Portugal, que a obrigou a Sra. Verónica e a seus filhos encontram-se numa fase complexa e de difícil gestão associado a toda a conjuntura familiar e de maus tratos inerentes.

Sentimentos e Emoções

Enquanto estava a ouvir a exposição da psicóloga sobre a situação da Sra. M., pensei: como "seria possível ocorrer uma situação desta dimensão e "como se sentiria a Sra. Verónica no seio daquela família" ou "como será a estrutura desta família".

Porém, rapidamente senti uma grande revolta dentro de mim que gerou um turbilhão de sentimentos "como é que esta mãe consegue sobreviver com estes maus tratos psicológicos e condições precárias" "aquela desumanidade do seu marido" "ausência de expressão e poder no seio familiar".

Foram vários sentimentos que invadiram ao longo daquela reunião, uns associados ao facto da dificuldade em intervir perante a situação de risco elevado de saúde da mãe e filhos e outro a desvalorização dos valores humanos.

A intervenção assentava somente em capacitação de competências parentais e camuflando o risco de saúde dos menores e mãe. Segundo a lei de bases, existem grupos vulneráveis, como as crianças e as grávidas, que poderão necessitar de tomadas de medidas especiais, (Lei nº 48/90, 1900). Penso que atuação desta situação poderia basear-se na lei de política de saúde, base II de forma a intervir atempadamente e minimizar os riscos associados.

Desta forma, é difícil aceitar as condicionantes da gestão das equipas quando estamos perante o risco de vida humano. Viver com dignidade é um direito, portanto deve-se respeitar esse princípio e ajudar o outro a viver com mínimo de condições. Tal como refere o código deontológico de enfermagem, o enfermeiro assume o dever pelo respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, respeitando a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa, bem como participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida, (OE, 2015).

Avaliação e Análise da Situação

As situações de maus tratos as crianças e jovens representam necessidades especiais, necessitam de intervenções imediatas. No caso de neglicência por parte dos pais no sentido de provocar alterações funcionais ou estruturais no organismo ou risco de atraso no desenvolvimento, deveram ser notificados e encaminhados para os respetivos parceiros de forma a estabelecer um programa de atuação adequado e personalizado, (DGS,2013). As comissões de proteção de menores são junções de parceiros que funcionam de acordo a lei de proteção de crianças e jovens em risco, intervindo na promoção dos direitos e proteção das crianças e dos jovens em perigo quando a família (pais ou cuidador legal) colocam em perigo a sua segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento. De acordo com a lei 147/99, considera-se que a criança e jovem está em perigo quando:

a) Está abandonada ou vive entregue a si própria;

b) Sofre maus-tratos físicos ou psíquicos ou é vítima de abusos sexuais;

c) Não recebe os cuidados ou a afeição adequada à sua idade e situação pessoal;

d) É obrigada a atividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;

e) Está sujeita, de forma direta ou indireta, a comportamentos que afetem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;

f) Assume comportamentos ou se entrega a atividades ou consumos que afetem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais,

o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhes oponham de modo adequado a remover essa situação, (p.6117).

Nesta família, a situação de risco (desnutrição das crianças e da mãe) e de acordo com condições descritas na lei de proteção de menores necessitava de uma intervenção imediata, observando-se que a maior lacuna da equipa multidisciplinar foi percecionar em terreno as principais necessidades daquela família e não atuar atempadamente. De acordo com a norma 139/2019, é de responsabilidade da equipa de saúde identificar, numa visão sistémica as necessidades especiais de cada criança, promovendo um apoio continuou e promoção articulação entre os intervenientes nos cuidados. Talvez articulação e o ponto de vista das instituições divergiram nas suas tomadas decisões, pois cada parceiro tinha um objetivo ou visão distinta, dificultando a conciliação de opiniões e decisões benéficas para aquela família. No meu ponto de vista esta realidade relaciona-se com o facto dos vários parceiros terem uma consciencialização reduzida sobre as problemáticas de saúde e escassez de articulação. Segundo um dos parceiros da equipa, esta família (Verónica, esposo e três filhos incluindo e o bebé que vai nascer) vive num espaço exíguo, juntamente com o irmão do marido, a esposa e cinco crianças e a sogra, sendo uma informação desconhecida pela maioria dos parceiros.

Este momento foi importante para o meu desenvolvimento pessoal e profissional e maior consciencialização sobre a temática das migrações, das suas condições de vida e das relações de maus tratos. Segundo a OE uma das competências dos enfermeiros especialistas de Saúde Mental e Psiquiatria é demonstrar tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica, permitindo um conhecimento de nós próprios e dos outros, incluindo os nossos limites, emoções e sentimentos (OE,2018).

Assim ao vivenciar a situação em si, senti interiormente sentimentos e emoções (raiva e tristeza), associados aos maus tratos físicos e psicológicas. Deste modo, ao refletir acerca daquele momento criei empatia com o caso da Sra. D. Verónica. e dos seus filhos, embora tivesse como elemento externo, consegui avaliar a situação como complexa e triste. Criar empatia é percecionar o mundo do outro, despindo-se da sua cultura e entrando no mundo do outro, compreendendo as suas situações e emoções/sentimentos (Nunes,2010). Foi nesse sentido que nasceu um turbilhão de sentimentos, tal como referi anteriormente. A revolta interior sobre a incapacidade de atuação imediata instalou-se rapidamente, pois aquelas crianças e mãe estavam em risco, e com redes de apoio sem tomadas de posições /decisões conclusivas. Além de estarmos perante uma estrutura familiar frágil e um progenitor dominante.

As situações de vulnerabilidade, sempre desencadearam na minha pessoa sentimentos de tristeza e revolta, pois todos os seres humanos têm direito a viver com dignidade e respeito. Embora tenha estado como elemento "passivo" na reunião, penso que poderia ter tido uma intervenção na reunião, visto ter um conhecimento prévio da situação e ter contactado presencialmente com a Sra Verónica. e os seus filhos no estágio de observação anterior, tendo nesse momento, refletido o quanto desencadeava em mim, a revolta referente à sua vulnerabilidade. Esta situação remeteu-me para uma fraca relação de vinculação do pai e avó com estas crianças. Visto que estes não as reconhecem como filhas e netas. Uma vinculação segura da criança aos pais são ligações fundamentais para um desenvolvimento psíquico e social da criança, com impacto ao longo de todo ciclo vital de vida, portanto no caso da Sra Verónica e dos seus filhos estávamos perante uma família com interações e vinculações inseguras comprometendo a saúde mental e física devido aos maus-tratos, desnutrição física e afetiva, por parte destes dois elementos da família

Assim, é necessário capacitar os profissionais de saúde nas distintas áreas para aumentar as suas competências técnicas e promover as necessárias relações interinstucionais, (DGS,2013).

Conclusão/ Planeamento da ação

Ainda que a situação retratada seja um tema sensível que implica questões familiares, sociais e culturais foi um momento de aprendizagem inerente as questões da saúde e questões culturais. Penso que o diálogo entre os parceiros são momentos importantes para analisar as questões dos grupos vulneráveis e identificar os diagnósticos de situação. O ESSMP deverá desenvolver um espírito crítico e análise para efetuar uma avaliação das necessidades de saúde mental dos grupos ou comunidade, em diversos contextos sociais e territoriais, (OE,2018). A realização deste diário de aprendizagem desencadeou uma reflexão sobre o meu percurso como futura enfermeira especialista. Também permitiu exteriorizar emocionalmente os meus pensamentos.

Futuramente, penso envolver-me com maior abertura e competências como técnica de saúde nas questões de violência doméstica e culturais de forma a intervir de forma eficaz.

APÊNDICE III: Trabalho sobre o contexto de internamento

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Unidade Curricular:

Contexto Clínico

Suicídio: O grito do sofrimento em pessoas com perturbações mentais

Rita Almeida, nº 8924

Lisboa, 2020

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Contexto Clínico

Suicídio: O grito do sofrimento em pessoas com perturbações mentais

Discentes:

Rita Almeida, nº 8924

Docente:

Professora Doutora Francisca Manso

Lisboa

Janeiro 2020

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CNS- Conselho Nacional de Saúde

DGS – Direção Geral de Saúde

EESMP - Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria

NICE - National Institute for Health and Care Excellence

NIHCE-National Institute for Health and Care Excellence

OE-Ordem dos Enfermeiros

PNPS- Plano Nacional de Prevenção do Suicídio

TASR - Tool for the Assessment of Suicide Risk

ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO	5
2.	ENQUADRAMENTO TEÓRICO	7
2.1.	O sofrimento, a doença mental e o suicídio	7
2.2.	Os Fatores protetores e de riscos de suicídio	8
2.3.	A qualidade na prática clínica em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria	11
3.	PERCURSO E OPÇÕES METODOLÓGICAS	13
3.1.	Objetivos	13
3.2.	Delimitação da Problemática	13
3-3.	Instrumentos e Procedimentos	15
3.4.	Caracterização da população alvo	16.
3.5.	Apresentação e discussão de resultados	17
4.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
5.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA	22

ANEXO

Anexo I Instrumento de Avaliação do Risco de Suicídio: TARS

INTRODUÇÃO

Este trabalho enquadra-se no âmbito do estágio com relatório do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Tem como objetivo principal. Identificar o padrão de suicídio de doentes internados num serviço de doentes agudos de uma instituição de saúde da Região de Lisboa, durante o mês de janeiro de 2020.

No âmbito desta Unidade Curricular e com base na observação do contexto clínico, da avaliação diagnóstica e pesquisa bibliográfica, acordei em conjunto com o enfermeiro orientador realizar os diagnósticos e respetivas intervenções de enfermagem na área da doença mental e ideação suicida e comportamentos suicidários.

No decorrer da primeira semana de estágio clínico, foi-me possível identificar no serviço algumas situações de pessoas com pensamentos suicidas ou pessoas com tentativas de suicido que não foram exequíveis, despertando-me interesse e curiosidade pela temática. Desta forma, consultei os respetivos processos clínicos para identificar a população com diagnóstico de entrada com ideação suicida e realizei algumas entrevistas para adquirir um conhecimento prévio sobre as situações clínicas a fim de formular o diagnóstico de enfermagem, planear, desenvolver e avaliar as intervenções de cariz psicoterapêutico, contribuindo para o desenvolvimento das competências de enfermeira especialista de saúde mental e psiquiátrica (EESMP).

A doença mental, um estado alterado do pensamento, emoções e/ou comportamentos, que desencadeiam angústia e/ou sofrimento na pessoa, interferindo maioritariamente no quotidiano do próprio. É considerado um problema de saúde pública prevalente e a principal causa de incapacidade e a terceira causa da doença, sendo responsáveis por cerca de um terço dos anos de vida saudáveis perdidos devido a doenças crónicas não transmissíveis. Estima-se que pessoas com alterações do foro psiquiátrico graves, vivem em média 20 anos a menos em comparação com a população geral, (Conselho Nacional de Saúde (CNS),2019 & Neeb, 2000).

Além disso, o custo com a doença mental em Portugal é 2 mil milhões em custos direitos com o sistema de saúde, 1,7 mil milhões com benefícios sociais e 2,9 milhões de euros com custos no mercado de trabalho, (CNS,2019). As consequências económicas relacionadas são preocupantes, prevendo-se um impacto global -cumulativo das perturbações mentais na ordem de perdas de rendimento económico de 15 milhões de euros entre 2011 e 2030, (Relatório Primavera, 2019 & World Health Organization (WHO), 2019).

Nas sociedades atuais é cada vez mais recorrente identificar-se pessoas com perturbações do foro mental, nomeadamente a depressão entre outras. Assim é importante

identificar e atuar na área da enfermagem de saúde mental dos indivíduos e do seu bem-estar para prevenir estados depressivos e risco de suicídio, (CNS, 2019). O suicídio é um fenómeno multifatorial de ordem filosófica, antropológica, psicológica, biológica e social, (Plano Nacional de Saúde Mental e Psiquiatria (PNSMP), 2013-2017).

A Enfermagem de Saúde Mental é uma disciplina centrada na excelência relacional, o enfermeiro mobiliza esta como instrumento terapêutico durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital. Assim a prática clínica tenta estabelecer relações de confiança e parceria com a pessoa e sua família, tal como aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução, contribuindo para o alívio do sofrimento, (OE, 2018). Segundo Gameiro (1999) o sofrimento é "(…) um estado de desconforto severo provocado por uma ameaça atual ou percebida como iminente à integridade ou à continuidade da existência da pessoa como um todo", (p.4).

Como futura EESMP pretendo aprofundar conhecimentos e técnicas no desenvolvimento das competências específicas da especialidade, articular as diversas intervenções de enfermagem (psico e socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais), dando assim resposta ao Regulamento de Competências Específicas do EESMP, (Ordem Enfermeiros, 2019). Este pequeno trabalho e constituídos por quatro partes, apresenta o enquadramento concetual, no segundo capítulo a descrição da metodologia utilizada e no terceiro a apresentação dos resultados, finalizando com as considerações sobre o percurso realizado.

5. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. O sofrimento, a doença mental e o suicídio

O suicídio é o ato de colocar termo à vida propositadamente, surgindo com maior frequência nas sociedades atuais. Embora seja uma problemática cada vez mais evidente, a morte por suicídio ainda é fortemente estigmatizada por razões de ordem religiosa, sociocultural e política, (Neeb, 2000).

A prática do suicídio associa-se frequentemente aos estados depressivos do indivíduo, e consequentemente ao sofrimento presente ou iminente. Ao longo do ciclo de vida, a forma como vivenciamos o sofrimento é individual e pessoal embora seja um sentimento universal.

Desta forma, podemos definir o sofrimento como um fenómeno complexo e individual, em que cada pessoa avalia a sua intensidade, considerando as suas vivências, crenças e recursos pisco-socio-espirituais (Gameiro, 1999 & Morins, 2009). Neste sentido, o sofrimento segundo (Gameiro 1999 & Morins, 2009), "(…) é um sentimento de desprezar que varia de um simples e transitório desconforto mental, físico e espiritual até a extrema angústia" (p.27).

O suicídio é um grave problema de saúde pública nas sociedades atuais, embora as suas origens remontem aos primórdios da civilização. Na antiga Grécia, o suicídio era um ato contra o estado enquanto na cultura do exército romano, as pessoas recorriam ao suicídio como meio de evitar represálias ou humilhações. Na idade média, o suicídio era descrito como um ato egocêntrico ou criminoso. Com a entrada no período renascentista, a visão do suicídio assumiu um caracter mais filosófico e livre, existindo associações entre o suicídio e o sofrimento e/ou perturbações mentais (Townsend,2011).

Assim o suicídio "é um fenómeno complexo e multifacetado, fruto da interação de fatores de ordem filosófica, antropológica, psicológica, biológica e social" ((PNSMP,2013-2017, p.3).

Os comportamentos suicidários podem estar presentes desde a ideação suicida, passando por graus intercalares, como a tentativa de suicídio e do parassuicídio, ou o ato consumado, (Lemos & Salles,2017 & OE,2018). Embora o risco de suicídio esteja presente em todas as faixas etárias e classes sociais, existe um alto risco em determinadas populações como os jovens do género masculino e de pessoas de meia-idade, solteiros, pessoas deprimidas, pessoas com história de suicido, pessoas com hábitos etanólicos ou tóxicos, e pessoas autistas, (*NICE*, 2020).

Durante o sofrimento floresce sentimentos de dor, stress, ansiedade, perda, desgosto e depressão, podendo ocorrer uma destruição iminente da pessoa. Enfrentar o sofrimento implica identificar a causa da perturbação ou alteração emocional, iniciando-se a expressão do mesmo desde o nascimento até a morte.

A pessoa desde o nascimento está exposta a múltiplos perigos, como a perda de segurança e o conforto da vida uterina; o desemprego, rutura familiar ou de uma pessoa significativa; uma doença ou acidente pode desencadear desequilíbrios internos podendo surgir nessa sequência patologias do foro mental, particularmente a depressão e o suicídio.

A depressão sendo considerada um dos maiores fatores de risco associada ao suicídio, torna-se importante identificar e avaliar o grau do estado depressivo e a existência do risco para o suicídio da pessoa. Prever quem cometerá ou não suicídio é difícil, mas é possível identificar o risco que cada pessoa apresenta com base nos fatores de risco e de proteção, (Façanha, 2013).

Deste modo, o alívio do sofrimento associado ou não ao estado depressivo deve constituir uma prioridade por duas razões, a natureza do mal-estar físico e psicológico enquanto vivência e o desinteresse e o isolamento associado a diminuição e incapacidade da pessoa investir nos processos terapêuticos e recursos psicoafectivos e socias, (Gameiro,1999).

Assim, torna-se importante investir na prevenção da mortalidade prematura por patologias não transmissíveis por meio da prevenção e tratamento e promover a saúde mental e o bem-estar da população, (WHO,2019).

2.2. Os Fatores protetores e de riscos de suicídio

Definimos os **fatores protetores** como características ou estratégias individuais, coletivas e socioculturais, associadas à prevenção de comportamentos auto lesivos ou destrutivos.

Os fatores protetores internos relacionam-se com a capacidade de lidar com o stresse, crenças religiosas, tolerância à frustração entre outros, a capacidade de pedir ajuda, a proatividade e abertura para novas experiências e aprendizagens, que predizem uma proteção maior para minimizar o risco de suicídio.

Os fatores externos relacionam-se como os fatores familiares, que inclui os relacionamentos saudáveis e de confiança e um suporte familiar estruturado, animais de estimação, relações terapêuticas positivas e apoio social. O emprego, a facilidade de acesso aos serviços de saúde e articulação com vários níveis de serviço sociais e comunitários, os valores

culturais e religiosos também foram considerados aspetos protetores. Ainda é de salientar, a gravidez e a maternidade como fatores protetores no género feminino e os sentimentos de produtividade, ter uma ocupação ou estar empregado ou sentir-se socialmente útil, no género masculino, (Façanha, 2013 & PNSMP,2013-2017).

Neste sentido, é importante definir estratégias de proteção para prevenir comportamentos suicidas aos vários níveis e identificar os fatores de risco para estruturar planos protetores e adaptados as condições do indivíduo.

Os fatores de risco são aspetos ou circunstâncias da vida que determinam a probabilidade de alguém cometer tentativa de suicídio ou mesmo suicidar, conferindo um alto risco a determinadas populações.

A identificação dos fatores de risco e de proteção são importantes para identificar a população vulnerável, bem como a natureza e o tipo de estratégia. Quando se encontra presente vários fatores de risco ou negativos existe um grau maior de cometer o suicídio ou atos auto lesivos, sendo necessário definir intervenções ou planos específicos para prevenir uma perda de vida humana.

Há vários fatores psicossociais que estão associados ao risco de suicídio e tentativas de suicídio. Inclui **eventos recentes da vida,** como perdas (especialmente emprego, problemas nas carreiras, finanças, moradia, relacionamentos conjugais, saúde física e expectativas de futuro) e **problemas crónicos ou de longo prazo**, como dificuldades de relacionamento, desemprego e problemas com as autoridades (problemas legais). Os estados psicológicos de angústia aguda ou extrema (especialmente humilhação, desespero, culpa e vergonha) estão frequentemente presentes em associação com ideação, plano e tentativas suicidas. Estes são sinais de alerta de vulnerabilidade psicológica e indicam a necessidade de avaliação da saúde mental para minimizar o desconforto imediato e avaliar o risco de suicídio.

Os fatores de risco podem apresentar-se segundo três categorias: individuais, socioculturais e situacionais:

Os **fatores individuais** demonstram que o suicídio aumentou, essencialmente nos jovens entre 15 e os 24 anos e pessoas com mais 64 anos ((PNSMP,2013-2017). No estudo realizado sobre suicídio nos adolescentes, verificou-se que a taxa de suicídio tende a aumentar na adolescência, associado a este fenómeno encontra-se os fatores de antecedentes genéticos, tentativas de ideação suicida anteriores, fatores stressores psicossociais, exposição a modelos com comportamentos auto lesivos ou tentativas de suicídio, (Bilsen, 2018).

O género masculino também demonstrou ser um forte preditor individual, tal como o estado civil de solteiro, divorciado ou viúvo.

Relativamente à atividade laboral, os casos de suicídios tendem a surgir mais nos trabalhadores rurais e profissionais de saúde. A migração também pode constituir um forte fator de vulnerabilidade e levar ao ato do suicídio.

Os antecedentes pessoais como a história de tentativas de suicídio, doenças mentais e físicas, traços de personalidade, história familiar e fatores neurobiológicos também foram considerados fatores predominantes.

Os **fatores socioculturais**, como o estigma, valores culturais e atitudes também podem relacionar com o impacto dos casos de suicídio. O isolamento social, as barreiras de acesso à saúde e a influência dos média também constituem ligações estreitas para cometer ou não atos suicidas.

Os **fatores situacionais**, como o desemprego, acesso a meios letais ou acontecimentos negativos podem também influenciar aumento da taxa de suicídios.

Neste sentido, o conjunto destes fatores podem desencadear ou desenvolver os pensamentos ou atos suicidas nas pessoas mais vulneráveis ou mesmo em indivíduos sem antecedentes pessoais de perturbações mentais, tal como foi observado em contexto de internamento e consulta de processos clínicos, (ver apêndice I).

Embora, exista uma forte correlação entre os fatores de risco e a ideação suicida ou atos de suicídio, a evidência revela que as pessoas com maior capacitação e fatores protetores apresentam estratégias de *coping* mais eficazes para ultrapassar as situações de crise.

Segundo o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, a prevenção deve incluir três níveis: **o primeiro nível** refere-se a população em geral através do combate ao estigma e o aumento da literacia sobre os comportamentos suicidários; o **segundo nível** deve atingir a população de risco, mobilizando e articulando com os recursos da sociedade, testemunhos e apoio de casos de sucessos-processo de interajuda e no **terceiro nível** a estratégia deve incidir no conhecimento individual e coletivo do indivíduo, de forma a identificar a ausência de perturbação mental, ligação com a família, suporte social positivo, religiosidade, atividade laboral, o bem-estar com a vida, a capacidade adaptativa positiva, (Façanha, 2013, PNSMP,2013-2017 & WHO,2012).

Assim, identificar os grupos de risco e simultaneamente incidir na população geral para minimizar o risco de atos suicidas revela-se fundamental para intervir nos grupos de maior risco

e melhorar a saúde mental da população, aumentando a resiliência individual e da comunidade, promovendo o bem-estar das pessoas em todas as dimensões de vida, (PNSMP,2013-2017).

Torna-se imperativo refletir sobre a questão da prevenção do suicídio ao nível do poder político para definir planos estruturais com ações nacionais e regionais, de forma a combater um dos grandes flagelos de saúde pública, o suicídio, (WHO,2012).

2.3. A qualidade na prática clínica em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

A qualidade por definição da autora Meireles, 2009, "…é o grau de utilidade esperado ou adquirido de qualquer coisa, verificável através da forma e dos elementos constitutivos do mesmo e pelo resultado do seu uso"; (OE, 2018, p.8).

Segundo o Plano Nacional de Saúde, Revisão e Extensão a 2020, a qualidade em saúde é caracterizada pela "…prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão (Saturno P et. al., 1990). Esta implica, ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível (DGS,2015, p.16).

Em saúde, os padrões de qualidade da prática clínica e de acordo com a evidência científica, são os que apresentam maiores probabilidades de obter resultados positivos em termos terapêuticos. Assim, é cada vez mais evidente que a qualidade resulte da gestão do encontro entre o serviço prestado e a expectativas dos utentes/clientes. Nesta sequência dual entre o serviço prestado e a satisfação do utente, surgem aspetos consideráveis para classificar a qualidade em saúde, com as dimensões da qualidade em saúde, como a efetividade, a eficiência, a acessibilidade, a segurança, a equidade e a adequabilidade, (OE,2018).

Neste sentido e de acordo com a estratégia nacional para qualidade em saúde 2015-2020, a qualidade na saúde tem como missão, potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde. As ações do âmbito do sistema de saúde devem assentar na melhoria da qualidade clínica e organizacional; aumento da adesão a normas de orientação clínica; reforço da segurança dosoentes; monitorização permanente da qualidade e segurança; reconhecimento da qualidade dunidades de saúde; informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação, (DGS, 2020).

Neste prisma, os padrões de qualidade constituem níveis de qualidade pré-definido para um determinado serviço definido pela instituição ou organização. Em Saúde Mental, os padrões

dos cuidados especializados em enfermagem, segundo o regulamento 356/2015 definem-se como "uma representação dos cuidados que deve ser conhecida por todos os clientes quer ao nível dos resultados mínimos aceitáveis, quer ao nível dos melhores resultados que é aceitável esperar". Ainda, que para uma enfermagem mais especializada em saúde mental existam oito categorias enunciadas como, a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a adaptação, a organização dos cuidados de enfermagem, a relação psicoterapêutica, estigma e exclusão social.

A melhoria da qualidade no Sistema de Saúde é fundamental porque contribui para a melhoria da equidade e do acesso aos cuidados de saúde, da segurança e da adequação com que esses cuidados são prestados, (DGS,2015).

Para avaliar o risco de suicídio, tive por base o padrão documental, proposto pela Ordem dos Enfermeiros na Área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, (OE,2018).

De acordo com o padrão da documentação na área da enfermagem de saúde mental, o risco de suicídio, manifesta-se por expressões de morte e desejo de morrer ou métodos e plano de suicida.

Neste sentido as intervenções para avaliar e reduzir a ideação e o risco de suicídio, incluem a relação terapêutica, a avaliação diagnóstica, a observação, a comunicação, a vigilância e as intervenções de âmbito psico e socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.

3. PERCURSO E OPÇÕES METODOLÓGICAS

3.1. Objetivos

- Identificar o (s) padrão(ões) suicida(s) das pessoas internadas no serviço de psiquiatria duma instituição psiquiátrica na região de Lisboa e Vale do Tejo durante o mês de janeiro de 2020,

-Identificar os fatores de risco de suicídio das pessoas internados no serviço de psiquiatria no espaço temporal de janeiro.

3.2. Delimitação da problemática

As perturbações mentais são responsáveis por mais de 12% da carga global de doença em todo o mundo, valor que sobe para 23% os países desenvolvidos. Além, de 5 das 10 principais causas de incapacidade a longo prazo e dependência psicossocial são patologias neuropsiquiátricas, sendo a depressão responsável por 11,8%, (Façanha,2013).

O suicídio é uma das principais causas de morte em todo o mundo. A conjuntura da crise socioeconómica, as políticas de trabalho e de apoio social na atualidade reflete-se em impactos significativos na saúde mental das populações. É espectável a ocorrência de um crescente aumento da prevalência de perturbações mentais, como a depressão, associando-se a este fenómeno o aumento da taxa de suicídio.

A nível mundial, emerge assim, um novo flagelo em saúde, o suicídio, tornando-se um problema crescente e preocupante. Em 2014, WHO, os resultados demonstram que no ano 2012 cerca de 804 mil pessoas se suicidaram no mundo, representando uma taxa de mortalidade de 11,4 em cada 100 mil pessoas. A taxa global de suicídio padronizada por idade apresentou um valor maior nos homens (13,7 por 100 000) quando comparada com as das mulheres (7,5 por 100 000), (WHO, 2019). Além disso, a taxa de suicídios aumenta proporcionalmente com a idade entre homens e mulheres, atingindo um pico entre as idades de 45 anos a 64 anos. Entre os 65 anos e 74 anos, o número de suicídios parece decrescer, (OCDE, 2018). Os únicos países nos quais a taxa de suicídio entre mulheres é maior que a dos homens são: Bangladesh, China, Lesoto, Marrocos e Myanmar. A problemática atinge a população adulta, surgindo também nas faixas etárias dos jovens de 15 a 29 anos, constatando-se nesta faixa um aumento, (Lemos & Salles,2017).

Segundo a mesma organização, apesar do grande número de vítimas, entre 2010 e

2016, a taxa de suicídio global caiu 9,8%. Em relação às estratégias preventivas, apenas 38 países apresentam estratégias preventivas contra o problema. A única região que apresentou aumento (6%) dos casos foi a das Américas.

Os resultados dos estudos estimaram ainda que as taxas de suicídio variam por regiões, destacando-se as regiões africanas (12,0 por 100 000), europeia (12,9 por 100 000), sudoeste da Ásia (13,4 por 100 000), maiores taxas que a média global (10,5 por 100 000) em 2016. Ainda se pode estimar a existência de uma incidência de casos de suicídios nos países de baixo e médio rendimento.

Globalmente, a maioria das mortes por suicídio ocorreram em países de baixo e médio rendimento, destacando-se em termos de idade, que mais de metade dos suicídios globais ocorreram antes dos 45 anos (52,1%).

Nos países da União Europeia, em 2015, estimou-se que 84 000 pessoas morreram por problemas de saúde mental e suicídio, sendo que a maioria foram do sexo masculino. Cerca de 43 0000 dos homens morreram por suicídio em comparação com 13 000 mulheres, (OCDE,2018).

Em Portugal, a realidade não difere muito, revelando uma taxa de mortalidade em pessoas com idades igual ou superiores a 65 anos, por lesões auto lesivos por 100 000 habitantes por local de residência e sexo, de 18,1% em ambos os sexos, enquanto para idades inferiores a 65 anos, a taxa de mortalidade era de 6,6% em ambos os sexos (Instituto Nacional de Estatística (INE),2019).

Segundo CNS (2019,) em 2017, o suicídio "...foi responsável por 10.800 anos potenciais de vida perdidos nos homens e 3.828 anos potenciais de vida perdidos nas mulheres, em Portugal", (p. 28).

O contexto clínico psiquiátrico onde realizei estágio caracteriza-se por ser um serviço direcionado para o apoio a esta problemática e assim colocaram-se as seguintes questões:

1) Qual o número de utentes com a problemática da esfera suicidária internados no serviço de psiquiatria, de uma instituição da região de Lisboa, no mês de janeiro de 2020?

2) Qual o género predominante?

3) Qual a idade predominante?

4) Quais os fatores de suicídio das pessoas internadas no serviço de psiquiatria, da região de Lisboa e Vale do Tejo, durante o mês de janeiro de 2020?

3.3. Instrumentos e procedimentos

Para avaliar o risco de suicídio dos utentes internados no mês de janeiro numa instituição psiquiátrica da Região de Lisboa e Vale do Tejo, foi aplicada a escala "*Tool for the Assessment of Suicide Risk*", (TASR), adaptada.

A escala de TASR é um instrumento semi-estruturado, que foi desenvolvido por Kutcher e Cahehil, em 2007, e adaptado por Gusmão, 2013 com intuito de avaliar o risco iminente de suicídio que se aplica no momento da admissão da pessoa com ideação suicida ou que executou tentativa de suicídio, comportamentos auto lesivos ou sintomas psicóticos com alucinações imperativas de suicídio prévias. A TASR constituída por 26 itens (de resposta dicotómica- Sim/Não), e está dividida em 3 seções de itens (perfil individual, perfil dos sintomas e perfil da entrevista), (Façanha,2013). (Ver Anexo I).

De acordo com a literatura, o instrumento é utilizado no momento da admissão e ainda entre o terceiro e o sétimo dia de internamento. Posteriormente, a cada sete dias até à ausência de risco. Por términus do estágio apenas foram realizadas duas aplicações em dois momentos do internamento, à entrada de uma forma retrospetiva e ao fim de sete dias.

A entrevista semiestruturada foi o instrumento utilizado na recolha de dados. A entrevista é utilizada quando o investigador pretende compreender o significado de um acontecimento ou de um fenómeno experienciado pelos participantes. Deste modo, considera-se que existe um direcionamento, acerca das questões sobre o risco de suicídio, dado que o participante se pronuncia acerca do assunto solicitado pelo investigador e é sempre orientado para responder às suas questões, (Martins,2013 & Fortin,1999).

A entrevista aplicada em contexto de internamento serviu para a recolha de dados com a utilização do instrumento TASR, aos doentes internados com esta problemática e permitiu uma melhor compreensão do fenómeno em estudo. A entrevista semiestruturada foi aplicada tendo a duração média de cerca de 15 a 20 minutos.

3.4. Caracterização da população alvo

A população alvo é o conjunto de todos as pessoas de um grupo bem definido que têm em comum uma ou várias características semelhantes e sobre a qual assenta a investigação, (Fortin, 1999).

A amostra que iremos analisar foi não probabilística e intencional, constituída por sete pessoas internadas no período de 6 a 31 de janeiro de 2020, num serviço de doentes agudos de psiquiatria duma instituição da Região de Lisboa e Vale do Tejo.

Os critérios de inclusão no grupo basearam-se na presença de pensamentos auto lesivos ou ideação suicida ou tentativa de suicídio não exequível dos doentes internados neste serviço. Os critérios de exclusão foram os indivíduos com ausência de comportamentos destrutivos ou ideação suicida, internados no mesmo serviço.

3.5. Apresentação e discussão de resultados

A apresentação dos dados obedece à seguinte ordem: caracterização da amostra e os resultados da avaliação do risco de suicídio de pessoas internadas em psiquiatria.

1. Qual o número de utentes internados no serviço de psiquiatria com a problemática da esfera suicidária, numa instituição da região de Lisboa e Vale do Tejo, durante o mês de janeiro de 2020?

Os dados revelam que a amostra recolhida no período acima referido é constituída por um número de sete participantes (N=7).

2. Qual o género predominante?

Os participantes são maioritariamente do género masculino (57,14%), este resultado apesar de ser reduzido, vai ao encontro de alguns resultados de estudos, ou seja, a tentativa é predominante no sexo masculino, este acontecimento pode associar-se aos eventos adversos da vida, perdas significativas, relações interpessoais conflituosas ou traumáticas, entre outras (CNS,2019).

3. Qual a idade predominante da amostra?

Em relação à idade, os participantes da amostra apresentam idades compreendidas entre 26 e os 71 anos, com uma média de idades de 47 anos, o que significa, tendencialmente uma

população na faixa etária jovem e adulto, com risco suicídio. Segundo Salles e Lemos (2017) o suicídio revelou-se "(…) a segunda causa de morte no mundo entre jovens de 15 a 29 anos" e "(…) os maiores aumentos aconteceram na faixa etária do 20 aos 59 anos", (p.85).

4. Quais os fatores de risco suicídio das pessoas internadas no serviço de psiquiatria, da região de Lisboa e Vale do Tejo, durante o mês de janeiro de 2020?

Relativamente os fatores de risco, os dados revelaram que 3 pessoas se encontravam desempregadas, (42,85%), e outra reformada (14,28%), das quais 2 pessoas estavam solteiras (28,57%), outra separada (14,28%) e outra viúva (14,28%). Além disso, 6 participantes apresentavam antecedentes pessoas de patologia psiquiátrica, sendo que 2 pessoas tinham como diagnóstico clínico de psicose (28,57%) e outra do 1º surto psicótico (14,28%). A depressão também revelou ser uma patologia presente em 2 participantes (28,57%). Estes estados de ansiedade e desespero agudos ou crónicos tornam-se situações traumáticas levando a estados depressivos e consequentemente a pensamentos suicidas ou comportamentos auto lesivos.

Estes dados encontram-se enquadrados no referencial teórico da problemática do suicídio, são vários os fatores de risco descritos na literatura associados a ideação suicida, e de facto a amostra apresentava maioritariamente preditores de riscos e ausência de fatores protetores, (CNS,2019; Marques,2015; WHO,2012 & PNPS,2017).

Quadro 1. Caracterização Sociodemográfica

Váriaveis		Nº	Percentagem %
Género	Masculino	4	57,14
	Feminino	3	42,85
Faixa Etária	<40	2	28,57
	40-50	2	28,57
	51-60	2	28,57
	+ 61	1	14,28
Habilitações Literárias	Ensino Básico	2	28,57
	Ensino Secundário	2	28,57
	Ensino Superior	3	42,85
Estado Civil	Solteiro	2	28,57
	Casado ou União de facto	3	42,85
	Separado ou Divorciado	1	14,28
	Viúvo	1	14,28
Situação Laboral	Desempregado	3	42,85
	Empregado	3	42,85
	Reformado	1	14,28
Patologia Psiquiátrica	Psicose	2	28,57
	1º Surto Psicótico	1	14,28
	Depressão	2	28,57
	Desconhece antecedentes	2	28,57

Relativamente às habilitações literárias, os dados da amostra evidenciam pessoas com o ensino básico (2) e o secundário (2), ou seja, com 28,57% cada, com o ensino superior (3), com 42,85%.

Relativamente ao estado civil, três (42,85%) dos 7 participantes eram casados ou viviam em união de facto (n=3). A maioria dos estudos descrevem uma realidade distinta dos resultados encontrados nesta pequena amostra. Os estudos apontam maior evidência no facto de estar a viver sozinho, ser solteiro, em concomitância com outros fatores como o desemprego, etc são preditores para cometer suicídio, (Salles & Lemos, 2017).

Quadro 2. Avaliação do Risco de Suicídio

Nível de Risco de Suicídio	Admissão Hospitalar (N=7)	Após 7 dias de Hospitalização
Risco Elevado	2	0
Risco Moderado	2	1
Risco Baixo	3	2

Relativamente à sintomatologia no momento de admissão no internamento, a maioria das pessoas que incluíram a amostra, apresentavam uma sintomatologia psicótica, associada à ingestão de substâncias tóxicas ou etanólicas.

Estes resultados apesar de serem uma amostra muito pequena, estão em conformidade com outros autores, tal como foi descrito na literatura que os problemas mentais são responsáveis pelo risco de suicídio, nomeadamente depressão e sintomas psicóticos (CNS,2019, DGS,2017, Salles & Lemos,2017).

A expressão do suicídio apresenta uma relação muito próxima com os dados da evidência relativamente ao consumo de substâncias tóxicas ilícitas ou novas substâncias psicoativas, bem como o abuso excessivo de bebidas alcoólicas, (CNS, 2019).

Os meios letais para executar o plano do suicídio maioritariamente foram armas de fogo e a ingestão de medicamentosa, indo ao encontro do descrito na literatura (Salles e Lemos, 2017).

A aplicação da escala de *TASR* revelou, no momento da admissão, que 2 pessoas apresentavam um risco elevado de suicídio, 2 pessoas risco moderado de suicídio e 3 risco baixo de suicídio. Após uma semana de internamento, 1 pessoa revelou um risco moderado de suicídio e 2 pessoas um risco baixo de suicídio. Por condicionantes de alta precoce e horários de trabalho a avaliação de duas pessoas após uma semana não foi exequível.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O suicídio é um problema global de saúde pública que atinge todas as idades, sexos e regiões do mundo.

Na globalidade, a taxa de suicídio relacionado com a idade está em decréscimo, embora não seja observado em todos os países do mundo e em todas as faixas etárias.

No sentido de identificar o risco de suicídio, e aprofundar a temática realizei uma revisão da literatura que ajudou a clarificar e articular os conceitos. Foi aplicado o instrumento a TASR para avaliar o risco de suicídio, através de entrevista semi-estruturada, Este trabalho foi sustentado por uma prática baseada na evidência e "orientada para resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem que visam o aumento do conhecimento e desenvolvimento de competências…" (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 2).

Ao concluir este trabalho, refleti sobre a temática e toda a conjuntura envolvente dos comportamentos auto lesivos ou suicidas. Desta forma, este percurso de estágio permitiu identificar e desenvolver competências no âmbito do desenvolvimento pessoal (de autoconhecimento e desenvolvimento de competências emocionais, nomeadamente da autoconsciência/autoconhecimento e gestão emocional) e profissional. Para responder aos objetivos realizei a avaliação do risco de suicídio, nomeadamente na recolha da história clínica e na aplicação de instrumentos, como as escalas de avaliação de risco do suicídio TASR, com intuito de desenvolver ferramentas neste meu percurso de estágio como EESMP.

Entendi, ainda este trabalho como uma contribuição e uma fonte de enriquecimento importante para o estágio. A aprendizagem passou também pela realização de intervenções psicoterapêuticas planeadas que nos ajudaram a promover uma compreensão e intervenção terapêutica mais eficaz. Na verdade, mais vidas humanas serão perdidas caso a atuação seja ineficaz, por conseguinte a ação adicional e consolidação dos esforços para implementar as intervenções efetivas de prevenção de suicídio são fundamentais para salvar vidas e colmatar o grave problema de saúde pública, (WHO, 2019).

ANEXO

ANEXO I – Instrumento de Avaliação do Risco de Suicídio: TASR

NOME:	NP:	
PERFIL DE RISCO INDIVIDUAL: ✖	**SIM**	**NÃO**
Sexo Masculino		
Idades 15 – 35		
Idade superior a 65		
História familiar de suicídio		
Doença médica crónica (progressiva, incapacitante ou com risco de vida)		
Doença psiquiátrica (atual; humor, pânico, psicose ou personalidade)		
Suporte social deficitário/isolamento social		
Abuso de substâncias (atual; álcool ou outras)		
Abuso sexual/físico (atual; passado)		
PERFIL DE RISCO DE SINTOMAS: ✖✖	**SIM**	**NÃO**
Sintomas depressivos (humor depressivo, culpa, irritabilidade, insónia grave)		
Sintomas psicóticos (alucinações imperativas não suicidas/violentas; pósparto)		
Desesperança ("não vale a pena tentar mais"; "não há nada a fazer")		
Desvalor (baixa auto-estima)		
Anedonia		
Ansiedade/agitação		
Ataques de pânico (ansiedade paroxística com medo de perda do controlo)		
Raiva – intolerável (próprio/outros)		
Impulsividade (não conseguir autorregular as emoções e comportamentos)		
PERFIL DE RISCO DE ENTREVISTA: ✖✖✖	**SIM**	**NÃO**
Consumo recente de substâncias (atual, últimos dias)		
Ideação suicida passiva ou ativa (avaliar da passiva para a ativa) passiva: "vale a pena viver?"; "adormecer e não acordar mais?"; "prefena morrer?" ativa: "penso matar-me"; "vou matar-me"		
Intenção suicida ("se estivesse só tentava matar-se?";"acha mesmo que morria?")		
Plano suicida (detalhado, específico, crença na letalidade, irreversibilidade)		
Acesso a meios letais		
Comportamento suicida prévio		
Para o doente, os problemas atuais parecem insolúveis		
Alucinações imperativas suicidas/violentas		

NÍVEL DO RISCO DE SUICÍDIO	
✖✖✖ Elevado (intenção ou plano suicida ou alucinações ou ≥ 4 itens)	
✖✖ Moderado (sintomas psicóticos ou desesperança ou ≥ 5 itens)	
✖ Baixo (≥ 5 itens)	

Avaliação realizada por (nome e cargo):	Data:

Dr. Stan Kutcher & Dr. Sonia Chehil, 2005. Adaptado Ricardo Gusmão. Operacionalizado para

ANEXO

ANEXO I: Notas de Campos

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

10º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO

ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Diário de Bordo (Registo de Notas de Campo)

Nome (Nº código):

Intervenientes: Utente, Enfermeira e Observadora

Contexto: Gabinete de Saúde no CNAIM

Sumário:

Pedido de Acesso à saúde. Dificuldades/Barreiras encontradas em contexto de intervenção. Os nomes mencionados ao longo dos textos são fictícios.

Data	**Descrição da atividade** (descrição da situação, questões, respostas, comportamentos e atitudes do utente/família/grupo/ técnico(s)	**Reflexões do Observador**
Setembro	Representante de uma Organização Não Governamental (ONG) recorreu ao CNAIM encaminhado pelo hospital Curry Cabral para esclarecer a acessibilidade dos cuidados de saúde de uma utente provinda de território Moçambicano, ao acordo dos programas de estágio da ONG para realizar um estágio de 3 meses. Durante a permanência em território português foi diagnosticado febre tifóide., encontrando-se internada em Cuidados Intensivos. A Enf.ª F. escutou ativamente o representante da ONG, com olhar direcionado e expressão verbal congruente com a expressão não verbal. Demonstrou empatia com o entrevistado ao longo da entrevista explicando a situação jurídica da utente em território português e consequentemente direitos de saúde (custos de saúde à cargo do seguro da ONG). Ann., 61 anos, evacuado da Guiné-Bissau ao abrigo do acordo dos PALOP com o diagnóstico de cancro. Recorreu ao gabinete de saúde no CNAIM, sozinho para solicitar apoio para resolver a sua	Neste encontro a exploração da situação clínica, talvez permitisse perceber o contexto de saúde física e psicológica da pessoa. Senti incapacidade de análise sobre o caso clínico devido ausência da utente. Na verdade, senti empatia pelo representante e veracidade no seu discurso. Tom de voz calmo.

	situação de saúde. Expôs a sua situação com um tom de voz apreensivo devido ao confronto da sua situação clínica no IPO, o diagnóstico do país de origem era falso, situação que originou alta médica. Posteriormente o próprio dirigiu-se a embaixada para solicitar ajuda, tendo obtido a resposta que deveria retornar a Guiné-Bissau. Durante a entrevista referiu dores inespecíficas e demonstrou descontentamento pela sua situação através das várias chamadas de atenção sobre as queixas álgicas. No decorrer da confrontação sobre a ausência da doença e o valor dos custos em saúde caso permanece em Portugal, desvio o olhar e ficou em silêncio por minutos. A sua expressão não verbal era incongruente à verbal, demonstrando expressões faciais de tristeza com a ausência da doença. Informado sobre a sua condição jurídica do país de acolhimento e custos de saúde em migrantes (situação irregular).	Vestuário adequado a estação do ano e limpo. Pele envelhecida. Silêncios durante a comunicação, associado a dificuldade em aceitação do ”falso diagnóstico”. Durante a intervenção, senti falsidade no discurso do utente, ao pensar na sua forma teatral em encarar a ausência do diagnóstico, “graças a deus que não estou doente”, “mas continuou com dores ”(sic).
	O casal recorreu ao gabinete de saúde no CNAIM para expor a situação do falecimento, da mãe da Sra Vera de 61 anos, natural de Angola. A utente residia em Portugal há um ano e meio sem vigilância médica e acompanhamento da equipa de saúde. Em novembro entrou no hospital do Amadora-Sintra com o diagnóstico de HTA, ficando internada em cuidados intensivos por aneurisma cerebral e hidrocefalia, durante 2 meses. A utente encontrava-se em situação irregular, tendo sido atribuído uma inscrição esporádica durante o seu internamento, que não cobria o direito a isenção dos cuidados de saúde em território português (despacho g122). Durante a entrevista a Enfª F. detetou uma irregularidade na inscrição, tendo articulado com o ACES para solucionar a questão.	Casal com relação atribulada, sendo o género masculino o dominador e com tom de voz agressivo com a própria esposa. A escuta da Sra Vera era evidente, tal como a tristeza e preocupação durante a entrevista. Tentou intervir por períodos, embora tenha sido exacerbada pelo discurso do marido, algo que me incomodou interiormente. Ausência de expressão sobre assuntos pessoais despoleta-me revolta e angústia.
	A Dyan, 28 anos, puérpera 4 meses, recorreu ao gabinete de saúde no CNAIM acompanhada pelo seu filho para obter informação sobre os seus direitos como migrante em situação irregular. Chegou a Portugal em maio, tendo parido às 31 semanas no HSX por risco de pré-eclampsia. Ao longo da entrevista abordou um assunto que a perturbava até ao momento, a ausência da descrição da faturação sobre o seu tratamento. Segundo a própria “o funcionário do departamento de faturação recusou entregar o devido documento, provocando mal-estar geral físico na própria.” Verbalizou sentir-se cansada, com o escasso apoio do seu cônjuge (marido a trabalhar em Angola), embora tenha apoio da sogra e da mãe.A Enf. F. questionou-a sobre o cansaço, visto a utente estar com os olhos encovados e com pele e mucosas pálidas. Nesse momento a Sra Dyan referiu estar com perda ponderal de 40 kilos e que precisava de realizar a consulta do puerpério.O encaminhamento foi uma carta para centro de saúde a relembrar a isenção das grávidas e puérperas em situação irregular.	Atitude colaborante embora com humor depressivo. Apresentou períodos de fáceis tristes por estar com dificuldade em gerir o tempo e ausência do marido. Em certos momentos do diálogo, demonstrou revolta, aumentado o seu tom de voz. Senti revolta e raiva pela atitude do funcionário do HSFX. Consegui sentir a sua tristeza, pois estava sem apoio do seu cônjuge.

	Joy, 9 anos, sexo masculino, residente em Portugal há 8 dias. Acompanhado por duas mulheres, das quais não identificaram a relação/grau de parentesco com a criança. Traziam uma procuração a explicar que a criança estava sob a sua proteção. Recorreram ao gabinete de saúde no CNAIM para obter informações sobre o acesso à saúde. A criança encontrava-se doente embora a preocupação das acompanhantes fosse a obtenção do número do SNS e dos custos dos tratamentos. A Enf.ª F. explicou que pessoas/menores em território português com <90 dias têm acesso à saúde embora o pagamento seja a cargo dos responsáveis da criança.	Vestuário adequado e limpo. A relação afetiva entre a criança e as acompanhantes era distante. A pessoa que era portadora da procuração esteve sempre com óculos escuros e desligada da criança. Demonstrou através da sua expressão não-verbal, insatisfação com a explicação da situação. Durante esta interação senti falsidade e ausência de relações afetivas.

Data	**Descrição da atividade** (descrição da situação, questões, respostas, comportamentos e atitudes do utente/família/grupo/ técnico(s)	**Reflexões do Observador**

Outubro	O Sr. H. com visto de residência até 2021, entrou em território português em 2017 (última vez). Veio ao CNAIM acompanhado pelo amigo por dificuldade em comunicar o português, descrevendo a sua situação como a dificuldade em obter acesso a isenção de pagamentos ou ajuda no pagamento das despesas em saúde efetuadas no Hospital Fernando Fonseca. O Sr. H. tinha sido intervencionado em Espanha a uma cirurgia cardíaca, tendo realizado uma viagem de 12 horas no pós-cirúrgico, na qual causou sintomatologia de toracalgia opressiva, necessitando cuidados de saúde vitais e urgentes em meio hospitalar. Além da solicitação sobre os pagamentos, também referiu dificuldades monetárias diariamente, por condição de trabalho deficitária e condição clínica reduzida. O encaminhamento da situação foi solicitar acesso ao portal do SNS para obter a isenção de saúde devido a sua incapacidade física.	Neste encontro a exploração da situação social e clínica permite identificar o estado de ansiedade e desorganização da sua vida (vários documentos de saúde e (de)organização das moradas, por mudança de residência). Mostrava tristeza e preocupação devido à sua situação, clínica, O utente questionou a ausência dos seus direitos (Não tinha autorização de residência, apesar de estar em território português há mais de 90 dias, estando numa situação irregular. O utente teve acesso à saúde, embora tivesse que pagar os cuidados de saúde na sua totalidade. A sua aparência demonstrou um vestuário limpo e adequado à estação do ano; postura colaborativa na interação. A Enf. F. demonstrou empatia e compaixão com a situação do utente. Senti-me um pouco baralhada com a desorganização dos papéis. Senti que o utente não fazia esforço para interagir do ponto da linguístico. Embora compreendesse a conversação do profissional. Visto que entregava ao intérprete o documento solicitado.

	O Sr. D., ucraniano veio solicitar ajuda para isentar o seu pai devido AVC Isquémico ocorrido dois dias antes de regressar ao país. O seu pai veio visitar a família durante dois meses a Portugal, tendo sido surpreendo com uma situação patológica antes do regresso ao seu país de origem (2 dias). Deu entrada de emergência no Hospital São Francisco Xavier, ficando internado em cuidados intensivos, em estado comatoso por um período prolongado. A questão solicitada pelo seu filho era a isenção do seu pai em cuidados de saúde após autorização de residência e resolver as questões com o seguro do país de origem. O Sr. D. durante a interação demonstrou expressões de nervosismos (mexer no papel), com dificuldade em manter olhar direcionado. Verbalizou várias vezes que estava a sofrer de pressão por parte do seguro de saúde pois pretendiam transferir o seu pai para a Ucrânia e a sua vontade seria de o ter perto de si. De facto, a sua preocupação era notória nas suas expressões verbais e não verbais. O encaminhamento da situação foi solicitar a isenção de saúde no Centro de Saúde com código especial (pessoas em situação de cuidados vitais e urgentes).	Vestuário limpo e adequado à estação do ano. Fácies triste e ansiosa. Atitude colaborativa e recíproca com a Enf. F. A compaixão e escuta ativa foi notória durante a entrevista por parte da profissional de saúde. Senti empatia e compaixão com o filho, demonstrando congruência no seu discurso e situação.
	A Sra Ati., 61 anos, Cabo Verdiana, migrou para Portugal há 2 meses, por problemas de saúde (tiroide). A sua situação jurídica em Portugal encontrava-se como turista, ou seja, visto turístico o que lhe concedia acesso aos cuidados de saúde, embora o pagamento seja na íntegra. Neste momento, a filha a principal interveniente durante a entrevista demonstrou preocupação e ansiedade associada ao estado clinico da sua mãe, convergindo com a opinião da sua familiar. De facto, a situação descrita seria um cuidado urgente diagnosticado no hospital da Cruz Vermelha, com necessidade de intervenção imediata (opinião de clínico). A Enf. F. questionou sobre o formulário de Cabo Verde (CVPT6), que o daria acesso aos cuidados de saúde em Portugal como cidadão português. As ex-colónias têm direito aos formulários, o que lhe atribui direito acesso aos cuidados de saúde tal como os portugueses. Segundo a filha, o visto caducava a 10-11-2019, e o formulário ainda se encontra em via correio, o que implicava esperar até a sua chegada, que poderia coincidir com o término do visto. O encaminhamento sugerido foi aguardar pelo formulário, e solicitar uma consulta no Centro de Saúde da área de residência para posteriormente ser encaminhado para a especialidade ou então aceitar ser intervencionada com pagamento na íntegra. Durante a interação a filha da utente falou maioritariamente sobre o assunto, existindo um momento de discordância entre ambas devido a decisão sobre a intervenção clínica. A mãe preferia aguardar sobre o formulário, mas a filha tinha receio do agravamento da patologia da mesma. Ficaram com a informação sobre as duas hipóteses.	Vestuário adequado, limpo embora tivesse roupa para época de inverno. Fáceis preocupadas e ansiosas, embora os seus tons vozes fossem suaves e calmas. A utente apresentou um período choro quando confrontada com a hipótese de aguardar ou pagar o montante da cirurgia no privado. A compaixão e escuta ativa foi notória durante a entrevista por parte da profissional de saúde, bem como a sua assertividade. Senti revolta e angústia devido a impossibilidade de ajudar a Ati. Ainda percebi por parte da filha alguma tensão e ansiedade por parte. Aparência cuidada e tom de voz suave.

	Sra Very., 27 anos, natural de Cabo Verde, residente desde 2014 em território português, tendo obtido em 2016 autorização de residência. Segundo a Sra Very, veio sozinha para Portugal a procura de melhores condições de vida, tendo sido diagnosticado pouco meses depois a esquizofrenia, ficando impossibilitada de exercer funções laborais em Portugal por recusa de emprego associado a sua patologia de base (Estigma social). Nessa sequência os rendimentos monetários para a sua sobrevivência ficaram a cargo dos rendimentos mínimos da segurança social, limitando-a na gestão diária. O seu pedido de ajuda foi para o pagamento da medicação (Risperdal). Durante o encontro confrontamos a Sra Very sobre o documento do SNS, para se verificar qual o estado no número, constando que a utente tinha nº SNS atribuído, logo teria direito a comparticipação da medicação, bem como a isenção das Taxas de Moderadoras. Encaminhamento foi dirigir-se ao seu médico do HSM para tratar do receituário e solicitar a chave móvel para pedir isenção das taxas moderadoras.	Olhar direcionado, embora com uma atitude apreensiva e desconfiada. Demonstrou preocupação sobre a sua condição de saúde, embora apresenta-se baixo grau de literacia sobre a doença e efeitos sobre a medicação. Percebi que o seu contexto social se limitava a amigos da zona de residência. Durante a interação senti empatia, talvez por conhecê-la em contexto de urgência de psiquiatria. De facto, esta utente recorria múltiplas vezes as urgências com sintomas delírios "vozes" associado talvez a impossibilidade de adquirir a medicação.
	A Sra Antónia, 30 anos, asiática e a seu familiar, veio solicitar o acesso a isenção em período de gravidez e puerpério. A interação decorreu em inglês com a pessoa que acompanhava, de facto a Sra Antónia apenas falava o seu idioma. A sua situação jurídica era migrante irregular, pois estava a mais de 90 dias em Portugal, e aguardar pela autorização de residência pelo SEF. O Centro de saúde de Odivelas desmarcou as consultas, o que a impossibilitou de ser seguida em cuidados primários, levando a recorrer ao Hospitais (HBA e HSJ) para realizar exames. A carta com o despacho da isenção da gravidez e dois meses após puerpério foi o encaminhamento desta situação.	A Sra Antónia apresentava um ar envelhecido e olhos encovados. Fáceis apreensivas, talvez pela dificuldade em entender o inglês. Tom de voz suave e vestuário adequado. Nesta interação, senti simpatia pela situação e pelas pessoas. De facto, o acesso a saúde deficitário pode implicar com muitas condicionantes da vida de alguém.
	O Sr. Lassi, de 66 anos, veio ao CNAIM acompanhado pela esposa solicitar ajuda para conseguir obter uma resposta sobre a sua situação de permanência em Portugal visto ter vindo de acordo com o protocolo de evacuação (Guiné-Bissau). O Sr. Lassi, estava aguarda cirurgia por litíase renal, estando em lista de espera, contudo o seu visto	O casal apresentava um ar triste e fáceis cansadas. Vestuário inadequado a estação do ano (manga curta). O Sr. apresentava dificuldade em expressar a sua situação de saúde,

	estava a terminar no princípio de novembro e a sua marcação para SEF seria no dia 20 de novembro. O casal estava preocupado pois teria que retornar ao país caso não tivesse um atestado do médico de urologia do Hospital Egas Moniz a explicar a necessidade de cuidados vitais e urgentes, impedindo de o retornar ao país de origem. De facto, a situação era stressante pois a ansiedade do casal era evidente pela sua situação clínica e pela impossibilidade de falar com médico de urologia. "Tentamos falar com médico, várias vezes, mas a administrativa negou o acesso ao médico" (sic). "Tentamos múltiplas vezes" (sic). Informados que o atestado atualmente serviria para renovar o visto embora não referisse que o impedia de retornar ao país. Ainda foi explicado que a decisão sobre a situação clínica caberia ao médico do Hospital. Encaminhado para o serviço de urologia com uma carta a explicar que necessitava de falar com médico (direito do doente). A Mara., 32 anos, natural de São Tomé, chegou a Portugal em maio de 2019 (5 meses), por iniciativa própria., tendo apenas o apoio social de identidade religiosa (irmã). Vim para Portugal porque preciso de saber o que tenho (sic). As suas queixas eram a nível abdominal, sem especificação sobre a patologia em si. "tenho algo no pâncreas" (sic). Recorreu a Urgência do hospital de Santa Maria, tendo comprovativos sobre o encaminhamento para a consulta de pneumologia. Informação contraditória ao seu pedido de ajuda no gabinete de saúde no CNAIM. Questionei conjuntamente com a Sra. Enfermeira F. o motivo das idas ao HSM, e a resposta era inespecífica, assim, reformulamos a pergunta e a utente em si, acabou por dizer que tinha sido encaminhada para a consulta de pneumologia por crises asmáticas. Pedimos para identificar o local das queixas álgicas durante a interação, percebendo que seria na região do abdómen e lombar. Após identificação das situações de patologia, percebemos qual a questão sobre o motivo de ajuda, sendo a dificuldade em obter recursos monetários. Verificamos que estaria em situação irregular e sem estatuto de evacuação. Informamos a utente sobre o direito ao acesso à saúde embora tivesse que pagar todos os cuidados de saúde.	descrevendo-a como complexa.."bem (sic)…tenho muitos problemas de saúde, nem sei como começar"(sic). Do decorrer da situação, a expressão facial da esposa começou a ficar mais apreensiva, abaixando a cabeça quando confrontada com a necessidade de ter que recorrer ao médico para resolver a situação "já tentei várias vezes, não consigo" "administrativa nega o acesso"(sic). Durante uns minutos permaneceu em silêncio. Nesta interação, senti empatia e revolta com a discriminação das minorias. Todos os cidadãos têm direito ao esclarecimento por parte dos profissionais e neste caso seria uma situação de risco de saúde vital. Senti invadida pela tristeza, começando a perceber que a desumanização prevalece na saúde. Vestiário adequado a estação do ano. Boa capacidade de expressão verbal, embora tenha dificuldade em expressar o assunto essencial, talvez por barreira linguística ou manipulação da situação para obter autorização de residência em Portugal. Fáceis tristes e atitude apreensiva com a situação de saúde. Ficou em silêncio quando confrontada com a realidade sobre as condições de acesso ao tratamento. Durante esta interação tive oportunidade de perceber quanto fazia sentido a utente estar em Portugal, talvez pelas condições de vida precárias

		no seu país de origem, embora sentisse alguma forma de manipulação sobre a sua vinda para Portugal, pois a utente sabia que vinha sem estar ao abrigo dos acordos e que estava em situação irregular. Também senti algum discurso manipulador com a sua ocultação sobre a relação familiar com a pessoa que apoiava, só após insistência é que percebi a sua rede de apoio.

Data	**Descrição da atividade** (descrição da situação, questões, respostas, comportamentos e atitudes do utente/família/grupo/ técnico(s)	**Reflexões do Observador**
Novembro	A Fylia, 39 anos, natural de São Tomé, recorreu ao gabinete de saúde a solicitar ajuda para resolver a situação sobre a cirurgia ortopédica. A Sra referiu ter viajado para Portugal sem acordo	Neste encontro a exploração da situação

	por motivo de doença. Em Portugal, foi intervencionada sem sucesso no HBA. Após a cirurgia teve direito as vales cirúrgicos atribuídos pelos HBA, visto ter ocorrido intercorrências que o hospital recusa a remediar pelo risco de não ter material. Nesse seguimento teve direito a vales cirúrgicos, tendo se dirigido a dois hospitais, sendo um deles no norte do país, no qual recebeu respostas negativas. Também expressou o seu descontentamento sobre a forma como foi abordada no CNAIM pela funcionária da instituição, "segunda vez que me faz isto. Sou preta, por isso discrimina-me" (sic). A Sra Enf. F. durante o encontro demostrou empatia e escuta sobre a situação, encaminhando-a para um departamento jurídico para efetuar uma reclamação sobre a situação clínica. Também tentou clarificar a situação sobre a intercorrência e acalmando a própria.	clínica, talvez permitisse perceber o contexto de saúde física e psicológica da pessoa (revolta e ansiedade) Senti incapacidade de atuar com tanta revolta e agressividade que transmitia. As suas fáceis demonstravam tristeza e preocupação com a sua situação clínica. Referiu várias vezes que a idade seria um fator eliminatório para a cirurgia e que estavam a retardar a sua recuperação. Vestuário adequado a estação do ano e limpo.
Dezembro	O Sr. Mahd, 30 anos, Nepaleses, residente em Portugal há 4 anos. Veio ao CNAIM solicitar o NU para a esposa e filhos, que segundo o próprio chegaram ao território português há 1 mês. Segundo o senhor a esposa pariu a 20 de novembro 2019. Informado sobre o acesso aos cuidados de saúde da sua família e sobre a importância de registar as crianças como cidadãos em situação irregular. Ainda foi informado sobre a situação de turista da esposa, e custos associados aos cuidados de saúde até perfazer 90 dias em território nacional.	Vestiário adequado e limpo. Aparência cuidada e tom de voz suave. embora tenha apresentado um tom de voz mais elevado quando se abordou a questão dos pagamentos. Olhar direcionado e atitude colaborativa. Durante a interação senti reciprocidade e empatia com o senhor. De facto, as pessoas procuram melhores cuidados de saúde relativamente as condições de vida atuais (país de origem), no entanto deparem-se com realidades distintas e pouco favoráveis ao pretendido, levando as estado emocionais depressivos e ansiosos. Por

		vezes, a desilusão parece refletir-se na face.
	Adolescente de 18 anos, em Portugal há 2 anos, nacionalidade moçambicana. Órfã de pai e mãe em estado critico após ciclone cidade na Beira . Adotada pela tia "amiga" com quem vive atualmente, portadora de AR e sem inscrição de NU no Centro de Saúde da Charneca. Diabetes Tipo 1, seguida em Centro de Saúde sem isenção nos cuidados dessaúde relativamente a diabetes. Encaminhada com carta para marcação de consulta e inscrição no CS com NU. Informada sobre o acesso aos cuidados de saúde.	A tia e a adolescente com a aparência cuidadas e calmas. Durante a interação demonstraram empatia e compreensão sobre a situação da jovem. Também expressaram os sentimentos sobre a tragédia vivenciada em Moçambique, bem com a perda familiar. A jovem apresentava fáceis tristes e humor depressivo. Pouco comunicativa relativamente aos seus sentimentos. Senti proximidade e empatia com a jovem, crescendo interiormente vontade de agendar outros encontros com a própria. Durante a entrevista, consegui sentir maior abertura e disponibilidade da Auria, bem como uma expressão facial mais aberta. Vestiário adequado e limpo.