



# Hospitalidade

Jan-Mar 2026 N.351



## A interculturalidade nos cuidados de saúde

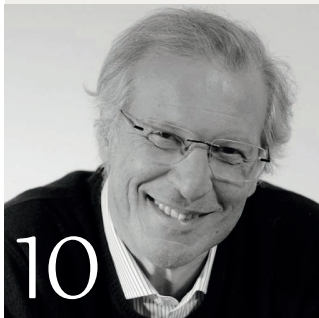
**Perspetiva Especialista**  
Rui Marques

**Da Espiritualidade**  
Pe. Adelino Ascenso

**Inovação e Impacto**  
DiversITY  
Fundação Aga Khan

# Índice

Jan-Mar 2026 N.351



|                             |    |
|-----------------------------|----|
| Editorial                   | 03 |
| Notícias                    | 04 |
| Perspetiva Especialista     | 10 |
| Pensamento Livre            | 16 |
| Da Espiritualidade          | 18 |
| Família Hospitaleira        | 22 |
| Arte e História             | 24 |
| Comunidade Ação             | 26 |
| A duas vozes                | 28 |
| Inovação e Impacto          | 30 |
| <i>Voluntas, voluntatis</i> | 33 |
| SJD Global                  | 34 |
| Tema de Capa                | 36 |
| Arte e Artistas             | 41 |
| A vida acontece             | 42 |
| Jhovens com H               | 50 |
| Saúde e Ciência             | 51 |
| Ponto e vírgula             | 70 |
| Contactos                   | 71 |



## Hospitalidade

### Ficha Técnica

#### Diretor

Ir. Luiz Manuel Vieira da Silva

#### Coordenadora

Marisa Oliveira

#### Conselho Editorial

Diana Chaves  
João Oliveira  
Luís Durães  
Margarida Cordo  
Sónia André

#### Conselho Científico

Vítor Viegas Cotovio  
Presidente

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| Aires Gameiro         | Marco Esteves       |
| Ana Bernardo          | Margarida G. Neto   |
| António Leuschner     | Margarida Cordo     |
| D. Manuel Clemente    | Maria João Monteiro |
| Eduardo Lemos         | Michel Renaud       |
| Fernando Pinho        | Nuno Lopes          |
| Isabel Galriça Neto   | Pacheco Palha       |
| Isabel Sá Lucas       | Paulo Braga         |
| Isabel Varanda        | Pedro Varandas      |
| João Paulo Vidal      | Rute Alves          |
| Luís Daniel Fernandes | Susana Magalhães    |
| Luís Filipe Fernandes |                     |
| Luís Sá e Melo        |                     |
| Manuel Freitas        |                     |

#### Correspondentes Locais

|                      |             |
|----------------------|-------------|
| Ana Sofia Gorgulho   | Marco Pavão |
| André Pereira        | Nuno Lopes  |
| Ir. Elvis do Rosário | Rita Sousa  |
| Lavinia Corte        | Tânia Gil   |
| Marco Esteves        |             |

#### Propriedade

Provincia Portuguesa da Ordem  
Hospitaleira de S. João de Deus  
Contribuinte n.º 500 224 269

#### Edição e Sede de Redação

Instituto S. João de Deus  
Rua São Tomás de Aquino, 20  
1600 – 871 Lisboa  
Tel.: 217 213 300  
E-mail: comunicacao@isjd.pt  
Contribuinte n.º 500 927 731

#### Redação

Marisa Oliveira

#### Revisão de Textos

Daniela Costa

#### Estatuto Editorial

Instruções aos Autores  
[www.isjd.pt](http://www.isjd.pt)

#### Imagem de Capa

Sara Martins

#### Design Gráfico e Paginação

Typeworks – Design,  
Comunicação e Marketing

#### Impressão

Grafisol – Rua das Maçarocas,  
Business Center, Abrunheira,  
2710-056 Sintra

#### Publicação Trimestral

2 750 Exemplares

#### Distribuição

Gratuita

Depósito legal: 86985/95

Registo E.R.C.: 104805

ISSN: 0871-0090



Versão digital  
no QR code

# Cuidar de todos, *sem distinção*

**N**esta edição iremos abordar a interculturalidade nos cuidados de saúde. Podemos dizer que nunca foi tão necessário debater este tema como nos dias de hoje. Os fluxos migratórios, a que não são alheias as guerras que se alastram pelo mundo, obrigam-nos a adaptarmo-nos às diferenças culturais, religiosas, linguísticas, sociais e raciais e a todas dar respostas que vão ao encontro das necessidades de cada um. Isto implica conhecimento mútuo, estudo, aprendizagem, compreensão e respeito. Destaco a comunicação, que tem de ser eficaz entre profissionais, doentes e acompanhantes; sem ela, pode tornar-se difícil promover uma boa assistência e praticar os bons cuidados que a todos são devidos.

A crescente mobilidade populacional e a diversidade técnico-cultural colocam nos sistemas de saúde o desafio de garantir equidade no acesso, qualidade assistencial e segurança do doente. A ausência de competências culturais, por parte dos técnicos, pode provocar falhas de comunicação, erros no diagnóstico, baixa adesão terapêutica e falta de confiança, conduzindo a que os cuidados prestados não alcancem os melhores resultados. **Reafirmo a importância de uma boa comunicação;** sem ela, é impossível cuidar eficazmente, daí a necessidade de se criarem condições que permitam o recurso a mediadores interculturais, para que o doente tenha o conforto necessário e a segurança.

A interculturalidade nos cuidados de saúde desafia-nos a olhar para além das práticas clínicas e das rotinas hospitalares, colocando o **respeito, a escuta e a empatia no centro do cuidar**. Cada doente é um mundo: cada língua, cada gesto, cada crença conta uma história única de saúde e de vida. **Cuidar é ouvir esses mundos, acolher diferenças e transformar a diversidade em humanidade, fazendo do cuidado um espaço de compreensão, empatia e esperança.**

As diferentes vivências dessa multiplicidade de mundos moldam, afinal, a forma como cada um entende a doença, a dor e a cura. **Conhecer e valorizar essas diferenças não significa abrir mão da segurança ou da ciência, mas integrar**



Ir. Luiz Manuel  
Vieira da Silva  
Diretor

**sensibilidade cultural na prática diária, desde a comunicação clara até à tomada de decisão partilhada.**

É, então, muito importante que as políticas públicas e os profissionais de saúde assumam a responsabilidade de criar ambientes inclusivos, onde todos se sintam compreendidos e respeitados e onde a diversidade cultural se transforme numa oportunidade de cuidado mais humano, inclusivo e eficaz.

**No dia 8 de março, foi celebrada a festa do nosso patrono, S. João de Deus.** Podemos dizer que ele não teve a preocupação de fundar uma obra religiosa, mas que o seu objetivo foi cuidar das pessoas e conseguir um grupo de seguidores que continuasse a sua missão de **cuidar de todos sem distinção**, e esses continuam, hoje, pelos cinco continentes, a seguir o seu lema: “Fazei o Bem, Irmãos”. S. João de Deus diz-nos: **“Se considerássemos como é grande a misericórdia de Deus, nunca deixaríamos de fazer o bem”**. Se o mundo compreendesse o alcance desta mensagem, seria bem melhor e haveria lugar para a fraternidade e a paz, esta tão desejada por todos e para toda a humanidade.

A mensagem do Papa Leão XIV para o XXXIV Dia Mundial do Doente, teve como tema “A compaixão do Samaritano: amar carregando a dor do outro” e foi, e é, uma reflexão que se enquadra no nosso tema e **um convite a redescobrir a beleza da caridade e a dimensão social da compaixão de que tanto carece a nossa sociedade**. Se esta mensagem fosse bem escutada e interiorizada, teríamos uma sociedade mais humanizada. ■



# Expandir a Hospitalidade num mundo em mudança

## Discernimento, comunhão e renovação no XXXI Capítulo Provincial

Entre os dias 9 e 13 de fevereiro de 2026, Fátima acolheu o XXXI Capítulo Provincial da Província Portuguesa da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus, subordinado ao tema “Expandir a Hospitalidade num mundo em mudança”. Mais do que uma reunião estatutária, o Capítulo afirmou-se como um tempo de discernimento espiritual, escuta e decisão responsável sobre o futuro da vida e da missão da Província.

Num contexto social, eclesial e institucional marcado por rápidas transformações, novos desafios e realidades cada vez mais complexas, este encontro constituiu uma oportunidade privilegiada para reler o caminho feito, reconhecer os sinais dos tempos e traçar orientações para o quadriénio 2026-2030. Reunindo Irmãos, colaboradores e representantes das várias expressões da presença da Ordem em Portugal e em Timor-Leste, tornou visível uma Província que procura caminhar unida, fiel ao carisma de São João de Deus e atenta aos desafios do presente e do futuro.

O Capítulo foi presidido pelo Superior Geral da Ordem Hospitaleira, Ir. Pascal Ahodegnon, e contou com a presença do Ir. Joaquín Erra, Conselheiro Geral. Participaram também doze Irmãos vogais eleitos como representantes da Província, bem como representantes do Instituto S. João de Deus, da Fundação S. João de Deus, do Museu S. João de Deus e

da missão em Timor-Leste. O Capítulo contou ainda com a moderação do Pe. Adelino Ascenso, Presidente da Conferência dos Institutos Religiosos de Portugal, cuja presença assegurou o acompanhamento e a facilitação deste processo de discernimento, diálogo e construção comum.

## Um tempo espiritual para reler a Missão

Esta dimensão tornou-se visível desde a Eucaristia de abertura, presidida pelo Pe. Adelino Ascenso, num momento de oração e comunhão que marcou o início deste tempo de escuta, discernimento e decisão ao serviço da missão e do carisma da Hospitalidade. Ao longo dos cinco dias, os vários tempos de oração, reflexão e celebração reforçaram esta consciência comum: o futuro da Hospitalidade não se constrói apenas por estratégia ou planeamento, mas tam-





bém por discernimento, disponibilidade interior e fidelidade criativa ao Evangelho e ao carisma.

Na sessão de abertura, o Superior Geral lançou um desafio claro aos capitulares: ampliar e difundir a Hospitalidade como “fidelidade dinâmica”, capaz de sair das zonas de conforto e de se orientar para as periferias humanas, sociais e existenciais. A imagem de “alargar o espaço da tenda” ofereceu uma chave de leitura para todo o Capítulo. Não se trata apenas de preservar uma herança recebida, mas de a tornar viva e significativa num mundo em mudança.

Na sua reflexão, o Ir. Pascal Ahodegnon recordou que a Hospitalidade continua a ser uma resposta urgente para um mundo ferido por tantas formas de sofrimento, exclusão e indiferença. Ao evocar São João de Deus, sublinhou que o fundador não se limitou a socorrer necessidades imediatas, mas inaugurou uma forma integral de cuidar, centrada na dignidade de cada pessoa. Nesse sentido, a Hospitalidade foi apresentada como força de transformação, antídoto contra a indiferença e expressão concreta de uma cura simultaneamente humana, espiritual e social.

Este horizonte foi aprofundado pela comunicação de abertura de D. José Traquina, Bispo de Santarém e Presidente da Comissão Episcopal da Pastoral Social e Mobilidade Humana, sob o tema “Desafios à Hospitalidade num mundo contemporâneo”. A sua intervenção ajudou a situar o discernimento do Capítulo num quadro mais vasto, lembrando que chegamos às periferias quando somos capazes de sair de nós mesmos, acolher a interpelação do outro e deixarmos-nos educar por realidades que muitas vezes desconhecemos. A Hospitalidade apareceu, assim, como um movimento de escuta, encontro e descentração.

### Olhar o caminho percorrido para preparar o futuro

Uma das dimensões centrais deste Capítulo foi a avaliação do quadriénio que terminou. A apresentação do Relatório da Província pelo Superior Provincial, Ir. José Paulo Simões Pereira, permitiu reler o caminho percorrido, evidenciando conquistas, dificuldades e desafios. Mais do que uma prestação formal de contas, este momento assumiu-se como exercício de verdade e responsabilidade, indispensável para um discernimento maduro.

Foi reconhecido o empenho da Província em dar continuidade à missão hospitaleira nas suas diferentes estruturas e geografias, bem como a necessidade de aprofundar uma visão cada vez mais integrada da presença da Ordem. A referência conjunta ao Instituto, à Fundação, ao Museu e à missão em Timor-Leste tornou particularmente visível esta consciência de unidade: diferentes expressões e contextos, mas uma mesma missão e um mesmo carisma.

Ao longo dos trabalhos, tornou-se evidente que expandir a Hospitalidade hoje implica não apenas fazer mais, mas so-





bretudo discernir melhor, reorganizar com sabedoria e re- centrar as energias no que é mais essencial.

### Um Capítulo com rosto sinodal e missão partilhada

Um dos traços mais significativos deste Capítulo foi a forma como tornou visível o caminho de missão partilhada que a Ordem vem aprofundando. A presença e participação ativa dos colaboradores, quer na preparação quer em momentos-chave dos trabalhos, constituíram um sinal de maturidade institucional e carismática.

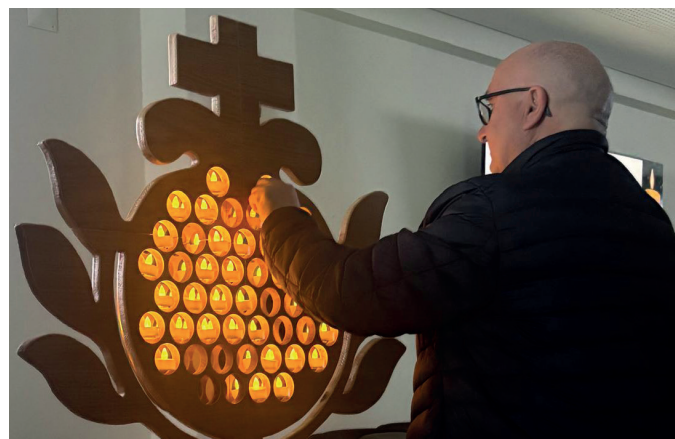
Particularmente relevante foi o facto de, pela primeira vez, os colaboradores participarem na votação das linhas de ação para a Missão no próximo quadriénio. Mais do que um detalhe procedimental, este gesto traduziu o reconhecimento de que a Hospitalidade se constrói hoje numa lógica de família carismática, em que Irmãos e colaboradores assumem em conjunto a responsabilidade pelo futuro da Missão.

Também as várias mensagens dirigidas ao Capítulo, provenientes de colaboradores, equipas, representantes de utentes, outras Províncias da Ordem, congregações religiosas e diferentes parceiros, reforçaram esta perceção de comunhão alargada. O Capítulo não decorreu fechado sobre si mesmo, mas em ligação com uma rede viva de pessoas e comunidades que se reconhecem parte deste caminho comum.

Na palavra que dirigiu aos colaboradores antes do prosseguimento dos trabalhos mais reservados dos Irmãos, o Superior Geral sintetizou bem este espírito ao afirmar que já não vivemos um tempo em que a chama do carisma se sustenta apenas nos Irmãos. **O rosto da Ordem hoje pede uma comunidade mais ampla, fortalecida pelas competências, pelo compromisso e pela vocação de todos aqueles que servem a missão.**

### Discernir as orientações para a Missão e para a Vida dos Irmãos

O segundo e o terceiro dias do Capítulo foram marcados pelo discernimento em torno de dois grandes eixos: a Missão e a Vida dos Irmãos. Procurou-se identificar orientações capa-



zes de dar consistência e coerência à ação da Província nos próximos quatro anos.

No que respeita à Missão, destacou-se a necessidade de responder com fidelidade e realismo aos desafios atuais nas várias expressões da presença da Província. **Quanto à Vida dos Irmãos, sublinhou-se a importância de fortalecer a vida espiritual e fraterna, consolidar as comunidades e cuidar da identidade consagrada como fonte viva da Missão.** Ficou claro que a capacidade de expandir a Hospitalidade depende também da qualidade da vida fraterna, da clareza carismática e da coragem de reorganizar o que for necessário para servir melhor.

### Sinais de comunhão e corresponsabilidade

Embora tenha sido um tempo de trabalho intenso, o Capítulo incluiu também momentos fortemente simbólicos. Um deles foi a reflexão espiritual inspirada na parábola do Bom Samaritano, em que os participantes foram convidados a reconhecer-se como luz em união. O gesto final, em que cada participante recebeu uma vela e uma única chama se acendeu a partir da luz de todos, traduziu de forma simples e profunda a ideia de corresponsabilidade: a Missão não se sustenta pela força isolada de ninguém, mas pela comunhão de muitos.

Outro momento particularmente significativo foi a **Feira da Hospitalidade, em que as várias estruturas e Centros Assistenciais da Província apresentaram os resultados do quadriénio, os desafios superados e as perspetivas de**



**futuro.** Tornou-se visível a riqueza, diversidade e dispersão geográfica da Província, bem como a dimensão concreta e territorial da Missão.

### A reeleição do Superior Provincial

No dia 12 de fevereiro, o Capítulo reelegeu o **Ir. José Paulo Simões Pereira como Superior Provincial para o quadriénio 2026-2030**, renovando a confiança para dar continuidade ao caminho iniciado no mandato anterior. Licenciado em Psicologia, com experiência de governo na Província e missão internacional em Moçambique, o Ir. José Paulo volta assim a assumir a liderança da Província Portuguesa num tempo de renovação, reorganização e consolidação da Missão partilhada.

Com ele, foi também eleito o **novo Conselho Provincial: Ir. Luiz Silva, Ir. Alberto Mendes, Ir. Adelino Manteigas e**

### **Ir. Luiz Silva** **1º Conselheiro**

Nasceu em Moreiras Grandes, Torres Novas. Aos vinte anos de idade foi admitido na Ordem Hospitaleira no dia 8 de dezembro de 1978 através da profissão simples e em 1986 fez a profissão solene. Licenciado em Enfermagem, com Pós-Graduação em Gestão de Unidades de Saúde, tem exercido a sua missão em vários Centros da Ordem onde desempenhou cargos de gestão e Superior das Comunidades, além de Mestre de Noviços.

### **Ir. José Paulo** **Superior Provincial**

Nascido no Estreito de Câmara de Lobos, Funchal, a 15 de janeiro de 1967, entrou na Ordem Hospitaleira a 19 de março de 1986 e professou votos solenes a 8 de março de 1995. Licenciado em Psicologia, foi Superior Provincial entre 2001 e 2007. No XXX Capítulo Provincial voltou a assumir a liderança da Província Portuguesa e, foi reeleito para o quadriénio 2026-2030, no âmbito do XXXI Capítulo Provincial.

### **Ir. Adelino Manteigas** **3º Conselheiro**

Nasceu em São Pedro da Gafanhoeira, Alentejo, a 10 de março de 1958. Emitiu os votos temporários no dia 11 de setembro de 1988 e fez a profissão solene no dia 8 de março de 1995, ano do V Centenário do nascimento de São João de Deus. Foi eleito 3.º Conselheiro Provincial no XXXI Capítulo Provincial realizado em Fátima e nomeado Secretário Provincial, para o quadriénio 2026-2030.



### **Ir. Alberto Mendes, sac.** **2º Conselheiro**

Nasceu a 21 de novembro de 1972 em Bustelo, Amarante. Irmão de S. João de Deus desde 1997 e sacerdote desde 2003. Licenciado em Teologia e mestre em Cuidados Paliativos, realizou vários cursos de Autoconhecimento, Relações Humanas, Relação de Ajuda, Espiritualidade, Ética e Bioética. Desde 2004 tem vindo a fazer parte de vários Conselhos de Direção, no âmbito da saúde, no Instituto S. João de Deus.

### **Ir. Augusto Vieira** **4º Conselheiro**

Nascido em 1957, nos arredores de Fátima, chegou à Ordem com 11 anos, para estudar na Escola Apostólica do Telhal. Aos 19 anos professou, aos 30 ajudou a conceber a Juventude Hospitaleira, aos 45 foi enviado em missão para o Brasil e aos 65 regressou a Portugal. Estudou Teologia com os Padres Redentoristas, Contabilidade no ISCAL e Gestão de Empresas no ISEG, especializou-se em Administração Hospitalar e em Acompanhamento Espiritual.



**Ir. Augusto Vieira.** Esta eleição foi acolhida como expressão de continuidade, confiança e responsabilidade num tempo exigente para a vida e missão da Província.

### Encerrar para recomeçar

O último dia do Capítulo foi dedicado à aprovação dos documentos finais sobre a Vida dos Irmãos e dos restantes textos orientadores do quadriénio 2026-2030, bem como à consolidação formal do caminho discernido. Houve ainda lugar à votação da modalidade do XXXII Capítulo Provincial, antes da sessão de encerramento e da eucaristia final.

No seu discurso de encerramento, o Superior Geral descreveu este Capítulo como uma experiência rica de Hospitalidade, comunhão e sinodalidade. Sublinhou a forte participação dos colaboradores e reforçou alguns dos apelos que emergiram com maior clareza: fortalecer a vida espiritual e fraterna

dos Irmãos, reorganizar e reestruturar algumas obras para melhor servir a missão, revitalizar a Escola de Hospitalidade e consolidar a presença carismática da Província.

Entre os desafios apontados, **destacou-se igualmente a necessidade de avançar no processo de unificação com a Província de Espanha e de discernir com atenção o futuro de Timor-Leste, com reforço da liderança local.** Ficou claro que o horizonte deste Capítulo foi simultaneamente interno e missionário, local e internacional.

Num tom profundamente pastoral e mobilizador, o **Ir. Pascal Ahodegnon** concluiu com um apelo que sintetiza o espírito destes dias: manter “as mãos abertas, os corações ardentes e o olhar voltado para o futuro”. Afirmou que a Hospitalidade é mais do que um serviço: é sacramento do encontro, ministério de fraternidade e ato profético de cura num mundo dividido. E deixou uma exortação simples e firme: “Vamos sem medo!”. ■



## em agenda

### 15 a 17 de abril

XV Congresso  
de Psiquiatria  
S. João de Deus

### 10 maio

Dia de S. João  
de Ávila

### 24 abril

Dia de S. Bento Menni

### 3 junho

Dia de S. João Grande

### 26 abril

Dia de N. S. Mãe  
do Bom Conselho

### 10 junho

Dia do Beato  
Eustáquio Kugler

### 1 maio

Dia de S. Ricardo  
Pampuri

### 16 a 19 junho

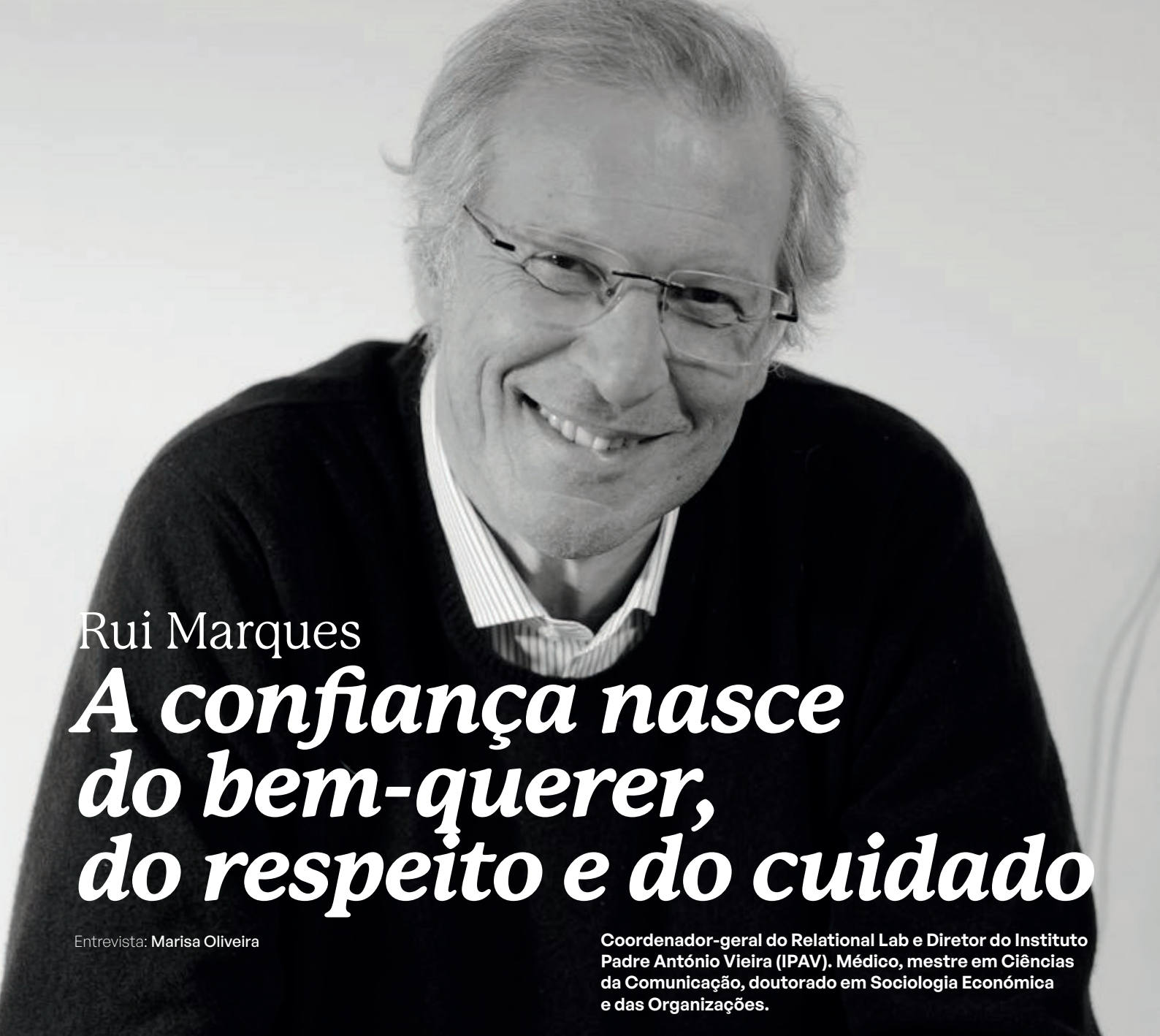
Escola de  
Hospitalidade,  
Funchal

### 5 a 8 de maio

Escola de  
Hospitalidade, Lisboa

### 22 a 26 de junho

Reunião de Conselhos  
Provinciais, Madrid



Rui Marques

# *A confiança nasce do bem-querer, do respeito e do cuidado*

Entrevista: Marisa Oliveira

**Coordenador-geral do Relational Lab e Diretor do Instituto Padre António Vieira (IPAV). Médico, mestre em Ciências da Comunicação, doutorado em Sociologia Económica e das Organizações.**

## **Pode começar por nos apresentar o Relational Lab?**

Dizemos que vivemos um “inverno relacional” e todos os indicadores, quer no macro quer no micro, mostram-nos isso: desde pessoas zangadas, hiper-reativas, polarizadas, até um mundo caótico que está a quebrar aquelas que eram as regras das relações internacionais estabelecidas. Nós partimos dessa identificação, desse défice relacional, para desenvolver um projeto centrado na ideia de que melhores relações gerarão melhor sociedade. Ou seja, o nosso contributo, enquanto projeto, é poder desenvolver, de várias formas, a melhoria da qualidade relacional, para que, com melhores relações, possamos ter uma melhor sociedade, melhor saúde e melhor educação.

A qualidade relacional é o que determina todo o funcionamento de um sistema, logo, todos esses sistemas estão dependentes, muito mais do que de recursos, de relações. E esse é o nosso eixo fundamental de trabalho.

É sobre um projeto inovador em Portugal. Creio que não há ninguém que esteja exatamente a fazer o que estamos a fazer, mas isto parece-nos urgente e crítico para o tempo que vivemos.

## **Neste contexto, o que significa “inverno relacional”?**

Nós temos trabalhado essa ideia no sentido que há um conjunto de dinâmicas sociais muito claras, com grande impacto, que têm transformado o panorama relacional pa-

## *A interculturalidade está sempre associada a uma perspetiva de reconhecer o outro, validar o outro, acolher o outro*

ra um tempo de maior hostilidade, de maior agressividade. E dou-lhe exemplos.

Sobre o primeiro, marcado no tempo, é o Covid. E o impacto do Covid deixou um rasto muito maior do que se imagina, não só em termos infecciosos, das pessoas que morreram, das pessoas que ficaram impactadas por Covid longo, mas também porque perturbou muito as relações entre as pessoas. Porque foi um momento em que, de repente, a relação com o “outro” era uma ameaça. E isso teve um efeito psicológico enorme em todos nós. Deixou ainda um rasto muito importante e mais grave nas crianças que estavam em fase de socialização e esse é um tema para o qual não estamos a olhar com devida atenção. Porque para um adulto o impacto de dois anos de perturbação relacional pode não ser dramático, mas para uma criança que está na fase inicial de socialização aquele tempo não é substituído. Outro exemplo, muito preocupante, sobretudo quando falamos de jovens, tem a ver com a chamada “geração ansiosa”. O que está a acontecer com as nossas crianças e jovens desde 2010, com a introdução dos ecrãs e do acesso às redes sociais, mostra um conjunto de impactos de deterioração relacional muito significativa. Primeiramente, dificuldades de socialização em contexto real, dificuldade de foco e fragmentação da atenção, alterações do sono e, por outro lado, a ascensão de manipulação e comportamentos disruptivos e desviantes. Temas como a ansiedade e os distúrbios alimentares, mas também questões como a misoginia, o racismo ou a xenofobia estão a ascender nos jovens de uma forma nunca imaginada.

E depois o que está a acontecer, em termos sociais e políticos, na fragmentação e na polarização e na forma como, por exemplo, em temas como a imigração, nós passámos de uma fase de Hospitalidade para uma fase de hostilidade. **A ascensão desta era da pós-verdade perturba muito as relações entre as pessoas, põe-nas umas contra as outras e isso tem uma expressão global máxima no estado de guerra do mundo.** O Papa Francisco falava de uma terceira guerra mundial como uma guerra mundial aos pedaços e o que vemos é precisamente isso. Portanto, há muitas evidências deste “inverno relacional”.

### **Como definiria o conceito de saúde relacional?**

A saúde relacional deriva desta visão da importância da qualidade relacional e tem duas dimensões.

Uma é a ideia dos **determinantes relacionais da saúde**. Ou seja, a nossa saúde depende de um conjunto de determinantes relacionais. Se quisermos olhar para uma criança que nasce, o seu desenvolvimento e a sua harmonia, a sua estabilidade, o seu potencial, que decorre do número de sinapses que se estabelecem no seu cérebro, dependem essencialmente da relação que a envolve. A sua saúde relacional, a qualidade das relações que estabelece, é essencial para a sua saúde.

A outra dimensão passa por olhar para os cuidados de saúde centrados nas relações. É um complemento, se quisermos, em relação ao conceito em que **os Irmãos de S. João de Deus são um excelente exemplo, que nos diz que nós devemos ter cuidados de saúde centrados na pessoa doente**. Isto já foi um grande passo em termos de humanização de cuidados de saúde e devemos mantê-la. Porém, precisamos de ir mais longe, no sentido em que devemos cuidar de todas as relações que compõem o ecossistema da saúde. Isso significa não só a relação médico-doente, mas também a relação equipa de saúde-pessoa doente, a relação dentro da equipa, a relação entre equipas, a relação multinível, a relação com os familiares e acompanhantes. Todos estes eixos relacionais são essenciais e exigem um cuidado continuado.

Num momento em que os cuidados de saúde são tão complexos e tão exigentes, precisamos cuidar das dinâmicas in-

terdisciplinares e interprofissionais dentro das equipas. Hoje temos muito mais equipas de saúde do que profissionais isolados a prestar cuidados. Cuidar da dinâmica relacional e colaborativa dentro de uma equipa e entre equipas determina uma maior eficácia da prestação de cuidados, uma maior eficiência do funcionamento das organizações e um maior bem-estar, qualidade de vida e saúde mental de todos os que compõem esse ecossistema. São argumentos fortíssimos para investir na saúde relacional.

### E o que significa a interculturalidade relacional dentro dos cuidados de saúde?

Esse é um eixo fundamental num mundo que se transformou numa pequena aldeia. A multiculturalidade é um facto. Hoje temos em interação e convívio matrizes culturais, religiosas e étnicas muito diferentes. E há que aprender a viver juntos. Não temos alternativa e, por outro lado, isso é uma riqueza e um potencial, que, se for bem trabalhado, irá contribuir para construir uma sociedade melhor, num contexto de pluralidade e diversidade.

A interculturalidade é um dos modelos de relação nesse contexto. A ideia do “inter” é que, quando diferentes matrizes se encontram, envolvendo pessoas com identidades diferentes, de diferentes comunidades culturais e diferentes religiões, elas são capazes de se relacionar positivamente, criando uma cultura de encontro, de cuidado mútuo e de aprendizagem partilhada. É um modelo em que todos se encontram, ninguém se anula e todos aprendem com todos. É, se quisermos, a metáfora das pontes: como construir pontes numa sociedade baseada no respeito mútuo.

Evidentemente, existe um quadro legal fundamental: não é tudo possível. E esse quadro legal começa pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, segue a Constituição e o Estado de Direito. São estas as fronteiras, os limites. Mas, dentro desses limites, precisamos de saber construir pontes entre nós, numa dinâmica de reconhecimento: **a interculturalidade está sempre associada a uma perspectiva de reconhecer o outro, validar o outro, acolher o outro e, com ele, construir a ponte possível, sem anular nenhuma das partes.**

### Os nossos profissionais e serviços estão preparados para integrar pessoas de diferentes culturas?

Eu acho que estão, contrariamente ao que alguns pensam. Mas os desafios são sempre novos. Em primeiro lugar, porque as sociedades humanas são muito dinâmicas e no quadro atual da globalização essa mudança é mais acelerada. Há alguns anos, enfrentámos o desafio de acolher pessoas do leste da Europa. E não sabíamos a língua nem conhecíamos as suas tradições, mas fizemos aquilo que era suposto fazer: aprender. Adaptámo-nos e fomos capazes desse encontro. Depois, tivemos de acolher os nossos concidadãos e amigos brasileiros, de uma forma completamente diferente. E, progressivamente, tivemos de acolher pessoas de outra matriz religiosa e muitos não crentes.

### Existem barreiras linguísticas e hábitos culturais que tornam a integração e o cuidado mais difíceis?

Este tema está na ordem do dia porque, atualmente, temos comunidades indostânicas com as quais existe uma maior dificuldade linguística. Já tivemos também outras comunidades com quem existia uma grande dificuldade de comunicação linguística. Mas fez-se um trabalho de encontro. E problematizar-se que: “agora temos comunidades que são diferentes porque têm uma língua diferente, uma alimentação diferente...” A questão é que é uma grande oportunidade, vamos então ambos aprender.

**Hoje, a mobilidade humana é um facto.** E nós não abdicamos do nosso direito de poder emigrar. Os portugueses têm um histórico, essencialmente, de emigração: temos muito mais emigrantes do que imigrantes. E nenhum de nós acharia aceitável que, por princípio, fosse proibida a possibilidade de emigrar. Quando precisamos de ir à procura de melhores condições de vida, queremos ter o direito a emigrar. Logo, os outros também o querem e procuram aqui essa possibilidade. Claro que existem limites para essa mobilidade humana, mas ela é, por definição, positiva, se for bem integrada na sociedade de acolhimento. O ponto é que, atualmente, há uma grande confusão e

uma grande perturbação social em torno das questões de imigração.

### Porquê?

Pelo inverno relacional existente **passámos da Hospitalidade à hostilidade**. E isso constitui uma injustiça enorme e um erro enorme. As pessoas, quando migram, na sua esmagadora maioria procuram melhores condições de vida. E isso quer dizer que são, por regra, um fator positivo. **O padrão típico de um imigrante é o de alguém que vem ganhar a vida, que vem reunir o máximo de recursos que puder – e por isso trabalham imenso e são capazes dos maiores sacrifícios** – para que as suas famílias, através das remessas, possam ter melhores condições de vida no seu país e para que o seu futuro possa ser melhor.

Um país, quando é atrativo para imigrantes, é porque está numa fase de desenvolvimento económico, numa fase que gera emprego e oportunidades. Os imigrantes não vão para destinos nos quais a economia não oferece oportunidades. E o que aconteceu nos últimos 10 anos em Portugal? Sim, o número de imigrantes cresceu, é um facto. Mas basta que as pessoas pensem no seguinte: hoje temos a taxa de desemprego mais baixa do que tínhamos há 10 anos e das mais baixas da história do país. Então, significa que o mercado de trabalho precisa de trabalhadores e, por isso, o contributo dos imigrantes é essencial.

Mas eu não quero só situar-me nesta parte utilitarista. Mas, para quem não é sensível a mais nenhum outro argumento, como o da dignidade humana, como o da solidariedade, o da partilha de recursos, o da Hospitalidade. Se alguém não é sensível a nenhum destes argumentos, que seja ao menos, então, ao seu egoísmo e ao seu interesse próprio. Porque em Portugal, como se percebe agora com os temas de reconstrução pós-catástrofe, temos muitas dificuldades em setores como o da construção civil, turismo ou agricultura, em que mais de 50% dos trabalhadores já são migrantes.

**E por isso seria, além de injusto, insensato, recusar aquilo que é uma oportunidade: poder ter pessoas connosco de uma forma legal, regulada, bem integrada, que, conjunta-**



**mente com os autóctones, constroem um futuro comum.** Voltando ao tema de interculturalidade, precisamos de aprender a viver juntos. **Uma sociedade que é capaz de cultivar uma abordagem intercultural centrada no respeito mútuo, no cuidado mútuo e no reconhecimento, tem muito mais sucesso e muito mais futuro do que uma sociedade que não o faz.** Porque uma sociedade que não o faz parte-se, enfraquece, entra em guerra interna e isso é uma coisa que só interessa "profetas da desgraça" e aos "engenheiros do caos".

### E quando falamos desta interculturalidade nos serviços de saúde, qual é o maior equívoco que ainda cometemos?

É esquecermos que somos todos humanos e que somos muito mais parecidos do que julgamos. Mesmo em quadros culturais diferentes, temos elementos comuns muito importantes. Por exemplo: a dignidade. **Qualquer um de nós gosta de ver a sua dignidade respeitada, não gosta de ser humilhado, não gosta de ser maltratado.**

Quando cuidamos de pessoas que têm uma matriz cultural diferente, nunca nos devemos esquecer que **somos todos da mesma família: uma só família humana**. E depois, claro, ter a sensibilidade de cuidar da pessoa, percebendo aquilo que Hipócrates dizia de uma forma muito interessante: não chega só saber que doença é que aquela pessoa tem; precisamos perceber que pessoa é que aquela doença tem. Ou seja, perceber a pessoa e adaptar-me à sua especificidade. Ora, é simplesmente reproduzir isso: **se tenho à minha frente uma pessoa cuja matriz cultural determina um comportamento ou uma expectativa, eu preciso saber dialogar, respeitar, cuidar e juntos fazermos o caminho, prestando os cuidados de que precisa e respeitando essa diversidade**.

Nunca esquecendo que, nas pessoas doentes, a autodeterminação é um valor soberano: cada pessoa decide se quer ou não quer cuidados, se quer ou não quer seguir uma determinada terapêutica. Ninguém pode ser obrigado a um processo de cuidados de saúde com o qual não concorda ou que não deseja.

Nesse sentido, o que eu acho que faz falta é, não nos deixarmos manipular. Olharmos para cada situação e perceber que à nossa frente está uma pessoa como eu: uma pessoa que quer ver a sua dignidade respeitada, que tem sonhos para a sua vida, que tem família de quem cuida e que gostaria de ser feliz. E perguntar: "o que é que eu posso fazer para ajudar?"

Enquanto profissional de saúde, essa é uma regra-chave de uma ética de cuidado. E eu não vejo nenhuma dificuldade intransponível que a diferença cultural nos traga.

### Como se constrói a confiança quando há barreiras linguísticas?

A confiança não precisa que falemos a mesma língua ou que venhamos do mesmo sítio. Precisa, sim, de uma base que tem a ver com a **capacidade de eu fazer sentir a alguém que o respeito, que pode contar comigo, que eu não sou uma ameaça e que eu estou ao seu serviço**. Para que isso aconteça não depende tanto de partilhar a mesma língua, porque eu posso, pela linguagem não verbal, pe-

la atitude ou pela maneira como eu me aproximo, acolho e respeito, transmitir isso.

Claro que para aprofundar essa relação é bom que possamos partilhar canais de comunicação comuns, como a língua. Mas aí, quer nós próprios, quer com tecnologia, quer com mediadores culturais, podemos encontrar formas de resolver esse desafio.

**Quando eu quero bem, eu construo confiança a partir do bem-querer, a partir do respeito e do cuidado. E é isso que constrói a confiança.**

### Por vezes, assistimos a uma tensão em queremos, enquanto sociedade, acolher alguém e responder às suas necessidades e o sentirmos que, ao fazer isto, estamos a colocar a nossa identidade, em segundo plano. Esta tensão é real? De onde é que vem e como é que podemos equilibrar esta interação?

É uma belíssima pergunta. Vamos colocar a questão em dois planos diferentes.

O primeiro é: de que identidade é que estamos a falar? "Põe em causa a nossa identidade, as nossas tradições", mas de que é que estamos a falar? Porque, quando começamos a responder a essa pergunta, percebemos rapidamente que há aí uma falácia. Estamos a falar da nossa identidade enquanto humanos? Estamos a falar da nossa identidade enquanto europeus, sendo que essa identidade já é tão diversa? Estamos a falar da nossa identidade enquanto portugueses? Como lisboetas? Como moradores da Alfama? Porque, tipicamente, essa argumentação identitária como obstáculo à relação com o outro vem de quem não quer construir a relação.

E depois há outra coisa: **um país que tem uma tradição de presença global, e não há nada mais fiel à nossa tradição do que conviver com outros, do que estar ligado a outros**. Porque sempre fizemos isso. E não fizemos isso a mil quilómetros de distância, fizemos a quinze mil quilómetros de distância. Portugal é o melhor país possível para criar imigrantes, porque tem uma história de 900 anos de interação e de relação com o mundo inteiro.

Claro que quem põe essa questão, muitas vezes, não a põe por boas razões. Quem diz que isto vem colocar em crise a nossa identidade não é verdadeiramente bem-intencionado. Porque é isso que os “engenheiros do caos” fazem sempre: “Ah, mas acha bem que venha para aqui alguém que maltrata as mulheres?” Acho péssimo. Já agora, como acho péssimo que, em média, morra uma mulher portuguesa vítima de violência doméstica por mês.

Logo, pergunto: de que é que estamos a falar? Uma regra-chave da manipulação é comparar o pior do outro com o melhor de mim. Isso é manipulação.

A esmagadora maioria das pessoas autóctones e a esmagadora maioria das pessoas que nos procuram são pessoas “normais”: que terão qualidades e defeitos, terão luz e sombra, mas querem mover-se neste espaço, construir uma vida melhor e construir o seu sonho. **Então porque é que andamos à procura do que nos separa, do que nos põe uns contra os outros em vez de trabalharmos aquilo que nos une?** Esta grande massa de pessoas quer um futuro melhor num sítio pacífico, quer viver e deixar viver.

Eu vi uma história muito engraçada: as três grandes religiões, judeus, muçulmanos e cristãos, têm comportamentos diferentes quando entram nos seus templos sagrados. Para os cristãos é sinal de respeito, quando o homem usava chapéu, retirá-lo ao entrar numa igreja. Para um judeu, é impensável não pôr alguma coisa na cabeça, separando Deus do homem. Qual é o problema de ter uma atitude que respeita o outro? Se eu vou a uma mesquita e, no quadro da sua religião, é importante eu não usar sapatos dentro do espaço de oração, qual é o problema de eu não usar sapatos? Porquê é que eu tenho de impor o meu modelo no seu contexto?

E depois há perguntas que aparecem sempre: “ah, mas porque é que eles aqui também se descalçam quando vão à mesquita?” É óbvio: são espaços religiosos. Nós temos o princípio da diversidade religiosa, aceitamos a liberdade religiosa e são espaços sagrados.

A grande pergunta é: qual é o problema?

**Em termos de visão intercultural, eu comportar-me de determinada forma, como usar o véu num país cuja tra-**

**dição é outra, não obriga a que aqui as pessoas tenham de deixar de fazer as suas escolhas.** Pode perguntar: “mas porque é que usam o véu aqui e não usam só no país deles?” Porque cada pessoa traz consigo a sua história, a sua cultura.

Quando era Alto-Comissário para a Imigração e o Diálogo Intercultural contaram-me um dia que um dos conflitos maiores no Luxemburgo com os imigrantes portugueses eram as sardinhas ao fim de semana. Os luxemburgueses odiavam e havia ali um choque cultural. Porém, os portugueses não as dispensavam.

Precisamos de não nos deixarmos manipular. Porque este é todo um discurso do qual nós sabemos a fonte, sabemos quem é que o constrói, sabemos o que é que quer. Portanto, não sejamos ingénuos: quem diz isto quer um determinado resultado. **Há aqui uma visão subjacente, que é uma visão muito perigosa: a lógica do domínio e do controlo.** Quer dizer: “aqui, tu submetes-te a mim”. Não se trata só de não usar o véu. Trata-se de dizer: “tu és menos do que eu, porque és estrangeiro”. É toda uma dinâmica de afirmação de poder e de domínio.

### **Da sua experiência com a imigração e o diálogo intercultural, que aprendizagens levaria hoje para a humanidade e para os cuidados de saúde?**

A ideia é que a partir do princípio do respeito mútuo, que é vital, é uma jornada fascinante aprender a conhecer o outro e aprender com o outro o porquê das suas realidades, dos seus comportamentos, da sua forma de ser. E que é sempre possível encontrarmos um caminho comum. **É sempre possível respeitar os princípios básicos do cuidado, do cuidado em saúde e encontrar forma de concretizar essa expressão de cuidado.**

Não são as diferenças que nos separam. Às vezes, o que nos separa é aquilo em que somos parecidos: que é a forma como, às vezes, nos deixamos contagiar por uma lógica de controlo, de subjugação, de poder. E, por isso, os sistemas de saúde podem perfeitamente ter um modelo de saúde intercultural e, para a esmagadora maioria dos casos, construir pontes num quadro de diversidade cultural. ■



# A Evolução dos Cuidados Psiquiá em Transformação: Humanização,

**Wilson Correia de Abreu, Diretor do Mestrado em Saúde Mental e Psiquiatria | Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Porto**

## Introdução

Nas últimas décadas, os cuidados em saúde mental sofreram uma transformação profunda, impulsionada por avanços científicos, mudanças socioculturais e uma crescente valorização dos Direitos Humanos. A psiquiatria contemporânea procura integrar conhecimento biológico, psicológico, cultural e social, respondendo a desafios emergentes numa sociedade marcada pela aceleração tecnológica, pela complexificação das relações humanas e pela multiplicação das vulnerabilidades.

Este artigo analisa alguns domínios da evolução dos cuidados de saúde mental, destacando a humanização, a integração dos serviços e o impacto das transformações sociais, de forma a contextualizar esta mudança de paradigma.

## 1. Evolução científica e impacto na prática clínica

A história da saúde mental e da psiquiatria em Portugal constitui, por si só, um campo fascinante e ainda insuficientemente explorado. Desde a Idade Moderna, com a coexistência de práticas religiosas, médicas e jurídicas na interpretação do sofrimento psíquico, até ao século XXI, com sucessivas evoluções ainda não bem compreendidas. A saúde mental vive uma profunda dicotomia: por um lado, os avanços científicos permitem cuidados mais humanos e cada vez mais sustentados em evidências de investigação. Por outro, a sociedade enfrenta uma crise sem precedentes de ansiedade, *burnout* e solidão, alimentada pela hiperconectividade das redes sociais e por uma cultura de competitividade sem paralelo.

**A diversidade cultural cada vez mais evidente nos contextos sociais influencia a forma como o sofrimento é expresso, compreendido e tratado.** A psiquiatria contemporânea reconhece a necessidade de cuidados culturalmente sensí-

veis, evitando interpretações etnocêntricas e promovendo intervenções adaptadas ao contexto (Kirmayer, 2012). A inclusão de mediadores culturais e a valorização dos modelos explicativos culturalmente sensíveis são estratégias fundamentais para garantir equidade e eficácia terapêutica.

Durante o século XX, desenvolveram-se respostas singulares às pessoas com perturbações mentais. A criação de hospitais psiquiátricos, a profissionalização progressiva da psiquiatria, o investimento na promoção da saúde mental e a influência de correntes europeias de pensamento moldaram um percurso complexo, onde convivem avanços científicos, tensões sociais e debates éticos.

**A compreensão da doença mental evoluiu de modelos lineares para perspetivas multifatoriais, reconhecendo a interação entre predisposição genética, neurobiologia, experiências de vida e fatores socioculturais** (Insel, 2015).

A investigação em neurociência permitiu mapear circuitos cerebrais associados à emoção e à cognição, enquanto a genética demonstrou que a vulnerabilidade é probabilística e não determinista (Kendler, 2012). Esta evolução conduziu a práticas clínicas mais personalizadas, combinando novos focos de atenção na pessoa e na família, psicoterapia, farmacoterapia e intervenções psicossociais. Em Portugal, esta visão integradora tem sido reforçada por políticas públicas que promovem cuidados em contexto comunitário e multidisciplinar (Direção-Geral da Saúde, 2017).

**A humanização tornou-se um eixo central da reforma dos cuidados.** A transição de modelos asilares para cuidados comunitários reduziu a institucionalização e promoveu a autonomia dos utentes (Thornicroft, 2020). A realidade assistencial mostrou que a separação histórica entre saúde mental e saúde física se revelou artificial e prejudicial. A elevada comorbilidade entre perturbações mentais e

# tricos numa Sociedade Ciência e Integração

doenças crônicas exige uma abordagem integrada (World Health Organization, 2021). Modelos colaborativos entre médicos/enfermeiros de família, especialistas em saúde mental e psiquiatria e outros profissionais têm demonstrado eficácia para a qualidade da decisão clínica, redução de recaídas e melhoria da qualidade de vida (Direção-Geral da Saúde, 2017).

## 2. Impacto das transformações sociais contemporâneas. Tecnologia e modernização dos cuidados

A sociedade atual caracteriza-se por ritmos acelerados, precariedade laboral, hiperconectividade e sobrecarga informacional. Estes fatores têm contribuído para o aumento de ansiedade, *burnout* e solidão, fenómenos amplamente documentados na literatura (Rosa, 2019).

**A transformação do papel social da família coloca novos desafios ao desenvolvimento psicológico e bem se pode dizer que a sociedade busca novas formas de produção e intervenção de redes familiares.** A psiquiatria e a saúde mental contemporâneas têm sido obrigadas a adaptar-se, incorporando temas como literacia digital, regulação emocional em ambientes hiperestimulantes e promoção de bem-estar em contextos de múltiplas vulnerabilidades.

A tecnologia e as evidências de investigação tornaram-se recursos indispensáveis para a qualidade e segurança dos cuidados, ampliando o acesso e diversificando as formas de intervenção, especialmente em populações geograficamente isoladas (Shore et al., 2018). Aplicações digitais permitem monitorizar o humor, o sono e a atividade, mas sobretudo promover a literacia e a gestão eficaz dos regimes terapêuticos. A tecnologia deve ser entendida como complemento, não substituto, da relação terapêutica.

## 3. Conclusão

A evolução dos cuidados em saúde mental trouxe novos desafios e dilemas éticos. Multiplicam-se as redes digitais que por vezes substituem as redes sociais e de pares, solicitando aos utilizadores dados pessoais. A recolha de dados digitais e a facilidade com que não raro são (indevidamente) partilhados exige regulamentação rigorosa para proteger a privacidade dos utentes. A redução de práticas coercivas continua a ser uma prioridade ética e clínica, exigindo formação contínua e políticas institucionais claras (Thornicroft, 2020). **A ética, neste contexto, não é acessória; é estruturante.**

**A psiquiatria encontra-se num momento de profunda transformação, impulsionada por avanços científicos, mudanças sociais e uma crescente valorização da dignidade humana e dos Direitos Humanos. ■**

## Referências bibliográficas

- Direção-Geral da Saúde. (2017). Plano Nacional de Saúde Mental 2017–2020. Lisboa: DGS.
- Insel, T. (2015). Brain disorders? Precisely. *Science*, 348(6234), 499–500.
- Kendler, K. (2012). The dappled nature of causes of psychiatric illness. *Psychological Medicine*, 42(6), 1133–1144.
- Kirmayer, L. (2012). Cultural competence and evidence-based practice in mental health. *Transcultural Psychiatry*, 49(3–4), 257–272.
- Rosa, H. (2019). *Aceleração: A transformação das estruturas temporais na modernidade*. Lisboa: Edições 70.
- Shore, J., et al. (2018). Telepsychiatry and the evolution of mental health care. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 665–675.
- Thornicroft, G. (2020). *Global mental health and rights*. Cambridge University Press.



Pe. Adelino Ascenso

# *Dialogamos porque somos diferentes*

Entrevista e Fotografia: Marisa Oliveira

Presidente da Conferência dos Institutos Religiosos de Portugal, Superior Geral da Sociedade Missionária da Boa Nova, Diretor da subcomissão para o Diálogo Inter-religioso da Conferência Episcopal Portuguesa (CEP), viveu 12 anos de missão no Japão.

## **O que mais o marcou na sua experiência no Japão? Encontrou muitos desafios na sua chegada?**

Quando se chega ao Japão, o grande desafio é o encontro com uma cultura completamente diferente e com uma língua completamente diferente. Sentimo-nos como recém-nascidos: olhamos para os letreiros e não entendemos nada. Esses são os grandes desafios: a cultura e, sobretudo, a língua. Depois **aprende-se algo fundamental: a calar, a escutar e a observar**. Os japoneses são bons observadores e nós aprendemos isso também. Chegamos a um ponto em que intuímos o que a pessoa tenta dizer através da obser-

vação. Com o tempo e entrando na cultura, começamos a compreender também a expressão corporal deles, que é diferente da nossa.

## **O que mais o surpreendeu no primeiro contacto com a cultura japonesa, como pessoa e como sacerdote?**

É difícil apontar coisas muito concretas, porque eu tinha vivido na Alemanha onde tive contacto com muitos japoneses. Diz-se até que o Japão é “a Alemanha da Ásia” e que a Alemanha é “o Japão da Europa” e há, de facto, algumas semelhanças.

Mas há outro aspeto muito interessante: **quando aprofundamos, encontramos também semelhanças entre japoneses e portugueses.** Talvez pela influência do mar: a nossa saudade é bem acolhida pela mentalidade japonesa. Há uma relação com uma certa melancolia e com o silêncio. A estética japonesa valoriza muito o silêncio e, se aprofundarmos, percebemos que também há semelhanças com a cultura portuguesa. O fado, por exemplo, é muito admirado no Japão.

### Sentiu, em algum momento, que tinha de recomeçar do zero?

Sim. Se vamos para o Japão para ficar, temos de passar por um processo de esvaziamento total. Nós, ocidentais, e europeus em particular, vamos muitas vezes “cheios de nós próprios”. Chegamos lá e **precisamos de nos esvaziar das pretensões e até de parte do que construímos em torno da nossa fé.**

Esse processo é exigente e, de certa forma, depura. A fé pode entrar em conflito e isso é bom. Eu comparo a fé a uma árvore que, por vezes, tem folhas secas que precisam de cair; para isso, a árvore tem de ser abanada. Como dizia o Papa Francisco: “uma fé que não nos sacode é uma fé que deve ser sacudida”. **No Japão, somos sacudidos na fé e na carga cultural. Partimos do zero, como recém-nascidos.**

### Enquanto sacerdote, a sua fé foi “abalada” de uma forma diferente?

Penso que foi depurada. **Num mundo de maioria cristã, podemos cair no perigo de banalizar a nossa fé:** ir à missa, rezar antes das refeições, rezar antes de dormir e chegar a um ponto em que tudo isso fica vazio de significado. Quando somos confrontados com mundos muito diferentes do nosso, cultural e religiosamente, caem “folhas secas” e surgem novos rebentos. **A fé é a mesma, mas mais depurada. O Japão ajudou-me nisso.**

### Quando falamos de diálogo inter-religioso e intercultural, do que estamos a falar?

Estão muito ligados. Não podemos prescindir da nossa cultura, porque é a nossa identidade e não devemos prescindir

da nossa religião, se é essa a nossa convicção. Recordo um fórum de diálogo inter-religioso em que eu representava a Igreja Católica e estavam presentes representantes de escolas do Budismo e professores de História das Religiões. Um líder budista perguntou-me: “O que acha da religiosidade japonesa?” e perguntou também se a minha intenção era converter japoneses ao cristianismo.

Respondi primeiro à segunda: não estou no Japão para converter ninguém. Se, neste diálogo, ele se tornar melhor budista e eu melhor cristão, então estamos a cumprir a finalidade do diálogo. Nem eu tento convertê-lo, nem ele tenta converter-me. **Podemos, juntos, contribuir para um mundo melhor, sem proselitismo. Para isso, é preciso estarmos convictos da nossa fé, caso contrário, caímos num sincretismo difuso, ingénuo, como se “tudo fosse igual”. Se tudo fosse igual, não haveria diálogo: dialogamos porque somos diferentes.**

### E o que respondeu sobre a religiosidade japonesa?

A religiosidade japonesa tem, como em toda a parte, uma dimensão aparente e uma dimensão mais profunda. **À superfície, os japoneses parecem muito religiosos, mas, no fundo, eu diria que são muito espirituais.** Quando entramos na interioridade, em termos de religiões institucionais, por vezes são mais parcos, como acontece em países de maioria católica, em que há muita tradição, mas pouca prática. Ainda assim, a cultura japonesa é muito espiritual: a cerimónia do chá ou os arranjos florais, são práticas em que corpo e espírito se relacionam. Hoje, sobretudo nas grandes cidades, existe também uma “fuga” à religião, assim como na Europa, com muitos arreligiosos e indiferentes à questão de Deus.

### A cultura japonesa tem regras muito próprias de convivência?

Sim. Um elemento central é a harmonia (*wa*). Este elemento é tão importante que a primeira Constituição, no ano 604, começava por falar da necessidade de preservar a harmonia. Isto influencia o dia a dia das pessoas, inclusive as reuniões de trabalho. Para tomar decisões, o moderador tem de



© Fotografia pertencente ao entrevistado

intuir se existe consenso, se não existir, adia-se a decisão. Isto relaciona-se com o facto de o Japão ser um conjunto de ilhas, com um período de 250 anos em que esteve “isolado” do mundo e também com a cultura comunitária do arroz. Todas estas razões levaram ao desenvolvimento desta capacidade de “ler o ambiente” e intuir o outro.

### Quando as tradições religiosas se encontram, o que está em jogo: identidade ou compreensão?

As duas coisas. A identidade é algo de que não podemos prescindir. Mas deve haver compreensão, deixando que o que o outro tem para dizer nos toque, para crescermos, inclusive na nossa fé.

No Japão eu usava uma imagem “matemática” simples:  $0 \times 2 = 0$ ;  $1 \times 2 = 2$ ;  $2 \times 2 = 4$ .

O “2” é o outro; o primeiro número sou eu. Se eu for 0, encontro o outro, mas não aprendo nada. Se eu for 1, abandono a minha identidade e torno-me o outro, isto é perigoso, falta consistência. O ideal é  $2 \times 2 = 4$ : mantenho a minha identidade, o outro mantém a dele e juntos crescemos e podemos construir algo melhor.

### Quais as maiores diferenças na forma como os japoneses enfrentam a doença, o sofrimento e a morte?

O japonês comum tende a ver a morte como cair num

“sono profundo”. Em relação ao sofrimento e ao luto, há também um sentido estético ligado à morte. No cuidado aos idosos, existe uma realidade dramática: muitos vivem sós e, por vezes, afastam-se para não “incomodar” filhos e netos. Existe uma mentalidade utilitarista, a ideia de deixar de ser “útil” à sociedade.

No ano 2000, a Conferência Episcopal Japonesa publicou um livro sobre alguns flagelos no Japão: eutanásia, aborto e suicídio. Havia já nessa altura mais de 30 mil suicídios por ano. Quando a morte é percecionada como um sono profundo e a pessoa se sente um fardo, o suicídio pode aparecer como saída.

### Que riscos existem quando se aplica um modelo de cuidados “universal”, ignorando contextos culturais e espirituais?

É necessário desenvolver uma ética universal, sim, mas essa ética tem de considerar as nuances culturais. Coisas simples como a forma de cumprimentar, a distância física, hábitos alimentares, crenças, mudam muito de cultura para cultura. **Se não tentarmos entender, vamos julgar o outro sempre com as nossas lentes e parâmetros.** É um esforço de parte a parte: quem chega deve tentar compreender a cultura onde se insere; quem acolhe deve procurar compreender a cultura de quem chega para que exista uma integração saudável.

### É possível cuidar plenamente sem compreender o horizonte cultural e espiritual?

É difícil. Se não entendermos a cultura de quem chega, vamos julgá-lo com os nossos parâmetros. E, às vezes, o outro não quer ser cuidado como eu gostaria de ser cuidado. Basta pensar em escolhas alimentares, práticas religiosas, ou, por exemplo, nas Testemunhas de Jeová e a questão das transfusões de sangue, um dilema real para os médicos.

### O que significa, na prática, cuidar integralmente alguém de outra cultura?

Cuidar “integralmente” no sentido absoluto talvez nunca consigamos. Mas passa, antes de mais, por tentar entender a pessoa: cultura, identidade, origem, o que a move. E também transmitir os nossos valores, com verdade. Cuidar integralmente inclui ajudar a integrar-se. E há algo que nunca podemos fazer, porque é anticristão, que é rejeitar. Nunca.

### Quais são os erros mais frequentes quando cuidamos de pessoas de outras culturas?

Muitas vezes, sem nos apercebermos, deixamos que os “vincos” da nossa própria carga cultural e personalidade passem para a relação, sobretudo quando estamos cansados e, com isso podemos ferir o outro. Por isso, mais do que “tolerar”, é preciso aceitar e acolher. **E aqui uso uma palavra muito cara: a Hospitalidade. A Hospitalidade implica receber o outro como ele é e, ao mesmo tempo, transmitir quem somos, com verdade e ajudar na sua integração.**

### A Hospitalidade começa por reconhecer que também somos estrangeiros?

Sem dúvida. Somos todos estrangeiros. Se olharmos para Jesus, nasceu sem casa, viveu a experiência de fuga, foi estrangeiro. Todos somos peregrinos, o povo a caminho. Não temos um lugar fixo.

### A Hospitalidade pode ser uma linguagem comum

*A escuta ajuda-nos a intuir aquilo de que o outro necessita*

### entre culturas diferentes?

Sim, sobretudo pelos atos. Recordo uma receção nos Himalaias, no Nepal, por duas irmãs tibetanas: a fogueira, as batatas, o acolhimento. Recordo também a Hospitalidade na Turquia, na Anatólia, por uma família muçulmana que me deu refeição e dormida. Em cada cultura, a Hospitalidade manifesta-se em gestos concretos, por vezes pequenos, mas genuínos: oferecer um chá, um café, um gesto de cuidado.

### A sociedade europeia hoje é profundamente multicultural. Que lições precisamos de aprender, com urgência?

**A lição da Hospitalidade mútua. E aprender a escutar, a fazer silêncio e a desenvolver a consciência de que só juntos podemos caminhar.** Só juntos nos salvamos; só juntos podemos construir. A escuta é fundamental.

### Depois de tudo o que viveu e aprendeu, o que diria a um profissional de saúde que sente dificuldade em cuidar de alguém de outra cultura?

Que desenvolva em si a capacidade de escuta. Muitas vezes, cuidar pode ser um gesto simples: apertar a mão em silêncio, um sorriso, um “bom dia”.

**A escuta ajuda-nos a intuir aquilo de que o outro necessita.** Lembro-me de uma senhora, num encontro, dizer que o maior consolo que teve quando o marido morreu foi o padre, sem dizer uma palavra, ter-lhe apertado a mão. Às vezes, não entendemos a força de um toque, de uma palavra, de um olhar, de um abraço. ■

# A essência da Hospitalidade

Entrevista: **Marisa Oliveira**



**Ir. Bonifácio Lemos da Costa, sac.**

Responsável da Missão, Diretor do Centro de Apoio à Saúde e Responsável pelo Aspirantado I Timor-Leste

## Há algo que tenha aprendido no seu processo de integração que o tenha enriquecido particularmente?

Ao longo do meu percurso em diferentes comunidades e contextos culturais, a experiência da integração foi-se revelando um verdadeiro caminho de crescimento humano, espiritual e vocacional. Cada mudança implicou deixar hábitos, contextos e relações, levando-me a reconhecer o valor do desprendimento como uma aprendizagem fundamental. Este processo ajudou-me a crescer na liberdade interior e na confiança no chamamento que me foi confiado.

**Aprendi, igualmente, a importância de cultivar uma atitude de abertura.** A disponibilidade para acolher quem chega e, simultaneamente, para me deixar acolher pela comunidade que me recebe revelou-se essencial para a construção da comunhão e para o fortalecimento dos laços fraternos. Trata-se de um processo recíproco, vivido no quotidiano, que dá consistência à vida comunitária.

## Qual o maior desafio com que se deparou?

Entre os desafios mais significativos do meu percurso, destaco aqueles associados à mudança entre países. A barreira linguística constituiu uma dificuldade inicial relevante, exigindo um esforço acrescido de adaptação. **Apesar das exigências, reconheço que estes desafios se tornaram oportunidades de crescimento, contribuindo de forma decisiva para o meu amadurecimento pessoal e humano.**

## Como é que a Hospitalidade sai reforçada das suas experiências?

A vivência da Hospitalidade em diferentes contextos cultu-



rais, em Portugal ou em Timor, **permitiu-me compreender que a sua essência permanece a mesma, embora a forma de a viver se adapte às características próprias de cada cultura.** Esta diversidade revelou-se uma verdadeira riqueza, aprofundando a minha compreensão do carisma e da sua capacidade de inculturação.

## Encontrou diferenças na forma de cuidar, de acolher e de acompanhar a pessoa doente?

Sim, embora o essencial permaneça, que é o respeito pela dignidade da pessoa e o cuidado centrado no seu bem-estar, a forma de concretizar esse cuidado varia consoante a cultura e o contexto.

## Que aprendizagens a interculturalidade trouxe à sua vida?

Trouxe aprendizagens profundamente transformadoras, sobretudo no respeito e na valorização do outro. **Aprendi a reconhecer no diferente não uma ameaça, mas uma riqueza, alguém que tem algo a oferecer e que contribui para o meu próprio crescimento.** Estas aprendizagens continuam a marcar o meu modo de viver a vocação e de me relacionar no quotidiano. ■



# Testemunhos

## Irmãos de S. João de Deus da Missão em **Timor-Leste**



**Ir. José Manuel  
Leonardo, sac.**

*De Timor, trouxe uma nova maneira de ver o mundo. Fiquei muito mais rico por tudo o que aprendi: a língua, a cultura, as tradições, a simplicidade. Trouxe também a certeza de que devo estar sempre pronto a calçar os sapatos do outro e ir ao encontro daqueles que mais precisam sem medo de me sujar.*

*Levo a certeza de que o bem, bem feito, permanece para sempre e de que só faz sentido viver quando nos damos, de verdade, aos outros.*

*E trouxe-me o sorriso das crianças e saber que se pode ser feliz com tão pouco e amar tanto. É uma lição que levo para a vida e que também me transforma por dentro.*



**Ir. Adão Soares**

*Ouvir as preocupações de alguém, oferecer um sorriso ou segurar a mão de um doente são gestos universais, são sinais de compaixão em qualquer país.*

*Nas Filipinas, encontrei um forte sentido de apoio comunitário, relações de confiança e um cuidado que procura ser integral, com atenção ao corpo, à vida espiritual e à dignidade da pessoa. Ensinou-me a ser mais flexível, a respeitar tradições, a celebrar o que é local e a deixar-me transformar pelos outros. Percebi que a Hospitalidade não é só receber, mas também aprender a dar tempo, escuta, presença e cuidado verdadeiro.*



**Ir. Vitorino Campos**

*Apesar das diferenças culturais que encontrei no Funchal, sinto que o que mais nos une como Irmãos de S. João de Deus é a partilha do carisma e da missão: servir os mais necessitados com amor, cuidado e dedicação.*

*A interculturalidade ensinou-me a respeitar e valorizar diferentes culturas, a ouvir sem julgar e a conviver com novas ideias e hábitos sem perder a minha identidade.*

*Tornou-me mais flexível, mais tolerante e mais aberto e aprendi que a Hospitalidade não se limita a receber alguém: envolve escutar, apoiar, estar disponível e ajudar cada pessoa a sentir-se integrada, valorizada e parte da mesma família e da mesma missão.*

# Aquisição de livro setecentista sobre a *Vida de São João de Deus*

Artigo: João Castela Oliveira | Museu S. João de Deus

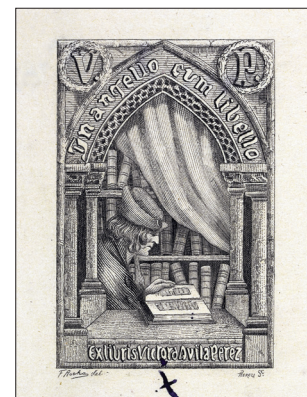
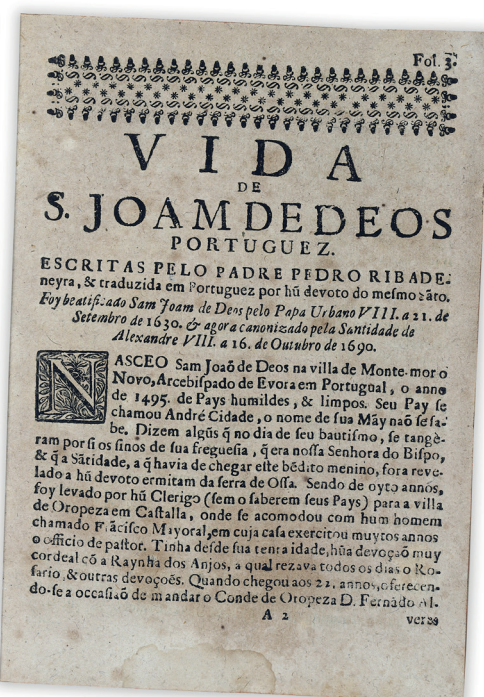
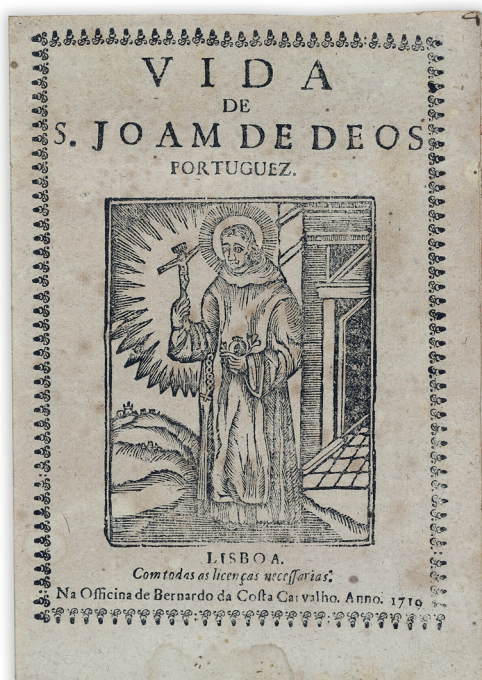
Museu S. João de Deus adquiriu recentemente um exemplar importante para a história da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus, contribuindo desta forma para o enriquecimento da coleção de livros impressos/manuscritos reservados do Centro de Documentação do Museu, que já conta com 305 exemplares, datados entre 1588 e 1982. Trata-se de uma obra hagiográfica que tem como título “Vida de S. Joam de Deos Portuguez”. Foi escrita pelo Pe. Pedro Ribadeneyra, “traduzida em portuguez por hu devoto do mesmo santo” e impressa em Lisboa na “Officina de Bernardo da Costa Carvalho”, no ano de 1719.

Este livro não tem a capa original, tendo sido reencadernado posteriormente, em data desconhecida, por um dos seus proprietários, que poderá ser Víctor Marat d’Ávila Pérez (1881-1968), industrial e bibliófilo, possuidor de uma das mais importantes bibliotecas particulares portuguesas do séc. XX, que foi inteiramente leiloadada em 1939. Esta capa posterior tem uma data errada de 1710, pois o livro foi impresso em 1719 e contém uma marca de posse do primeiro quartel do séc. XX, nomeadamente um ex-líbris na contra-

guarda, com o número de estante e a prateleira, incluindo as inscrições “VP/in angello cum libello/Exlibris VictordAvila Perez”, cuja referência indica claramente a sua antiga proveniência, nomeadamente a coleção antiga da biblioteca de Víctor Marat d’Ávila Pérez.

O miolo do livro encontra-se bem conservado, com algumas ilustrações e uma xilogravura devocional no frontispício, impressa em tinta preta sobre papel, com a imagem de São João de Deus, tendo na sua mão direita uma cruz e na sua mão esquerda uma romã. Esta imagem tem uma composição devocional de matriz barroca, executada segundo os cânones da gravura em madeira, técnica ainda utilizada na produção editorial portuguesa do séc. XVIII.

O fundo da composição é preenchido por elementos arquitetónicos esquemáticos – possivelmente aludindo a um hospital ou convento da Ordem Hospitaleira – e por uma paisagem de colinas estilizadas, que conferem profundidade à cena, nunca deixando de realçar a figura central de São João de Deus. A moldura da imagem é composta por uma cercadura ornamental de padrão vegetalista repetitivo, tendo esta uma função decorativa e também delimitadora. ■





# Ir. Rafael João Martins

## 1901-1968



Nasceu a 20.07.1901, na freguesia de Vale das Éguas, concelho do Sabugal e distrito da Guarda. Entrou para o Postulantado no dia 14.04.1925 e iniciou o Noviciado a 07.09.1925, no tempo do Ir. Faustino Calvo como Superior Provincial, tendo recebido o nome de Ir. Rafael, pois o seu nome de batismo era Manuel João. Fez a Profissão Simples a 08.09.1926 na Casa de Saúde do Telhal e a Profissão Solene no dia 08.09.1929 na Casa de Saúde S. Rafael, em Angra do Heroísmo.

O Ir. Rafael ficou órfão de pai muito novo, destacando-se desde tenra idade no serviço religioso da Sé Catedral da Guarda como sacristão. Com o intuito de entrar para a Ordem Hospitaleira, deslocou-se até ao Telhal, onde se encontrou com o Ir. Cassiano Maria Natal que o tentou levar para Ciempozuelos, em Espanha, mas ficou retido na fronteira e teve de regressar à Guarda. Não desistiu e, passado algum tempo, acabou por retornar ao Telhal como aspirante, em 1925.

No ano de 1927, partiu para a Casa de Saúde S. Rafael, tendo sido um dos fundadores da Casa. Aí desenvolveu várias atividades, evidenciando-se não apenas no trabalho com os doentes, mas também nas tarefas de encarregado da cozinha e despensa. Percorreu o arquipélago dos Açores como esmoleiro, passando pelas Ilhas Terceira, Graciosa,

S. Jorge e Faial, muitas vezes na companhia do Ir. António Gameiro Alexandre.

Em 1935, regressou ao Telhal e, nesse mesmo ano, no dia 30 de julho, foi destacado para a Casa de Saúde S. João de Deus, em Barcelos, onde voltou a desempenhar as tarefas de chefe da despensa, entre outras funções.

No dia 06.02.1940, foi transferido para o Telhal, saindo para a Casa de Saúde S. Rafael, no dia 25.04.1942. Entrou para a Comunidade da Casa de Saúde S. Miguel, em Ponta Delgada, a 06.03.1944, desempenhando as tarefas de enfermeiro assistente. No dia 20.05.1948, partiu para o Telhal, sendo transferido para Barcelos, no dia 19.05.1951, onde permaneceu até ao dia 25.10.1954, data em que foi colocado no Hospital Infantil de S. João de Deus, em Montemor-o-Novo. A 21.12.1956 regressou definitivamente ao Telhal para integrar a Comunidade de Irmãos.

De acordo com o Pe. João Gameiro, o Ir. Rafael era incedível com os doentes, cumprindo sempre os deveres de um bom hospitaleiro, merecendo a estima dos doentes e a confiança dos médicos.

Faleceu no dia 14.11.1963 com 62 anos de idade e 37 anos de Profissão Religiosa. ■





Foto: Sandra Silva | Fundação S. João de Deus

## A Interculturalidade no ADN da Fundação S. João de Deus

Artigo: Sandra Silva | Fundação S. João de Deus

**N**um mundo cada vez mais interligado, a saúde e o apoio social já não se podem dissociar da identidade cultural. A Fundação S. João de Deus (FSJD) está a transformar o conceito de Hospitalidade, construindo pontes entre o envelhecimento ativo, a saúde mental comunitária e a cooperação internacional, onde a única fronteira que permanece é a da dignidade humana. Atualmente, a prestação de cuidados de saúde e o apoio social exigem mais do que competência técnica: exigem literacia cultural. Na FSJD, o cuidar é vivenciado como um ato de Hospitalidade, um valor que, por definição, pressupõe a abertura ao "outro", independentemente da sua origem, crença, idade ou percurso de vida. Ao cruzarmos a saúde mental com o envelhecimento ativo e a longevidade, com-

preendemos que a multiculturalidade (a coexistência de diferentes culturas) e a interculturalidade (o diálogo ativo entre elas) são os alicerces de um cuidado digno, humanizado e, acima de tudo, inclusivo.

### O Envelhecimento como Património: O Programa Somos Por Si

O envelhecimento não é um processo uniforme: é moldado pelas vivências culturais de cada indivíduo. Com o aumento do índice de envelhecimento em Portugal, a solidão indesejada tornou-se um dos maiores desafios à saúde pública e à dignidade humana. Na FSJD, o combate ao isolamento social das pessoas mais velhas é feito através do reconhecimento da sua identidade e história. O programa **Somos**

**Por Si** personifica esta visão, ao promover o envelhecimento ativo e a longevidade através de visitas e atividades socioculturais.

Os resultados de 2025 espelham a vitalidade desta missão: através da realização de **127 eventos socioculturais**, a Fundação conseguiu impactar cerca de **300 pessoas mais velhas**, devolvendo-lhes o sentido de pertença e de comunidade. Quando visitamos um museu, um monumento ou participamos num evento comunitário, não estamos apenas a preencher a agenda; estamos a validar a existência da pessoa mais velha numa narrativa comum. **A interculturalidade manifesta-se na partilha de memórias e na quebra de barreiras geracionais, onde o saber dos mais antigos dialoga com o dinamismo do presente, garantido que o envelhecimento seja uma fase de descoberta, integração e celebração da vida.**

### Saúde Mental e Literacia Comunitária: O Projeto Mind UP

A saúde mental continua a ser uma das áreas onde os filtros culturais são mais densos. O estigma, as barreiras linguísticas e as diferentes formas de interpretar o sofrimento psíquico podem afastar as pessoas do apoio que necessitam. É aqui que o projeto **Mind UP** marca a diferença.

Ao oferecer apoio psicológico com valores solidários à comunidade e formações gratuitas de curta duração, a FSJD atua como um facilitador de bem-estar, adaptando a prática clínica às especificidades de cada contexto para remover as barreiras de acesso ao cuidado. O Mind UP não impõe uma visão clínica rígida, traduzindo conceitos de bem-estar para uma linguagem acessível e próxima das realidades locais. A eficácia desta abordagem traduziu-se, em 2025, em números que demonstram a confiança da comunidade: foram realizadas **619 consultas de psicologia** e **12 ações de sensibilização**, elevando a literacia em saúde mental em contextos multiculturais.

### Solidariedade Além-Mar: As "Bolsas do Bem" (BEM)

A missão da FSJD não se esgota nas fronteiras geográficas de Portugal. A interculturalidade atinge a sua expressão máxima no programa **BEM – Bolsas de Estudo de Mérito**, em Timor-Leste e Moçambique. Esta iniciativa estabelece uma ponte de Hospitalidade entre Portugal e países com contex-



tos distintos, unidos pela língua e pelo desejo de progresso. Nestas geografias, o desafio é combater as barreiras no acesso ao ensino, respeitando as tradições locais. A FSJD reconhece que a educação é a ferramenta primordial para a quebra do ciclo de pobreza. O impacto em 2025 refletiu este compromisso: foram atribuídas 54 bolsas, garantindo que jovens possam concluir a sua formação académica. Este esforço contou com o apoio de **48 padrinhos e madrinhas do BEM**. No programa BEM, os recursos transformam-se em laços de proximidade. **Ao permitirmos que o saber floresça na "ecologia social" de cada povo, praticamos a Hospitalidade na sua forma mais autêntica: um suporte educativo que honra o futuro e eleva a dignidade humana.**

### Conclusão: Uma Missão de Encontros

A verdadeira Hospitalidade na saúde mental e no envelhecimento acontece quando o técnico, o voluntário e o cuidador conseguem ver para além do diagnóstico ou da idade, encontrando a pessoa na sua plenitude cultural. Seja através da dinamização do **Somos Por Si**, da proximidade clínica do **Mind UP** ou da solidariedade do **BEM**, a Fundação S. João de Deus reafirma-se como um referencial de interculturalidade. Em 2026, **cuidar continua a ser a arte de criar espaços onde todas as pessoas se sintam em casa**. Porque na Casa de S. João de Deus, a única fronteira que existe é a da dignidade humana – e essa, como sabemos, é infinita. ■

# Uma conversa sobre **Interculturalidade** entre Luís Daniel Fernandes e Dorianes Gon

**Luís Daniel:** **Gostava de começar por lhe pedir para nos contar a sua história e como chegou ao ISJD-Barcelos.**

**Dorianes:** Estava a acontecer uma crise económica muito difícil na Venezuela e tive de procurar melhores condições de vida. Saí sozinha, deixando os meus filhos e o meu marido na Venezuela, e fui para o Chile. Estive lá cerca de um ano a cuidar de uma pessoa com Esclerose Lateral Amiotrófica, mas não consegui regularizar a minha situação e cheguei a uma altura em que já não podia continuar. O meu pai era português, da Madeira, e tinha emigrado para a Venezuela quando era jovem. Por isso, eu tinha documentação portuguesa e decidi vir para Portugal.

**Cheguei sem conhecer ninguém e com muito pouco dinheiro.** Conheci pessoas que me falaram de Barcelos. **Eu não fazia ideia de onde ficava Barcelos, mas encontrei pessoas que me acolheram com enorme carinho, sem me conhecerem, e isso é algo que nunca esquecerei.** Quando comecei à procura de trabalho, cheguei a este Centro e foi aqui que preenchi a primeira e única ficha de candidatura. Assim que fui chamada para entrevista, senti logo acolhimento, tranquilidade e paz. Comecei na área da limpeza e hoje sou auxiliar de atividades ocupacionais.

Agora, o meu marido e os meus filhos também vieram para Portugal e estamos a construir aqui uma nova história.

**O que significa, para si, acolher verdadeiramente alguém que vem de outro país, com outra cultura?**

**Luís Daniel:** Significa fazer com que a pessoa se sinta respeitada, integrada, acolhida e em casa. O que a Dorianes descreve é, precisamente, aquilo que queremos que as pessoas sintam quando chegam. A sua história diz muito sobre a identidade da instituição e sobre o enraizamento que ela tem na comunidade. **Mostra que a interculturalidade não é só uma questão de nacionalidade, é também uma forma de olhar o outro e de o reconhecer na sua dignidade.**

E, quando alguém nos diz que aqui encontrou casa, isso significa que estamos a cumprir a nossa missão.

**Quais os seus maiores receios quando chegou e o que encontrou aqui que a ajudou a sentir-se segura?**

**Dorianes:** Vinha com muito medo. Quando uma pessoa sai do seu país, procura encontrar esperança, dignidade e uma vida em que possa continuar, mas nunca sabe o que vai encontrar. **Aqui comecei a sentir que podia respirar, que podia caminhar e continuar.** Quando cheguei, não falava português e muitas pessoas fizeram um esforço muito grande para me compreender. Tentavam falar algumas palavras em espanhol, mas sempre com boa disposição, nunca senti impaciência nem frieza.

**Isso ajudou-me muito porque eu não estava só a aprender a língua, estava também a aprender a trabalhar, a perceber esta Casa e esta missão.** Nunca tinha trabalhado com pessoas com doença mental, por isso foi um mundo novo para mim e o lugar certo para começar uma nova história.

**Como vê esta capacidade da instituição para integrar pessoas com percursos tão diferentes?**

**Luís Daniel:** Vejo-a como essencial. A Dorianes vinha de uma área completamente diferente, ligada ao Direito e à função pública, num contexto que nada tinha a ver com saúde. Começou como auxiliar de serviços gerais e, como acontece com outros colaboradores, a instituição foi-lhe dando oportunidades de crescimento. À medida que reorganizamos os serviços e identificamos novas necessidades, também procuramos perceber quem quer evoluir e quem quer assumir outros desafios.

**E isso, para mim, é muito importante: uma instituição que**



**Luís Daniel Fernandes**  
Diretor  
ISJD-Barcelos  
e Areias de Vilar

# zalez

**dá oportunidades e transmite verdadeiro acolhimento.** Independentemente da nacionalidade, da identidade cultural ou religiosa, todos têm exatamente o mesmo valor.

**O que é que mudou em si desde que começou a trabalhar conosco?**

**Dorienes:** Mudou muita coisa. Eu cheguei com um sentimento de angústia, de sobrevivência. E aqui encontrei uma comunidade. Percebi que a vida não é só trabalhar, ganhar dinheiro ou comprar coisas. O mais importante que encontrei aqui foram as pessoas. Pessoas que também precisam de companhia, de empatia, de atenção.

**Isso mudou a minha forma de olhar para o outro e também a forma de olhar para mim. Nunca tinha vivido uma experiência assim. E aprendi também outra coisa muito importante: a tirar etiquetas. Tal como eu podia sentir a etiqueta de “estrangeira”, percebi que também existe a etiqueta de “doente” nas pessoas. Aqui aprendi a ver primeiro a pessoa. E, na sua opinião, o que é que esta multiculturalidade traz à instituição?**

**Luís Daniel:** Traz riqueza, mas também desafios. O primeiro é, naturalmente, a língua. **Mas trouxe também o desafio de perceber melhor como é que as pessoas se sentem, como vivem, como se relacionam, como se adaptam.** Ao mesmo tempo, esta diversidade enriquece muito a cultura organizacional. Promovemos a partilha da culinária, dos costumes e das tradições e essa riqueza faz muito bem ao Centro. Temos colaboradores de vários países, sobretudo da América Latina, que têm uma energia muito própria, uma alegria, espontaneidade e até uma empatia muito naturais. E isso nota-se nas atividades e até no clima da instituição.

**Sente esta diversidade na relação com os utentes?**

**Dorienes:** Sim, sente-se muito. A integração das coisas boas de cada um dá frutos muito bonitos e temos uma relação muito próxima com os utentes. Estamos sempre a aprender uns com os outros e também noto que esta integração passa para a comunidade. Na rua, no supermercado, as pessoas perguntam por nós, perguntam pelo meu

filho, perguntam como está a Venezuela. Isso mostra que estamos todos envolvidos neste espírito de verdadeiro acolhimento.

**O que é, para si, uma instituição de saúde verdadeiramente intercultural?**

**Luís Daniel:** É uma instituição que vive a diferença como parte natural da sua missão e eu digo com convicção que o Instituto S. João de Deus tem essa matriz identitária. **Esta cultura de Hospitalidade, de acolher o outro, independentemente da sua forma de ser, de estar, de falar ou de viver, faz parte da nossa identidade.** Vivemos a diferença como semelhança.

É isso que torna uma instituição verdadeiramente intercultural: não olhar para a diversidade como problema, mas como riqueza e como expressão concreta da dignidade humana.

**E que conselho daria a alguém que, vindo de outro país, começa agora a trabalhar num Centro como o nosso?**

**Dorienes:** Diria que o mais importante é sentir que pode cuidar do outro, que o resto se aprende com o tempo. Foi isso que aprendi e é isso que tento transmitir a quem chega. Não se trata apenas de ensinar tarefas, trata-se de passar um estado de espírito. **Trabalhar aqui pede tranquilidade, paciência, empatia e amor aos outros.**

**Dorienes Gonzalez**  
Auxiliar de Atividades  
Ocupacionais,  
ISJD-Barcelos





# DiversITY: *acesso, inclusão e cuidado*

Artigo: Marisa Oliveira

Num sistema de saúde que se quer verdadeiramente acessível, não basta garantir resposta clínica. **É preciso assegurar também compreensão, confiança e proximidade.** É precisamente neste ponto que o projeto DiversITY, da Fundação Aga Khan, se afirma como um exemplo claro de inovação com impacto: ao demonstrar que o acesso aos cuidados de saúde depende igualmente da forma como comunicamos e da maneira como essa informação é recebida, compreendida e integrada.

A iniciativa surge na continuidade de um trabalho anterior, desenvolvido entre 2020 e 2023, que permitiu criar recursos culturalmente adaptados para comunidades migrantes, sobretudo do Sudeste Asiático. **Dessa experiência, resultaram 18 brochuras e 56 vídeos em cinco línguas – bengali, hindi, inglês, mandarim, árabe e nepali.** O projeto, apoiado pela DGS, aprofunda esse caminho com um duplo objetivo: melhorar as condições de acesso da população migrante aos cuidados de saúde e reforçar as competências interculturais dos profissionais de saúde. Ana Pessoa, coordenadora do projeto, explica que a equipa acredita que “ao disponibilizar informação acessível e em diversas línguas, conseguimos melhorar as condições de acesso dos utentes”.

## Informação culturalmente ajustada

Mais do que dar continuidade a uma experiência anterior, o DiversITY aprofunda uma questão essencial: não há acesso pleno aos cuidados de saúde quando a informação não chega de forma clara, fiável e culturalmente ajustada. Ana Pessoa sublinha-o com clareza, mostrando como esta ideia, aparentemente simples, tem um alcance profundo. **Porque, quando a informação falha, falha também a adesão terapêutica, a prevenção, a navegação no sistema e, muitas vezes, a própria confiança.**

O alcance do projeto revela-se, desde logo, na forma como olha para a interculturalidade. O DiversITY não parte da ideia de que a adaptação cabe apenas a quem chega. Pelo contrário, reconhece que os serviços, os profissionais e o próprio SNS também precisam de ferramentas para cuidar melhor em contextos culturalmente diversos. A barreira linguística é apenas uma parte do desafio.

**Os hábitos, as referências, as crenças, as práticas alimentares e as diferentes formas de viver a doença, o corpo e o cuidado são elementos centrais.** Torna-se, por isso, imprescindível reconhecer que a diversidade exige transformação dos dois lados da relação de cuidado. Esta perspeti-

va é particularmente relevante porque desloca a discussão da lógica da adaptação individual para uma responsabilidade mais ampla, coletiva e sistémica.

### Para lá da tradução

O projeto centra-se na produção de guias breves de alimentação saudável, orientados para áreas particularmente sensíveis, como a gravidez, os primeiros três anos de vida, a diabetes, a hipertensão e a obesidade. A escolha não é aleatória. A alimentação é um dos espaços mais evidentes onde cultura e saúde se cruzam. Comer não é apenas nutrir: é também pertencer, recordar, celebrar e cuidar. Por isso, uma orientação alimentar pode estar cientificamente correta e, ainda assim, falhar por completo se ignorar ingredientes, práticas culinárias, hábitos familiares ou referências culturais. A interculturalidade ultrapassa, assim, as questões linguísticas e exige que “haja esta adaptação cultural”.

**A equipa do projeto não se limita a traduzir conteúdos: procura adaptá-los de forma rigorosa e culturalmente significativa. Esse trabalho assenta numa metodologia robusta, que combina diagnóstico, formação, co-design e monitorização.** O DiversITY é desenvolvido em articulação com a ULS de São José e a ULS do Litoral Alentejano, envolvendo várias unidades de saúde e diversas comunidades. A pluralidade linguística do projeto não é apenas operacional: é uma forma de reconhecer a diversidade real das pessoas que procuram cuidados e de lhes dizer que também pertencem ao espaço da saúde.

O trabalho é desenvolvido em cinco línguas oficiais, mantendo o inglês como língua de entendimento e garantindo também recursos em português. A opção é significativa: ao responder a necessidades específicas, o projeto não fragmenta o cuidado; pelo contrário, alarga-o, tornando-o mais inclusivo e mais útil para todos.

### Um projeto de mediação

Talvez por isso o DiversITY seja, antes de mais, um projeto de mediação. Mediação entre sistema e utente. Entre conhecimento técnico e vida concreta. Entre ciência e cultura. Entre instituições e comunidades. Esse trabalho faz-se não apenas



Ana Pessoa, coordenadora do DiversITY & Health, Fundação Aga Khan

com materiais, mas também com diagnóstico, formação e participação direta das próprias comunidades. O projeto começa com questionários e levantamento de necessidades junto de profissionais e populações migrantes, procurando identificar não apenas os desafios, mas também as oportunidades que emergem do contacto intercultural.

**Um dos aspetos diferenciadores do DiversITY é precisamente a forma como recusa falar sobre as comunidades sem as comunidades.** A equipa de “Groundstigators”, descrita por Ana Pessoa como um grupo de “investigadoras de terreno”, integra pessoas com percursos diversos e ligação direta às comunidades envolvidas. O valor desta equipa não está apenas na proximidade linguística, mas sobretudo no conhecimento vivido que transporta práticas, crenças, códigos culturais, sensibilidades e formas de relação. Trata-se de uma equipa composta por pessoas que trazem “um conhecimento muito valioso e real, porque fazem parte da comunidade”. Num tempo em que tantos projetos falham por excesso de distância entre quem desenha e quem vive os problemas, esta opção metodológica é, em si mesma, um gesto de inovação.

**Do lado dos profissionais de saúde, o projeto aposta no reforço de competências interculturais através de formação organizada em torno de temas como diversidade e pluralismo, competências interculturais e comunicação inclusiva, explorando o conceito de inteligência cultural.**

A proposta é particularmente interessante porque não reduz a interculturalidade a uma questão de sensibilidade genérica; trata-a como uma competência que pode ser trabalhada, aprofundada e integrada na prática clínica. E isso é tanto mais importante quanto a diversidade não é uma exceção no sistema de saúde contemporâneo: é uma condição cada vez mais presente.

### Quando a comunicação falha

Mas o que verdadeiramente mostra a necessidade de projetos como este são os exemplos concretos. Ana Pessoa partilha um episódio marcante: em alguns contextos, “não tinha sido explicado como é que se fazia o uso de um supositório” e havia “crianças a tomar o supositório via oral”. Este episódio mostra, de forma particularmente clara, que a falha de comunicação em saúde não é abstrata e que a literacia em saúde não é um detalhe periférico. Tem consequências reais, por vezes graves. E mostra também que o problema não é a suposta falta de interesse das pessoas, mas sim a ausência de informação compreensível, contextualizada e validada.

Daí a importância que Ana Pessoa atribui a formas de comunicação mais claras e culturalmente adaptadas. Defende o uso de *plain language* e de estratégias de confirmação da compreensão. A sua perspetiva é simples e exigente ao mesmo tempo: **informar não basta; é preciso garantir que a informação foi realmente entendida**. Esta preocupação liga-se a uma visão mais ampla da própria relação de cuidado, em que a escuta ocupa um lugar central. Quando lhe é perguntado que tipo de escuta é necessária para um cuidado inclusivo, responde: “muito humana”.

Nessa resposta cabe quase toda a filosofia do projeto. **Porque a interculturalidade, neste contexto, não é uma teoria abstrata: é uma prática de atenção**. A isso somam-se outros gestos aparentemente pequenos, mas fundamentais, como o sorriso, a atenção, a capacidade de perceber o outro até nas microexpressões e a disposição para dialogar. **Tudo isto compõe uma ética do cuidado que não substitui a técnica, mas a humaniza**. E é precisamente nessa intersecção entre rigor e humanida-

de que o DiversITY parece encontrar a sua força.

Existe ainda um impacto menos mensurável, mas não menos importante: o impacto simbólico. Ver a sua língua representada, encontrar materiais pensados para o seu contexto, reconhecer que o sistema fez um esforço para comunicar consigo – tudo isso contribui para gerar um sentimento de pertença. E a pertença, em saúde, também encurta distâncias. **Quando uma pessoa sente que existe preocupação, reconhecimento e respeito, a relação muda**. E essa mudança pode ser decisiva na proximidade e na relação com o sistema.

### Inovar com humanidade

O DiversITY mostra, assim, que a inovação em saúde nem sempre passa pelo recurso a novas tecnologias, equipamentos ou dispositivos. Às vezes, começa por tentar responder a uma pergunta mais simples: **como fazer com que o cuidado seja realmente compreendido por quem dele precisa?** A resposta que este projeto propõe é clara: com conhecimento, adaptação, proximidade e participação. Não para simplificar a saúde, mas para a tornar mais justa e mais democrática. Num contexto social marcado por fluxos migratórios crescentes, este projeto lembra-nos que **a interculturalidade em saúde é uma questão central de equidade, qualidade dos cuidados e dignidade humana**. “O objetivo é continuar a apostar em recursos em determinadas línguas, porque há comunidades que podem não ficar tão informadas e porque a intenção destes materiais é melhorar esse acesso à informação”, explica a coordenadora do projeto. A inovação, aqui, não está apenas na criação de novos materiais. Está na capacidade de repensar o próprio ponto de encontro entre o SNS e uma sociedade plural.

O DiversITY surge, assim, como um exemplo particularmente feliz de inovação com impacto: **uma inovação que não separa técnica e humanidade e um impacto que não se mede apenas em resultados, mas também na capacidade de tornar o sistema mais acolhedor, mais inteligível e mais digno para todos**. Porque, no fim, cuidar também é isto: saber chegar ao outro de forma que o outro se possa reconhecer no cuidado. ■



# O Encontro de Culturas

## O contributo do voluntariado em saúde

**Eugénio Fonseca**

Presidente da Confederação Portuguesa do Voluntariado

**N**ão somos geograficamente um país grande, mas é grande a nossa diversidade cultural. A que é trazida por outros povos que demandam o nosso país, como imigrantes ou refugiados, na busca de melhores condições de vida ou para fugirem da guerra e de outros conflitos políticos. Também não se pode esquecer a nossa própria diversidade cultural, muito rica de tradições e de usos seculares. **Todavia, as riquezas culturais ficam, muitas vezes, obscurecidas por questões de integração laboral e social dos imigrantes e de uma significativa iliteracia básica, funcional e digital para alguns deles, bem como para os nossos concidadãos mais vulneráveis económica e socialmente.** Por isso, há que investir no conhecimento dessas culturas para que se vençam os medos do diferente e preconceitos infundados relativos ao estrangeiro, bem como no combate às desigualdades de todos os que sofram vulnerabilidades impeditivas do acesso às oportunidades que proporcionem uma vida mais digna. São vários os fatores cruciais para se alcançar estes desideratos. Um deles é o acesso a medidas promotoras e reparadoras no acesso à Saúde.

Que papel podem desempenhar as pessoas que doam o seu tempo em favor do bem comum, para colaborarem na execução dessas medidas? Desde logo, na colaboração em ações que visem estilos de vida saudável. Neste campo, tem uma missão preponderante o voluntariado, promotor da convivência entre os diferentes povos e pessoas de todas as idades, através da realização de atividades educativas, culturais, desportivas e de lazer. Por outro lado, a promoção de iniciativas que visem o maior conhecimento de fatores de risco para doenças crónicas ou fatais é muito necessária. A começar pela sensibilização dos próprios voluntários e pelo convite a entidades com competências para abordar estas matérias junto de quem delas mais precisar.

O acompanhamento de pessoas mais isoladas na ajuda ao acesso aos cuidados de saúde é outra área a ser mais intensificada. As diferentes e criativas ações que surgiram no tempo da COVID 19 são uma referência. Há pessoas mais isoladas por problemas de mobilidade que têm muita dificuldade em conseguir transporte para consultas ou para levantar medicamentos. Facilitar a resposta a estas necessidades poderia ser um setor da atividade de instituições de voluntários, ou que os integram, encontrando formas criativas de dar a conhecer este tipo de colaboração sanitária. Bem sabemos a importância que têm os cuidados primários de saúde e, dentro deles, a medicina familiar. **É já uma realidade, em muitos hospitais, a existência de voluntariado no apoio a doentes e suas famílias.** O mesmo não acontece nos centros de saúde. Muito se teria a ganhar numa maior relação entre os profissionais destes cuidados e as famílias que procuram os seus serviços. O voluntariado organizado nestes centros, de acordo com o contexto territorial de cada um, seria uma forma de mediação eficaz.

Como referi, é já significativo o voluntariado nos hospitais e nas casas de saúde com felizes ações de acolhimento, de apoio complementar às tarefas de auxiliares de ação médica, fundamentalmente aos que têm menor retaguarda familiar. Nenhuma administração deveria ter o direito de recusar esta doação do tempo, desde que assegurada a formação necessária, bem como a existência de um/a gestor/a do voluntariado.

**Há alguns peritos em psicologia que defendem a importância da prática desta forma de cidadania para a saúde integral de quem a assume, chegando mesmo a afirmarem que a mesma acrescenta mais anos à vida. E eu sei que sempre mais felizes. ■**

# Quando a Hospitalidade se torna refúgio

Por: Liwia Gliścińska

Em fevereiro de 2022, logo após a invasão russa da Ucrânia, os Irmãos da Província Polaca da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus estabeleceram uma colaboração direta com os Irmãos de Drohobych. A realidade foi marcada, desde o início, por uma enorme instabilidade e tensão. Muitas pessoas chegaram ao oeste da Ucrânia e a outros países europeus depois de terem fugido abruptamente, sem preparação, sem tempo e, muitas vezes, sem qualquer possibilidade de escolha.

Perante este cenário, tornou-se urgente apoiar os milhares de ucranianos deslocados, sobretudo em Drohobych, onde os Irmãos asseguram um centro de apoio social que rapidamente se transformou num verdadeiro núcleo logístico ao serviço destas pessoas deslocadas e em situação de vulnerabilidade. Todo este trabalho só foi possível graças a uma articulação estreita com as Igrejas locais, outras congregações religiosas e o extraordinário empenho de voluntários que, desde o primeiro momento, abraçaram esta missão.

## Uma resposta urgente

Em março de 2022, o Superior Geral da Ordem, Jesús Etayo, constituiu a Ukraine Emergency Coordination Team, que continua, até hoje, a coordenar projetos de ajuda promovidos por várias Províncias europeias (França, Espanha, Portugal e Itália) em favor dos refugiados na Polónia e na Ucrânia. Também a Fundação AFMAL, de Roma, teve um papel importante na angariação de fundos, apoiando, entre outros projetos, a construção de uma nova casa em Drohobych.

Grande parte da resposta foi organizada a partir da Polónia, de onde partiu uma parte significativa da ajuda material. No âmbito da angariação de fundos realizada em toda a Ordem para apoiar a Ucrânia, foram recebidos 1.312.100 euros, provenientes de várias Províncias europeias e de Fundações ligadas à Ordem. A Província Polaca organizou



34 transportes de ajuda humanitária, para além dos promovidos por outras entidades.

A nossa resposta estendeu-se também à educação. Em Dolhe, no coração dos Cárpatos ucranianos, foi possível evitar o encerramento de uma escola e de um jardim de infância, onde as crianças puderam continuar a estudar graças às obras realizadas e ao fornecimento de material escolar. Ao mesmo tempo, Irmãos e voluntários participaram, por diversas vezes, em comboios humanitários com destino a Kherson, levando apoio essencial até à linha da frente.

Um dos primeiros desafios foi a barreira linguística e tudo aquilo que, para lá da tradução literal, interfere no encontro com o outro: as nuances da comunicação, a confiança, a forma de acolher. A Ordem procurou ser um lugar de apoio e cuidado, onde cada refugiado se sentisse seguro, respeitado e livre de qualquer julgamento em razão da sua origem ou da sua fé. Surgiram igualmente desafios importantes no campo da saúde, decorrentes de diferentes tradições e enquadramentos normativos. A experiência traumática da guerra gerou, em muitas pessoas, uma desconfiança natural em relação às instituições, pelo que se tornou essencial construir relações assentes na empatia, na escuta e na confiança. Neste contexto, a língua ucraniana tornou-se um ele-



mento inseparável da comunicação nas nossas instituições.

### Acolher com Hospitalidade

O respeito pela identidade cultural e espiritual de cada pessoa foi outra dimensão central. Cada pessoa foi acompanhada de forma singular, com escuta ativa e atenção genuína às suas preferências, tradições e convicções. O cuidado foi pensado de forma personalizada, integrando, sempre que possível, práticas culturais e necessidades religiosas. Procurou-se garantir condições de vida dignas, acolhedoras e seguras, onde pequenos gestos, como o uso do nome próprio e de formas de tratamento respeitosas, ajudaram a construir um ambiente mais humano e próximo. **Acreditamos que é precisamente nestes pequenos gestos que se manifesta a verdadeira Hospitalidade de S. João de Deus.**

Esta abertura ao outro não fragiliza a identidade da Ordem, pelo contrário, enriquece a missão e permite viver o carisma hospitaleiro em verdadeiro espírito de diálogo multicultural.

Os Irmãos de S. João de Deus acolheram, nos seus centros de Cracóvia, Varsóvia, Cieszyn, Wrocław, Łódź e Konary, mais de 200 famílias, na sua maioria mães e filhos. As crianças mereceram uma atenção muito particular: foram organizadas colónias de férias para 48 crianças órfãs e foi acolhido, na Polónia, um grupo vocal e de dança infanto-juvenil de 30 elementos, proveniente de Lutsk.

Paralelamente, foi organizada ajuda para os refugiados da

parte oriental da Ucrânia que optaram por permanecer no seu país. A Ukraine Emergency Coordination Team apoia cerca de 200 pessoas, que recebem diariamente medicamentos e 400 pessoas que recebem alimentos. Em Dolhe, a Ordem apoia 200 refugiados, entre os quais 80 crianças órfãs ou separadas dos pais em consequência da guerra. Foi ainda adquirido o equipamento necessário para a construção de uma casa modular em Drohobych, onde serão criados 12 apartamentos destinados a acolher novas pessoas em situação de necessidade.

### Frutos do encontro

Desta experiência, fica uma convicção clara: a diversidade e a multiculturalidade podem gerar frutos de grande riqueza, de partilha de saberes, de experiências e de recursos, de cooperação ao serviço dos doentes, dos mais vulneráveis e dos que sofrem. Numa Europa cada vez mais multicultural, este é um caminho exigente. Exige tempo, enorme paciência, compreensão e também perdão, bem como a capacidade de deixar para trás antigas tensões. É precisamente a esta atitude que, na Ordem, chamamos Hospitalidade. Uma Hospitalidade que não impõe condições, mas que abre o coração. **Acreditamos que os valores da Ordem Hospitaleira – Qualidade, Responsabilidade, Espiritualidade e Respeito –, em conjunto, constroem e definem a Hospitalidade, valor central de São João de Deus.** Apesar dos desafios, vale a pena não desistir de construir relações humanas duradouras e de criar uma sociedade multicultural que respeite as diferenças de cada um. ■



Rita Abecasis, Interna de Medicina Geral e Familiar



Sara Ramos, Enfermeira

# A interculturalidade nos cuidados de saúde

Entrevista: **Marisa Oliveira** Fotografia: **Sara Martins**

No centro de Lisboa, onde as ruas são feitas de encontros, desencontros, pressa, comércio, fé, desenraizamento e recomeço, há uma unidade de saúde onde o cuidado se conjuga em muitas línguas. Na **USF da Baixa**, a **interculturalidade não é exceção, é ponto de partida**. Integrada numa comunidade profundamente diversa, a **unidade não entende a interculturalidade como uma realidade paralela ao cuidado em saúde, mas como uma dimensão constitutiva da própria prática clínica**. Entra pela porta todos os dias, senta-se na sala de espera, atravessa a consulta e obriga a olhar cada pessoa, verdadeiramente, como alguém irrepetível, com a sua história, a sua cultura, a sua vulnerabilidade e a sua forma de viver. **É uma prática diária, exigente e concreta**. Está nas perguntas que se fazem, no tempo que se dá, na forma como se escuta, nas pontes que se criam entre o centro de saúde e a comunidade.

Está, sobretudo, na convicção de que cuidar bem implica conhecer a pessoa para lá do sintoma.

## Acolher para cuidar

Aqui, o cuidado começa antes da terapêutica e prolonga-se para lá da prescrição. Começa na forma como se acolhe, como se escuta, como se pergunta, como se procura compreender o que está por trás de cada sintoma, de cada silêncio ou de cada hesitação. Catarina Soares, coordenadora da unidade, explica-o de forma muito clara: “servimos a comunidade onde estamos inseridos” e, por isso, a equipa sabe que não escolhe a diversidade, é chamada a responder-lhe. O desafio, acrescenta, faz parte da identidade da própria unidade: quem escolhe trabalhar ali sabe que vai encontrar “uma comunidade multicultural” e que isso traz exigências ao nível da comunicação, da literacia em saú-



Paula Pereira, Serviços Administrativos



Catarina Soares, Médica Coordenadora da USF da Baixa

de, da diversidade cultural e religiosa. Ainda assim, insiste, “vemos isso como desafios, não como um problema”. O ponto de partida é outro: “**temos uma missão em comum e a missão é prestar cuidados de forma global e equitativos. Acreditamos que qualquer pessoa que está aqui tem direito a ter cuidados de saúde**”.

Nesta unidade, cuidar não significa aplicar respostas *standard* a problemas semelhantes. Significa perceber que “aquilo que pode ser o mais indicado para o João não tem que ser necessariamente o mais indicado para o José”, porque as circunstâncias familiares, sociais, culturais e até biográficas são diferentes. A coordenadora sublinha-o de forma muito clara: “para isso é preciso inserir o utente numa família, inserir essa família numa comunidade, inseri-lo em crenças religiosas e culturais”. Só depois disso é possível encontrar uma resposta que faça sentido. “Nós servimos aqui quase como que os condutores”, ajudando a pessoa a tomar “uma decisão clínica e cientificamente adequada, mas ajustada à sua realidade concreta”.

Essa missão ganha forma numa comunidade marcada pela pluralidade. A coordenadora sublinha que a unidade acom-

*Aqui, o cuidado  
começa antes  
da terapêutica  
e prolonga-se para  
lá da prescrição*

panha pessoas de 92 nacionalidades e que cerca de 26% dos utentes são estrangeiros, lembrando, contudo, que a multiculturalidade não se esgota aí: também entre os portugueses existem diferenças culturais, sociais e regionais profundas, que exigem a mesma atenção individualizada.

Essa é, talvez, a marca mais distintiva da USF da Baixa: medicina e enfermagem que não se fecham no consultório. A relação clínica começa com o reconhecimento da pessoa como alguém inteiro, situado num contexto, com história, vínculos, hábitos, crenças, obstáculos e recursos

**próprios.** Rita Abecasis, Interna de Medicina Geral e Familiar, explica que ser médico de família, diz, é conhecer mais do que a patologia: “sabemos quem é o marido, a mulher, os filhos, os pais, sabemos provavelmente em que é que trabalha e como é o seu dia a dia”. E, por isso, o cuidado não pode ficar reduzido à queixa clínica. Há perguntas que abrem caminhos inesperados. Uma delas, conta, é esta: “o que é que gosta de fazer? O que é que lhe traz felicidade? Porque, muitas vezes, o caminho para a pessoa ter mais saúde passa mais por aí do que nós podemos pensar inicialmente”. **Nesta perspetiva, a saúde não se reduz a parâmetros biomédicos nem a prescrições.** E acrescenta uma frase que diz muito sobre esta forma de exercer: “nós somos os médicos que vêm as pessoas quando não estão doentes”. É esse acompanhamento continuado que permite perceber mais do que a doença. Permite perceber a vida.

### Uma USF do mundo

Numa unidade que, como Rita Abecasis diz, “**é uma USF em Lisboa, mas é uma USF do mundo**”, essa atenção à vida e às circunstâncias únicas de cada pessoa torna-se ainda mais essencial. Porque nem todos chegam com as mesmas referências, as mesmas expectativas ou a mesma forma de habitar o corpo e a doença. Alguns utentes vêm de

sistemas de saúde centrados na resposta medicamentosa ou na realização de exames, outros vivem a prevenção como algo distante, outros trazem consigo hábitos, tempos religiosos e práticas alimentares que obrigam os profissionais a pensar e agir de outro modo. **Longe de representar um obstáculo, esta realidade é vivida como “um grande privilégio”.** Mas é também um apelo constante a uma prática mais atenta, mais humilde e mais competente.

É aqui que a interculturalidade deixa de ser um slogan e se transforma em gesto clínico. A médica dá um exemplo elucidativo: o Ramadão. Em vez de ignorar o tema ou de o tratar como obstáculo, a equipa estudou, procurou compreender, elaborou materiais de apoio e ajustou práticas. “Fomos estudar sobre isso”. E acrescenta que, quando pergunta a um utente se está a planear fazer o jejum, sente muitas vezes “que existe uma parede que cai”, porque a pessoa percebe que está diante de alguém que não quer impor, mas compreender e ajudar, respeitando as suas escolhas.

**Também Catarina Soares insiste na ideia de segurança e confiança. “Não faria sentido”, afirma, chegar à altura do Ramadão e “não sabermos sequer que ele está a acontecer” e prescrever insulina “como se nada estivesse a acontecer”.** Para a coordenadora, este é um bom exemplo de como a decisão partilhada e o conhecimento do contexto são inseparáveis da qualidade dos cuidados. É preciso que a pessoa se sinta “segura para partilhar” o que está a viver, para que depois se encontrem estratégias realistas. E acrescenta uma reflexão importante: muitas vezes, só se aprende verdadeiramente quando a realidade nos obriga a aprofundar conhecimento. “Estas coisas fazem com que o meu conhecimento do próprio mundo aumente e eu só vejo isso como positivo.”

### Derrubar barreiras para criar proximidade

Na enfermagem, esta capacidade de adaptação ganha expressão própria. Sara Ramos fala num “espírito de abertura, empatia e escuta ativa”, que procura respeitar, ouvir e perceber. Reconhece a existência de barreiras linguísticas, mas recusa fazer delas uma desculpa. O essencial é que a





peessoa sinta que é acolhida e compreendida. “Eles é que são os parceiros principais, eles é que estão no centro e nós podemos ajudar, somos o recurso deles.”

Sara Ramos descreve também aspetos muito concretos deste cuidado intercultural. Na área da saúde materna e obstétrica, explica que algumas mulheres se sentem mais próximas e seguras por poderem ser acompanhadas por uma enfermeira especialista, o que facilita observações, rastreios e seguimento. Fala ainda da necessidade de compreender os papéis de género em determinados contextos, de trabalhar com expressão não verbal, com o sorriso, com o Google Tradutor, com a linha da AIMA e com folhetos do SNS em várias línguas, do urdu ao cantonês, do bengali ao nepalês. Tudo isto não é acessório: é parte da resposta.

### O cuidado desde o primeiro momento

Também no secretariado clínico, onde tantas vezes se decide o tom da relação futura, esta lógica de acolhimento está muito presente. **Paula Pereira fala de “linguagem clara, empatia e disponibilidade” como ferramentas de acolhimento.** Conta que recorrem ao Google Tradutor, a imagens, ao apoio de colegas que falam inglês e até, por vezes, a outros utentes que se disponibilizam para ajudar. O mais importante, diz, é a disponibilidade: “estamos sempre muito disponíveis para ouvir, temos uma escuta ativa e a nossa disponibilidade faz toda a diferença”. É precisamente essa diferença que os testemunhos dos utentes refletem.

Luciole dos Reis, utente brasileira, é acompanhada há mais de 25 anos na unidade e fala da enfermeira Sara com um

afeto quase familiar. “Sinto-me bem acolhida, é tudo de bom, não tenho nem palavras.” Quando fala da diabetes, da disciplina e dos conselhos que recebe, não descreve apenas competência técnica: descreve relação, presença e confiança.

Também Samia Begum, acompanhada agora na sua segunda gravidez, associa o valor da USF da Baixa ao sentimento de segurança encontrado num país novo. Fala do apoio recebido, da rapidez no acesso a exames e da proximidade da equipa. Mas há uma frase sua que ultrapassa o plano do elogio e toca o essencial: “Quando chegamos a outro país e não conhecemos ninguém e encontramos médicos e enfermeiras assim, pode ser crucial para o nosso bem-estar no país.” Resume a sua experiência a algo muito simples, mas decisivo: “Senti-me bem-vinda.” O bem-estar não depende apenas do acesso técnico aos cuidados, depende da forma como alguém é acolhido e acompanhado.

Já Mamadu Diallo e Aissatu Camara destacam o esforço da equipa para comunicar, explicar e adaptar cuidados. “Vir aqui é muito bom porque a enfermeira Sara nos ajuda muito”, dizem. E valorizam particularmente o facto de as marcações terem em conta o tempo do Ramadão. As palavras são breves, mas dizem muito: **ser cuidado também é sentir que a própria vida não precisa de ser suspensa para caber no sistema.** A ajuda não aparece apenas como resposta clínica, mas como presença que acompanha, explica, traduz e sustenta.

### Para lá da medicação, a comunidade

Tudo isto ajuda a perceber que, na USF da Baixa, a interculturalidade não é apenas uma questão de comunicação. É um modelo de cuidado. E esse modelo prolonga-se para lá da consulta através da prescrição social. Catarina Soares explica que este projeto surgiu precisamente da necessidade de responder a vulnerabilidades que não se esgotam na dimensão biomédica: “não só dos migrantes, mas dos idosos, das crianças, das questões sociais que são vividas no centro de Lisboa”. **A lógica é simples e, ao mesmo tempo, transformadora: perceber que há problemas que não**



se resolvem com medicação e que é preciso mobilizar recursos da comunidade. “Se calhar não é preciso medicar aquilo que não é medicável. Como é que nós medicamos um isolamento?”, pergunta. E responde: a prescrição social permite encontrar “soluções que não são medicamentosas” e fazer a ponte com quem, na comunidade, pode ajudar a resolver ou atenuar essas situações.

Rita Abecasis aprofunda esta ideia. Diz que a prescrição social pretende fazer “a ponte entre instituições da comunidade de teor social e a saúde”, encaminhando a pessoa, a partir de uma necessidade identificada em consulta, para serviços ou projetos que existem no território. E dá um exemplo claro: para alguém com depressão ou sofrimento psíquico, pode ser mais decisivo ir a uma caminhada, conhecer outras pessoas, trocar contactos, do que receber de imediato mais medicação. Neste ponto, a assistente social surge como “figura-chave”, aquela que conhece os recursos existentes e faz o *match* entre a necessidade em saúde e a resposta mais adequada.

Catarina Soares reforça esta visão ao explicar que **o trabalho da prescrição social foi tornando a equipa mais sensível para detetar casos em que “muitos dos sintomas físicos” ou “motivos ocultos” da consulta estão ligados ao isolamento e não a um problema físico.** A grande aprendizagem, afirma, é esta: “o utente não é só um indivíduo. É uma pessoa que se relaciona com família, com vizinhos, com amigos, com o senhor da mercearia.” Por isso, “não faz sentido ignorarmos a comunidade quando estamos a tentar ajudar a pessoa”. **A interculturalidade, vista deste**

lugar, é inseparável da individualização dos cuidados.

### A ética do cuidado

No fundo, o que emerge destas entrevistas é uma ética do cuidado: mais centrada na relação e menos na autoridade, mais disponível para compreender e menos preocupada em normalizar, mais enraizada no território e menos encerrada no espaço clínico. Quando Catarina Soares diz que a equipa é muitas vezes definida como “fora da caixa”, não está apenas a falar de criatividade organizacional. **Está a falar da disposição para criar respostas, rever hábitos, estudar o que não conhece, trabalhar em conjunto e aceitar que a complexidade da vida das pessoas pede, muitas vezes, soluções novas.**

Essa complexidade enriquece, mas também exige. Sara Ramos diz que esta experiência a faz sentir-se “preparada para cuidar no mundo”. É preciso estar motivado, saber respeitar e saber também ser respeitado. Paula Pereira confessa que estes anos lhe trouxeram aprendizagens “para o resto da vida”. E Rita Abecasis vai ainda mais longe: acredita que a multiculturalidade a tornou uma melhor médica de família, precisamente porque a obriga a compreender, na prática, “qual é o impacto que uma boa comunicação pode ter em resultados em saúde”.

### A pessoa no centro do cuidado

Talvez seja isso que a USF da Baixa nos ensina quando pensamos a interculturalidade nos cuidados de saúde. Não basta reconhecer que a sociedade mudou. É preciso deixar que essa mudança transforme a nossa forma de cuidar e nos obrigue a escutar melhor. **Ensina-nos a evidência de que não há cuidado integral sem reconhecimento da pessoa inteira.** E isso implica tempo, humildade, curiosidade, flexibilidade, estudo, dedicação e presença. No coração da cidade, esta unidade mostra-nos que a interculturalidade é cada vez mais uma condição da boa prática. **E talvez seja também uma forma muito concreta de Hospitalidade: fazer com que alguém, mesmo longe de casa, se sinta seguro, escutado, reconhecido e verdadeiramente cuidado. ■**



## O espelho da minha alma

"A minha alma pode ser comparada a um espelho partido, onde cada fragmento representa memórias, emoções e experiências da minha vida. Alguns refletem alegria, outros mostram dor e cicatrizes. No entanto, por outro lado, existe também outro espelho. Um espelho que revela a minha verdadeira essência. Esse não mostra apenas as marcas do passado, mas quem eu realmente sou por dentro, a minha força, os meus valores e a minha capacidade de continuar a crescer apesar das minhas imperfeições."

### Artista

Roberto Conceição

### Foto

José Coutinho

### Atelier

Renascer, ISJD-Funchal

## Dia de São João de Deus

A família hospitaleira do Telhal celebrou o dia de São João de Deus, com espírito de comunhão: eucaristia presidida por D. Rui Gouveia e procissão pelas várias unidades. O Cante Alentejano animou o almoço dos colaboradores e à tarde, no bar, a festa continuou com o cântico dos parabéns e os "Mercadores de Histórias" que levaram alegria a todos os presentes.



## Eu.com.Arte



O *Eu.com.Arte* – movimento e sons para o bem-estar é um projeto financiado pelo PAFI da Câmara Municipal de Sintra e decorreu nos últimos sete meses no ISJD-Telhal. O projeto procurou criar um ambiente seguro e inclusivo para os participantes explorarem emoções e ampliarem as suas perceções corporais e relacionais, através da música, dança, teatro e escrita criativa. As sessões foram orientadas por formadores externos e envolveram mais de 130 utentes.

## As novas publicações

Celebramos a publicação de duas obras de autores do Estúdio de Arte: *Flor de Raiz*, de Eduardo Carvalho (prefácio de Vítor Teixeira), um convite sensível à introspeção; e *Va\_leu a Pena*, de Paulo Henrique Guint (prefácio de Carolina Figueiredo), poesia criativa rica em jogos de palavras. Parabéns aos autores e um enorme agradecimento ao Teatro Efémero que patrocinou estas publicações.



## Solenidade de São João de Deus

A Solenidade de São João de Deus reuniu colaboradores, voluntários, parceiros e convidados num dia de fé, partilha e convívio. A eucaristia, presidida pelo Bispo do Funchal, abriu a celebração, seguida de almoço e homenagem a colaboradores com 25 anos de serviço.

Representantes do Governo Regional e o Presidente da Câmara do Funchal marcaram presença, sublinhando a relevância desta missão. Foi um momento que celebrou Hospitalidade, cuidado e impacto social, inspirando todos a continuar a servir com dedicação e coração.



## Dia Mundial do Doente celebrado com fé e compaixão



A 11 de fevereiro, assinalou-se o Dia Mundial do Doente com eucaristia e administração da Santa Unção aos mais fragilizados.

Inspirada na compaixão do Bom Samaritano, a celebração destacou o cuidado e a proximidade aos mais vulneráveis.

## Manhã de alegria no mar



Os utentes viveram um passeio de barco cheio de emoção, gargalhadas e espírito de aventura. A iniciativa contou com a parceria da Fundação S. João de Deus e da Associação Madeira Friends, proporcionando momentos especiais e memórias felizes.

## Ritmo do Carnaval

O Carnaval trouxe música, cor e boa disposição. Utentes, colaboradores e trupes convidadas partilharam momentos de convívio, criatividade e alegria, celebrando juntos esta festa de forma inesquecível.



# Festa de São João de Deus



Celebrámos a efeméride no dia 10 de março, na presença da Sr.ª Secretária Regional da Saúde e Segurança Social, da Sr.ª Presidente da Câmara Municipal de Angra do Heroísmo, de outras entidades e de utentes e colaboradores.

A cerimónia religiosa foi presidida por S. Ex.ª o Vigário Geral da Diocese de Angra do Heroísmo, seguida de um almoço festivo que envolveu cerca de 85 pessoas.

No fundo, celebrámos a esperança: a esperança de que a compaixão continue viva.

Viva nas mãos que cuidam e viva nos corações que não desistem.

Viva em todos aqueles que, discretamente, dia após dia, escolhem estar ao lado de quem mais precisa.

Que o seu exemplo nos ajude a nunca perder esta humanidade essencial.



## Entrega de Viatura Elétrica

Recebemos, após candidatura, uma viatura elétrica de nove lugares, financiada pelo PRR, no âmbito do programa GERMOV nos Açores, que será destinada a reforçar a capacidade de resposta da instituição no acompanhamento e apoio aos seus utentes e na melhoria da sua qualidade de vida.

## Cuidados Paliativos são Dar Vida!

A formação em Cuidados Paliativos envolveu 30 formandos e contou com a presença de quatro colegas formadores de excelência, nos dias 23 e 24 de fevereiro.

Foi uma resposta integrada e humanizadora aos nossos doentes e seus familiares!

Refletiu-se sobre a importância do controlo de sintomas, do trabalho em equipa, da comunicação, da assistência espiritual e religiosa, da identificação precoce do doente paliativo, do apoio à família, do luto e relação de ajuda, da bioética, da tomada de decisão em fim de vida e do testamento vital.

O nosso obrigado a Hugo Lucas, Ana Bernardo, Lídia Rego e Sofia Viegas.

## EU-PROMENS

O Instituto S. João de Deus – Barcelos dinamizou em Lisboa, a implementação da segunda fase do projeto EU-PROMENS Portugal. Este programa internacional de formação multidisciplinar que tem por objetivo a capacitação de profissionais de saúde mental através do desenvolvimento prático de competências, estimulando a colaboração intersectorial e fomentando o *networking*, promovendo assim a partilha de experiências e as boas práticas no âmbito da saúde mental.



## Carnaval na Casa de Saúde!

Com a criatividade das equipas sempre presente, foram vários os temas apresentados: os Ninjas, as Emoções, os Dominós, as Cores da Hospitalidade e várias outras máscaras proporcionaram o convívio e a diversão de todos.

Houve ainda lugar para as máscaras mistério e um concurso de melhor disfarce. São momentos como este que fortalecem a interação e a coesão entre todos.



## Festividades de São João de Deus



O dia iniciou-se com a celebração da eucaristia. Já no início da tarde, os nossos utentes tiveram um momento muito especial de animação proporcionado pelas unidades, com a presença da Banda Plástica de Barcelos, que trouxe música, alegria e boa disposição, tornando-se uma atividade muito animada e valorizada por todos. Da parte da tarde, as comemorações continuaram em conjunto com o ISJD-Areias de Vilar, com a realização de uma procissão e celebração da santa missa, num momento de partilha, fé e união entre todos. As festividades terminaram com um agradável jantar de convívio na Quinta da Pia. Durante o jantar, fomos ainda presenteados com uma representação da vida e obra de São João de Deus, realizada por utentes e colaboradores. Foram também homenageados os colaboradores que celebram 25 anos de dedicação à instituição, bem como os colaboradores recentemente reformados, reconhecendo o seu contributo, empenho e serviço ao longo dos anos.

## ProCuidador 2.0

Enquanto Entidade Coordenadora do Projeto ProCuidador 2.0, em parceria com a Associação Nacional AVC, estamos a dinamizar o Programa de Capacitação de Cuidadores Informais de Pessoas com Demência. Na atual versão do Projeto, somos, também, a entidade responsável pela Capacitação de Cuidadores Informais de Pessoas com problemas de Saúde Mental. Esta nova versão do ProCuidador conta já com 42 cuidadores informais integrados e, é também executada em Barcelos, por outras entidades: a APAC, avAssociação RECOVERY IPSS, o ISJD-Areias de Vilar, a Liga Portuguesa Contra o Cancro e a Santa Casa de Misericórdia de Barcelos.

## Festa em Honra de São João de Deus

De 27 de fevereiro a 7 de março, realizou-se a Novena em Honra de São João de Deus. Foram dias de partilha, espiritualidade e proximidade. No dia 8 de março, a celebração culminou com uma eucaristia festiva, presidida pelo pároco da Fajã de Baixo. A cerimónia contou ainda com a presença do Superior da Comunidade da Casa de Saúde S. Rafael e representante dos Irmãos nesta Casa, de uma representante das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, bem como de representante da Câmara Municipal de Ponta Delgada, várias entidades da nossa freguesia e da Banda Filarmónica dos Remédios da Bretanha, além da comunidade. Após a celebração, seguiu-se o almoço convívio, reunindo todos num momento fraterno que reforçou o espírito hospitaleiro.



## Celebração do Beato Ollalo Valdês



A celebração foi assinalada com a Exposição do Santíssimo Sacramento, um momento vivido com grande emoção entre utentes e colaboradores, num verdadeiro espírito de comunhão, fé e gratidão.

## Carnaval 2026



O mês de fevereiro foi vivido com grande alegria e espírito carnavalesco em todo o nosso Centro. O ponto alto foi o dia 13 de fevereiro, com a realização do Baile de Fantasias, um momento cheio de cor, música, animação e muitos sorrisos. Como manda a tradição, não faltaram as malassadas, que adoçaram ainda mais esta tarde tão especial.

## Cantares às Estrelas



No dia 2 de fevereiro, um grupo de utentes e colaboradores percorreu todo o Centro, entoando cânticos em honra de Nossa Senhora da Estrela. Criou-se um ambiente de oração, esperança e partilha, fomentando um momento de união que envolveu todo o Centro.

## Celebração do Dia São João de Deus



No dia 8 de março decorreram as celebrações em honra do nosso Patrono São João de Deus. As comemorações do padroeiro da cidade foram assinaladas por todo o concelho de Montemor-o-Novo, local do seu nascimento. As celebrações foram iniciadas pelo hastear das bandeiras no ISJD-Montemor-o-Novo, com a presença das entidades oficiais do município, acompanhadas pela Fanfarra dos Bombeiros Voluntários.

Durante a tarde, foi vivenciado um dos momentos altos deste dia feriado, com a procissão solene dinamizada pela Ordem Hospitaleira, em parceria com a paróquia, e restantes autoridades. Esta procissão, conforme tradição, inicia-se na igreja matriz, percorrendo as ruas da cidade até à nossa Igreja, seguindo-se a eucaristia presidida pelo Arcebispo de Évora, D. Francisco Senra Coelho.

No final deste dia especial, a Comunidade de Irmãos e a Direção dinamizaram um jantar de confraternização com a Família Hospitaleira, as entidades municipais e outros parceiros.

## Celebrar 25 anos de compromisso com a Missão de S. João de Deus



Celebrámos os 25 anos de entrega e dedicação da colaboradora: Leontina Costa Lourenço. No dia do nosso fundador, realizámos a atribuição das medalhas e diploma dos 25 anos de compromisso com esta nossa missão inspiradora e que mantém vivo nos dias de hoje o legado de São João de Deus.

## Carnaval



No dia 16 de fevereiro, foi realizado o desfile de Carnaval com muita folia e animação, organizado pela equipa da PSAV. Foi um Carnaval cheio de boa disposição, criatividade e brincadeira, com fatos e máscaras e uma boa adesão de utentes e colaboradores.

## Home 360 – Apresentação aos Parceiros e Entidades

Ao longo do mês de janeiro, a resposta comunitária especializada na área das demências, Home360, foi apresentada publicamente aos parceiros sociais e entidades, nos três municípios que se constituem como investidores sociais deste serviço comunitário gratuito,

nomeadamente nos municípios de Montemor-o-Novo, Arraiolos e Vendas Novas. A receptividade foi muito positiva, o que permitiu garantir a construção de pontes e o envolvimento dos parceiros para identificação, referenciação e encaminhamento de futuros utilizadores do serviço.

## Celebração das Festividades de São João de Deus

As festividades de São João de Deus foram assinaladas com grande alegria, num dia marcado por momentos de cultura, espiritualidade, convívio e reconhecimento. Durante a manhã, foi apresentada a peça “João”, encenada pelo grupo de artes performativas da instituição, que percorre a vida e a obra de São João de Deus através de uma abordagem contemporânea e inspiradora. No início da tarde, teve lugar a inauguração oficial dos Trilhos de São João de Deus, uma iniciativa que conjuga a valorização histórica e cultural da sua figura com a promoção da atividade física e o reforço da ligação entre a instituição e a comunidade. O percurso convida os participantes a conhecerem diferentes episódios marcantes da vida de São João de Deus, através de momentos interpretativos e materiais informativos que proporcionam uma experiência educativa, cultural e participativa. Pelas 17h00, realizou-se a receção aos convidados, seguindo-se a procissão e a celebração da Sagrada Eucaristia, num significativo momento de fé, união e partilha. As festividades terminaram com um jantar convívio onde os presentes puderam assistir



a nova apresentação da peça “João”, num momento particularmente emotivo. Nesta ocasião, foram também homenageados os colaboradores que celebram 25 anos de dedicação à instituição, bem como os recentemente reformados, reconhecendo o seu contributo, empenho e serviço ao longo dos anos.

## Projeto Take a Break promove bem-estar nas equipas

No âmbito do projeto Take a Break, têm sido dinamizadas diversas iniciativas destinadas a promover o bem-estar e a coesão entre colaboradores.

Durante o período de Carnaval, os serviços de Psicologia e Animação promoveram a atividade “Máscara da Auto-Exploração”, uma dinâmica inspirada na Janela de Johari, que convidou colaboradores e voluntários a refletirem sobre diferentes dimensões do “eu”: o que mostramos aos outros, o que os outros percebem sobre nós e os aspetos mais reservados ou ainda por desenvolver. Através da criação simbólica de uma máscara, o exercício estimulou o autoconhecimento, o feedback construtivo e o reforço da empatia entre equipas.

Também nas unidades, o projeto tem proporcionado momentos de pausa e revitalização. Em Areias de Vilar, os colaboradores participaram numa animada aula de FitDance, marcada por música, movimento e boa-disposição, promovendo a atividade física e o espírito de equipa.



Já na Unidade de Saúde da Gelfa, foi realizada uma sessão de relaxamento, onde, através de técnicas simples de respiração e alongamentos suaves, os participantes puderam abrandar o ritmo, aliviar tensões e recuperar energia para o restante dia.

Estas iniciativas reforçam a importância de criar momentos de pausa no quotidiano profissional, valorizando o cuidado com quem cuida e contribuindo para um ambiente de trabalho mais saudável, colaborativo e equilibrado.

## Novena e celebração de São João de Deus reforçam espírito de missão

Nos últimos dias, as unidades do ISJD em Carnaxide e Lisboa viveram uma novena dedicada a São João de Deus, com reflexões e desafios diários inspirados na sua vida e missão. A iniciativa culminou nas celebrações do seu dia, reunindo colaboradores em momentos de oração, partilha e convívio fraterno. Em Carnaxide, a missa foi presidida pelo Padre Rosário e, em Lisboa, pelo Padre Álvaro, da paróquia de São Tomás de Aquino. As celebrações foram também ocasião para reconhecer o compromisso dos colaboradores, destacando: Ir. Irineu Gouveia, Tânia Ramos e Isabel Santos, distinguidos com a medalha e diploma de 25 Anos de serviço e dedicação no ISJD. O Carlos Rodrigues e a Ana Paula Reis, que



receberam a Carta de Irmãos Agregados, pelo seu testemunho na missão da Hospitalidade.

## MULHERES: rostos de coragem



A exposição MULHERES, em exibição no ISJD-Lisboa e Carnaxide durante março, homenageia a força e a resiliência feminina. Reúne imagens de Joana Braga Sousa, utente do ISJD-Carnaxide e trabalhos de utentes e voluntários, lembrando que a igualdade se constrói todos os dias.

## ISJD-Carnaxide distinguido pelo Município de Oeiras



O ISJD-Carnaxide marcou presença na cerimónia de reconhecimento de entidades com intervenção na área da saúde, promovida pela Câmara Municipal de Oeiras. Foi representado pelo Diretor Nuno Lopes, que recebeu esta distinção como incentivo a continuar a missão inspirada em São João de Deus em prol dos cidadãos de Oeiras.

## ISJD-Carnaxide inicia participação no projeto Oeiras Educa+

O ISJD-Carnaxide iniciou a sua participação no projeto Oeiras Educa+, com sessões formativas para alunos sobre temas relevantes. A primeira, “Verdades à Mesa:

Food Talks”, abordou alimentação saudável e escolhas conscientes, promovendo reflexão sobre saúde e bem-estar.



# Amar através do serviço

Artigo: Joana Macedo

*Na JH, é basilar a ajuda e o amor ao próximo*

Ensinaaram-me que cuidar do próximo também é uma cura para nós.

Ser JH é muito mais do que ajudar, é cuidar, ouvir e estar presente. Ao mesmo tempo que damos amor também o recebemos. É isso que torna esta experiência tão especial e transformadora. A JH mostrou-me que ajudar o outro nos transforma profundamente. No fundo, é amar através do serviço. ■

Vir para a Juventude Hospitalera significou colocar-me ao serviço de quem precisa, oferecendo a minha companhia, respeito e humanidade.

Na JH, é basilar a ajuda e o amor ao próximo. Com jovens de todas as idades, procuramos, de maneira honesta, cuidadosa e respeitosa, ser a companhia dos que se sentem sós, o ouvido para os que têm tanto a partilhar e o braço amigo para os que nele precisam de se apoiar. **Pode parecer pouco, mas para quem está do outro lado pode significar tudo.**

Um sorriso, uma palavra ou uns minutos de atenção conseguem mudar um dia inteiro. **O que fazemos nasce tendencialmente do que sentimos:** empatia, carinho, vontade de fazer a diferença, de crescer enquanto pessoas e de apoiar o próximo sem nunca esperar nada em troca. Deixam de ser “residentes” e passam a ser pessoas individuais, com nome, com uma história para contar, quase como uma família. São dias bem passados, em que o meu foco é ajudar na medida do possível. Os residentes tornam-se essenciais para nós e acabam a ensinar-nos muito.



**p. 52** **Reflexão teórica sobre o papel do cuidado**  
culturalmente competente na saúde mental

**Autores:** Ana Figueira, Elysangela Dittz Duarte,  
Zaida Charepe

---

**p. 55** **Interculturalidade e multiculturalidade**  
**nos cuidados de saúde:**  
do reconhecimento da diversidade  
à competência cultural

**Autor:** Hélder Carreira

---

**p. 63** **Interculturalidade nos Cuidados de Saúde**  
o papel da Saúde Relacional na qualidade  
dos cuidados

**Autor:** Marta Marques, Rui Marques

---

# Reflexão teórica sobre o papel do cuidado culturalmente competente na saúde mental

Autores: Ana Figueira<sup>1,2</sup>, Elysangela Dittz Duarte<sup>3</sup>, Zaida Charepe<sup>4</sup>

1 – Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem, Doutoranda em Enfermagem, Lisboa, Portugal

2 – Universidade da Madeira, Escola Superior de Saúde 3 – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Professor Associado, Belo Horizonte, Brasil 4 – Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem, Centro de investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS) Lisboa, Portugal.

## Resumo

**Objetivos:** Refletir sobre o papel do cuidado culturalmente competente na promoção da saúde mental, à luz da teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural de Madeleine Leininger, valorizando a hospitalidade, a dignidade humana e a centralidade da pessoa, princípios basilares da Ordem de São João de Deus.

**Métodos:** Desenvolveu-se uma reflexão teórica baseada na análise crítica da literatura científica em enfermagem transcultural, saúde mental e cuidado cultural, com especial enfoque nos contributos teóricos de Madeleine Leininger e nas abordagens contemporâneas da saúde mental centradas na pessoa e no seu contexto cultural.

**Resultados:** A análise evidencia que o cuidado culturalmente competente constitui um elemento essencial para a promoção da saúde mental, permitindo compreender a pessoa de forma holística e respeitar os seus valores, crenças, estilos de vida e contextos socioculturais. Identificam-se benefícios significativos na redução de desigualdades em saúde, no fortalecimento da relação terapêutica e na promoção de cuidados humanizados. Contudo, persistem desafios na operacionalização deste cuidado nos contextos clínicos, exigindo desenvolvimento contínuo de competências culturais por parte dos enfermeiros.

**Conclusão:** O cuidado culturalmente competente emerge como um pilar fundamental da Enfermagem em Saúde Mental, alinhado com os valores de Hospitalidade, ética e defesa da dignidade humana da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus. Investir na enfermagem transcultural e na investigação científica revela-se imprescindível para sustentar práticas baseadas na evidência, promover os Direitos Humanos em Saúde Mental e orientar políticas e cuidados sensíveis à diversidade cultural.

**Palavras-chave:** Hospitalidade, Cuidado cultural, Enfermagem transcultural, Saúde Mental, Competência cultural.

## Abstract

**Objectives:** To reflect on the role of culturally competent care

*in promoting Mental Health, based on Madeleine Leininger's Theory of Cultural Care Diversity and Universality, emphasizing hospitality, human dignity, and person-centred care as core values of the Order of Saint John of God.*

**Methods:** A theoretical reflection was conducted through a critical review of scientific literature on transcultural nursing, mental health, and cultural care, with particular emphasis on Leininger's theoretical contributions and contemporary person-centred approaches to Mental Health within cultural contexts.

**Results:** The analysis highlights culturally competent care as a fundamental component in Mental Health promotion, enabling a holistic understanding of the person and respect for cultural values, beliefs, lifestyles, and social contexts. Significant benefits include reduced health disparities, strengthened therapeutic relationships, and the promotion of humanized care. Nevertheless, challenges remain in translating cultural care into clinical practice, requiring ongoing development of nurses' cultural competencies.

**Conclusion:** Culturally competent care stands as a central pillar of Mental Health Nursing, aligned with the values of hospitality, ethics, and human dignity upheld by the Hospitaller Order of Saint John of God. Advancing transcultural nursing and research is essential to support evidence-based practice, promote Human Rights in Mental Health, and guide culturally sensitive health policies and care practices.

**Keywords:** Hospitality, Cultural care, Transcultural nursing, Mental Health, Cultural competence.

## Reflexão teórica

O conceito «Cuidado» tem sido amplamente estudado ao longo destes últimos dois séculos na enfermagem. A evolução tecnológica, social, económica e humana continua a evidenciar a necessidade de aprofundar conhecimento sobre este conceito, atualmente desafiado por investigação que o associa à multiculturalidade e universalidade nos cuidados de enfermagem. A pessoa em condição de doença, oriunda de diferentes contextos culturais, interpe-

la e desperta o enfermeiro para as suas diferentes crenças, valores, estilos de vida e inquietudes, carecendo de uma compreensão profunda das suas necessidades, expectativas e percepções sobre o cuidado.

No que concerne ao domínio da saúde mental, a União Europeia tem vindo a operacionalizar uma nova abordagem, transetorial, que visa projetar a igualdade da saúde física à saúde mental. De acordo com Sequeira & Sampaio (2020), a saúde mental só existe quando se verifica um desenvolvimento pleno da pessoa no seu contexto. Contudo, há que considerar múltiplas variáveis, como aspetos de natureza biológica, psicológica, social, cultural e ecológica. Nesta perspetiva, assume-se que só é possível alcançar o estado de saúde mental, quando a pessoa demonstra capacidades para estabelecer relações coerentes com o outro; quando consegue participar construtivamente «com e sobre» o meio e o ambiente; quando é capaz de integrar os seus conflitos internos e investir em realizações sociais. A enfermagem, enquanto disciplina e profissão, tem um papel essencial em compreender este cuidado e transformá-lo de forma significativa e benéfica, através do planeamento e intervenções de cuidados culturalmente competentes, que honrem a diversidade e a universalidade do cuidado cultural. O cuidado cultural é considerado a essência da disciplina de enfermagem, cujo foco se concentra na promoção e manutenção das necessidades culturais do seres humanos, através do conhecimento sobre os estilos de vida e contextos ambientais (Leininger, 2002a).

A teoria da diversidade e universalidade dos cuidados culturais desenvolvida por Madeleine Leininger, com pressupostos na antropologia, trouxe uma nova perspetiva para a enfermagem. A autora identificou o cuidado como a essência da enfermagem, que é universal, mas que se manifesta de diferentes formas em diferentes culturas. Esta teoria teve um impacto muito significativo na prática de enfermagem ao evidenciar a importância da cultura nos cuidados de saúde e promover a competência cultural entre os profissionais de enfermagem. A sua abordagem permitiu reduzir disparidades na saúde, através de cuidados que respeitam e integram as diversas culturas dos doentes. Aprovou uma estrutura essencial para entender

e integrar a diversidade cultural nos cuidados de enfermagem, promovendo a competência cultural e melhorando a qualidade dos cuidados.

Apesar do exposto, um dos grandes desafios que se colocam ao cuidado cultural está relacionado com a sua operacionalização em contextos clínicos.

Leininger (2002b) afirma que a enfermagem transcultural dota os enfermeiros de novas estratégias e formas de aprendizagem sobre como conferir cuidados culturalmente coerentes e significativos para as pessoas. É imperativo que o enfermeiro conheça a cultura e as raízes da pessoa em contexto dos cuidados de enfermagem, para responder verdadeiramente às suas necessidades. Esse resultado só será “conquistado”, se os enfermeiros possuírem conhecimento e habilidade para utilizarem a cultura como um meio para entenderem a saúde mental e devolverem conhecimento sobre os ganhos em saúde deste cuidado para as pessoas. Este conhecimento possibilita a expansão de horizontes e da visão do profissional de enfermagem sobre o cuidado culturalmente competente.

Atualmente, procura-se aprofundar conhecimento sobre o fenómeno do Cuidado cultural em variados contextos, como por exemplo em populações vulneráveis e contextos culturais específicos, com o intuito de preparar os enfermeiros para um atendimento que respeite e integre as práticas culturais dos doentes. Leininger (2002c) afirma que o alcance do cuidado culturalmente competente exige que o enfermeiro seja capaz de entrar no universo pessoal do seu doente e descobrir conhecimento patente nos valores individuais, familiares e modos de vida. O conhecimento cultural, oriundo da perspetiva da pessoa doente, permite ao profissional de enfermagem compreender e aprender sobre os seus pensamentos, decisões e ações. De acordo com Leininger (2002b), os valores culturais superam os valores individuais e são amplamente influenciados pelos grupos e símbolos. As manifestações culturais são baseadas em crenças e normas culturais. Por sua vez, existem expressões, objetos, vestuário e ações baseadas na cultura, assim como determinados costumes, festivais e rituais religiosos. A compreensão cultural do contexto em que a pessoa se insere permite identificar situações que possam

fragilizar a sua saúde mental, como os aspetos de ordem individual, profissional, financeira e até mesmo familiares. Este conhecimento cultural exige do enfermeiro uma dedicação e capacidade de ser reconhecido pela pessoa que está ao seu cuidado como alguém em quem pode confiar e expor-se de forma autêntica. Permite ainda uma compreensão holística da pessoa, que possibilita ao enfermeiro reconhecer potenciais áreas culturais onde possam existir conflitos, confrontos e até mesmo negligência entre a visão individual das pessoas e a visão dos profissionais de saúde (Leininger, 2002c). A ausência dessa apreciação poderá fazer prevalecer a percepção única do enfermeiro, impedindo a identificação das verdadeiras necessidades da pessoa e a prestação de cuidados culturalmente competentes.

O estudo destas culturas ou subculturas, minorias étnicas, migrantes e outros grupos sociais possibilita reconhecer temas e padrões gerais e específicos que precisam de ser estudados no seu contexto, no sentido de promover práticas de cuidado culturalmente congruentes. O bem-estar físico e a saúde mental assumem diferentes significados num determinado ambiente cultural. O estudo dessas culturas e a visão cultural da população permite ao profissional de saúde identificar riscos potenciais e necessidades mais realistas e ainda adaptar a sua intervenção e discurso no sentido de proporcionar cuidados competentes e ações de alfabetização em saúde mental adequadas à percepção que determinada população tem acerca do mundo. A abordagem à pessoa, de acordo com os princípios teóricos de Leininger, admite reconhecer a informação comum entre as pessoas que integrem diferentes e semelhantes culturas, no sentido de se poder avaliar a resposta das mesmas aos cuidados que lhes são prestados. Nesse sentido, evitam-se estereótipos e atitudes inflexíveis na prestação dos cuidados, que poderão promover a distância e inabilidade dos enfermeiros na relação com as pessoas com necessidades de enfermagem.

Usar o conhecimento teórico e a investigação para interpretar e explicar práticas de cuidado cultural congruente, bem como outras áreas de conhecimento de enfermagem transcultural, permite a envolvimento de todos os setores

e instituições, promovendo a partilha de conhecimento baseado na evidência obtida através da realidade cultural das pessoas. A própria difusão deste conhecimento permite maiores ganhos em saúde, promovendo políticas e práticas de cuidados culturalmente realistas e competentes que respondam às necessidades específicas de cada pessoa. A investigação permite ao investigador repensar, reconstruir e reconhecer novas evidências que contribuam para o serviço à comunidade, ressaltando os Direitos Humanos na Saúde Mental.

De acordo com Leininger (2002c), o cuidado cultural é a configuração mais inteligível e holística para explicar, interpretar e prever o fenómeno do cuidado de enfermagem e nortear as orientações e ações de enfermagem. É essencial para a recuperação e cura, contudo nunca poderá haver cura sem cuidado, mas o cuidado poderá existir sem a cura. É imperativo reconhecer e valorizar a diversidade cultural nos cuidados de saúde, promovendo um atendimento que respeite e integre as práticas culturais dos pacientes, oferecendo assim cuidados culturalmente congruentes e realistas que respondam às verdadeiras necessidades dos pacientes. É necessário sensibilizar os governantes sobre o impacto das políticas, práticas de saúde e práticas institucionais sobre o cuidado culturalmente competentes. ■

## Referências bibliográficas

- Leininger, M. (2002a). Culture Care Assessments for Congruent Competency Practices. Em M. Leininger & M. R. McFarland, *Transcultural Nursing—Concepts, Theories, research and practice* (Third Edition, pp. 117–143). McGraw-Hill Companies, Inc.
- Leininger, M. (2002b). Essential Transcultural Nursing Care Concepts, Principles, Examples, and Policy Statements. Em M. Leininger & M. R. McFarland, *Transcultural Nursing—Concepts, Theories, research and practice* (Third Edition, pp. 45–69). McGraw-Hill Companies, Inc.
- Leininger, M. (2002c). Part I The Theory of Culture Care and The Etnonursing Research Method. Em M. Leininger & M. R. McFarland, *Transcultural Nursing—Concepts, Theories, research and Practice* (Third Edition, pp. 71–98). McGraw-Hill Companies, Inc.
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). Da Saúde à Doença Mental. Em C. Sequeira & M. Néné, *Enfermagem em Saúde Mental—Diagnósticos e Intervenções* (pp. 3–6). Lidel.

# Interculturalidade e multiculturalidade nos cuidados de saúde: do reconhecimento da diversidade à competência cultural

Autor: **Hélder Carreira**<sup>1</sup>

<sup>1</sup> – Doutorando em Gestão pela Universidade da Beira Interior e investigador no Núcleo de Estudos em Ciências Empresariais. Enfermeiro Gestor e Escritor. Vice-Presidente da Comissão de Ética da Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde.

## Resumo

A globalização e a intensificação dos fluxos migratórios transformaram Portugal num contexto de superdiversidade cultural, com a população estrangeira a representar cerca de 10% dos residentes em 2024. Esta realidade coloca aos sistemas de saúde e aos profissionais desafios complexos na prestação de cuidados culturalmente competentes. O presente artigo analisa as dimensões conceituais da multiculturalidade e da interculturalidade, contextualiza a diversidade demográfica contemporânea em Portugal e sistematiza os principais desafios da diversidade cultural nos cuidados de saúde. Examina-se o conceito de competência cultural, os seus modelos operacionais e a evidência científica sobre intervenções implementadas no contexto europeu. Discutem-se as necessidades formativas dos profissionais de saúde e as estratégias organizacionais para a promoção de cuidados culturalmente competentes. A análise evidencia que, apesar dos progressos, persistem barreiras comunicacionais, linguísticas e conceituais que dificultam o acesso equitativo aos cuidados de saúde por parte de populações culturalmente diversas. A competência cultural emerge como competência transversal fundamental, exigindo formação contínua, reflexividade crítica e transformações estruturais nos sistemas de saúde. As considerações finais sublinham a necessidade de abordagens integradas que articulem políticas públicas, práticas organizacionais e desenvolvimento profissional para concretizar a humanização e a personalização dos cuidados em contextos de diversidade cultural crescente.

**Palavras-chave:** competência cultural, cuidados de saúde, diversidade cultural, interculturalidade; multiculturalidade, Portugal.

## Abstract

*Globalisation and intensified migratory flows have transformed Portugal into a context of cultural superdiversity, with the foreign population representing approximately 10% of residents in 2024. This reality poses complex challenges*

*to health systems and professionals in delivering culturally competent care. This article analyses the conceptual dimensions of multiculturalism and interculturality, contextualises contemporary demographic diversity in Portugal, and systematises the main challenges of cultural diversity in healthcare. The concept of cultural competence, its operational models, and scientific evidence on interventions implemented in the European context are examined. The training needs of health professionals and organisational strategies for promoting culturally competent care are discussed. The analysis shows that despite progress, communicational, linguistic, and conceptual barriers persist, hindering equitable access to healthcare for culturally diverse populations. Cultural competence emerges as a fundamental transversal competency, requiring continuous training, critical reflexivity, and structural transformations in health systems. The conclusions emphasise the need for integrated approaches that articulate public policies, organisational practices, and professional development to achieve humanisation and personalisation of care in contexts of increasing cultural diversity.*

**Keywords:** *cultural competence, healthcare, cultural diversity, interculturality, multiculturalism, Portugal.*

## Introdução

A mobilidade humana constitui, no início do século XXI, uma das forças mais transformadoras das sociedades contemporâneas. As Nações Unidas reconhecem que o mundo se encontra em movimento e que o número de migrantes internacionais atinge valores sem precedentes históricos (Handtke et al., 2019). A Europa acolhe a maior comunidade de migrantes internacionais do mundo, com 94 milhões de pessoas, configurando contextos de superdiversidade cultural que redefinem as dinâmicas sociais, económicas e políticas (De-María et al., 2024).

Portugal não se encontra à margem desta transformação. Os dados mais recentes da Agência para a Integração, Migrações e Asilo revelam que, no final de 2024, residiam em Portugal 1.546.521 cidadãos estrangeiros com autorização

de residência, valor que poderá ascender a 1,6 milhões quando concluídos os processos pendentes (AIMA, 2024). Esta população representa cerca de 15% da totalidade dos residentes em Portugal, um crescimento exponencial face aos 4% registados em 2017 (Leitão Amaro, citado em RTP, 2025). A composição desta população revela grande heterogeneidade: o Brasil mantém-se como a principal nacionalidade, seguindo-se países como Índia, Angola, Ucrânia, Cabo Verde, Nepal e Bangladesh (FFMS, 2024). Esta diversidade resulta da conjugação de dinâmicas históricas e pós-coloniais com novos fluxos associados à mobilidade laboral, à migração estudantil e a contextos geopolíticos recentes.

Esta transformação demográfica produz consequências diretas nos sistemas de saúde. As diferenças culturais, as desconformidades entre as conceções de saúde e doença e as expectativas distintas que caracterizam cada grupo condicionam o acesso aos serviços de saúde (Monteiro, 2012). Paralelamente, o desconhecimento da cultura própria de cada pessoa migrante, das suas crenças e das suas práticas, bem como os estereótipos associados a estas comunidades, condicionam os profissionais de saúde na prestação de cuidados. A saúde assume assim uma dupla faceta, onde o direito a cuidados de saúde por parte de toda a população equilibra o dever de cuidar por parte dos profissionais de saúde (Monteiro, 2012).

Perante este cenário, a promoção da competência cultural nos cuidados de saúde emergiu como prioridade política e científica (De-María et al., 2024). Contudo, subsistem interrogações sobre os modelos conceptuais, as estratégias de implementação e a adequação das intervenções ao contexto europeu e português. O presente artigo propõe-se analisar as dimensões conceptuais da multiculturalidade e da interculturalidade, contextualizar a diversidade demográfica em Portugal, sistematizar os desafios da diversidade cultural nos cuidados de saúde, examinar o conceito e os modelos de competência cultural, discutir as estratégias formativas e organizacionais e refletir sobre as implicações para a prática profissional.

### Multiculturalidade e interculturalidade: precisão conceptual

A comunicação entre culturas diversas constitui temática incontornável e imprescindível face ao contexto de globali-

zação (Baptista, 2018, citado em Bracons, 2020). Contudo, a utilização frequente dos termos multiculturalidade e interculturalidade exige clarificação conceptual rigorosa, dado que encerram significados distintos com implicações práticas divergentes.

A multiculturalidade descreve a coexistência de diferentes grupos culturais num mesmo espaço geográfico ou social, caracterizando-se pela presença simultânea de múltiplas culturas sem que tal implique necessariamente interação ou diálogo entre elas (Ramos, 2011). Trata-se de uma constatação descritiva de diversidade cultural. A interculturalidade, por sua vez, refere o processo dinâmico de interação, troca e diálogo entre pessoas e grupos de diferentes matrizes culturais, pressupondo reciprocidade, respeito mútuo e transformação recíproca (Ramos, 2007). A interculturalidade não se limita à mera coexistência, mas procura a construção de pontes de comunicação e compreensão.

A cultura, conceito central nestas discussões, tem sido frequentemente interpretada como sinónimo de raça e etnia (De-María et al., 2024). Esta redução conceptual limita a compreensão do fenómeno. A cultura constitui um processo dinâmico relacional de significados partilhados que se origina nas interações entre indivíduos, fornecendo normas para perceber, acreditar, avaliar, comunicar e agir entre aqueles que partilham uma língua, um período histórico e uma localização geográfica (De-María et al., 2024). Estes elementos partilhados transmitem-se de geração em geração com modificações, de modo que o contexto histórico, social, político e económico em que a cultura se enquadra constitui fator fundamental para a sua compreensão adequada.

Nos cuidados de saúde, a diversidade cultural manifesta-se numa dupla dimensão: por um lado, a diversidade dos utentes, com diferentes origens, crenças sobre saúde e doença, práticas de cuidado e expectativas face aos serviços; por outro lado, a própria cultura profissional e organizacional dos sistemas de saúde, marcada por valores, práticas e linguagens específicas. A qualidade dos cuidados depende da capacidade de estabelecer pontes entre estas diferentes culturas, num processo genuinamente intercultural.

### Diversidade cultural em Portugal: realidade contemporânea

Portugal atravessa uma transformação demográfica e so-

cial sem precedentes. No início de 2024, a proporção de estrangeiros na população residente (9,8%) encontrava-se alinhada com a média da União Europeia (9,6% na UE27), configurando Portugal como país de destino e de mobilidade global (FFMS, 2024). Esta evolução, acelerada após 2017 com alterações legislativas que facilitaram a regularização de imigrantes, conduziu a mudanças relevantes na composição e na diversidade das comunidades estrangeiras em Portugal. Os dados estatísticos mais recentes revelam que, em 2024, imigraram para Portugal 177.557 pessoas, enquanto emigraram 33.916 pessoas, resultando num saldo migratório positivo superior a 143 mil indivíduos (FFMS, 2025). Este saldo migratório claramente positivo, mantido desde 2016, após um período de saldos negativos durante a crise financeira, tem sido determinante para o crescimento populacional do país, dado que o saldo natural se mantém negativo desde 2009.

A população estrangeira residente caracteriza-se por notável heterogeneidade. O Brasil mantém-se como a principal nacionalidade entre os residentes estrangeiros, com quase meio milhão de cidadãos. Seguem-se países como Índia, Angola, Ucrânia, Cabo Verde, Nepal e Bangladesh (FFMS, 2024). Esta diversidade resulta da conjugação de dinâmicas históricas e pós-coloniais, evidentes na presença significativa de cidadãos dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, com novos fluxos associados à mobilidade laboral, particularmente de países asiáticos, à migração estudantil e a contextos geopolíticos recentes, incluindo a situação especial dos cidadãos ucranianos abrangidos por estatuto de proteção temporária.

Do ponto de vista etário, a população estrangeira apresenta perfil predominantemente ativo: 85,5% têm idade potencialmente ativa, com destaque para o grupo dos 18-34 anos, que representa 640.914 indivíduos (AIMA, 2024). Esta concentração etária articula-se com os motivos de residência em Portugal, onde predominam a atividade profissional, o reagrupamento familiar e o estudo.

O impacto da imigração no sistema educativo tem sido rápido e expressivo. Entre os anos letivos de 2020-21 e 2023-24, o número de alunos com pelo menos um progenitor de nacionalidade estrangeira aumentou 58%, ultrapassando os 200 mil alunos (FFMS, 2024). Este crescimento, superior ao da própria população estrangeira no mesmo período,

reforça o papel central da escola como espaço de integração e evidencia a necessidade de respostas estruturadas ao nível do apoio linguístico, da mediação intercultural e da promoção do sucesso educativo em contextos de diversidade crescente.

Estes dados demográficos traduzem-se em desafios diretos para o sistema de saúde. A diversidade cultural, linguística e de conceções sobre saúde e doença exige dos profissionais e das organizações capacidade de adaptação e desenvolvimento de competências específicas para assegurar o acesso equitativo e a qualidade dos cuidados prestados a toda a população.

### Desafios da diversidade cultural nos cuidados de saúde

As populações culturalmente e linguisticamente diversas acedem menos aos serviços de saúde do que as populações nativas e confrontam-se com diferentes barreiras (Handtke et al., 2019). Estas barreiras manifestam-se em múltiplas dimensões, comprometendo a equidade no acesso, a qualidade dos cuidados e os resultados em saúde.

As barreiras linguísticas constituem obstáculo primário. A incapacidade de comunicar fluentemente na língua do país de acolhimento dificulta a expressão de sintomas, a compreensão de diagnósticos e a adesão a tratamentos (Paiva-Ferreira et al., 2025). Esta dificuldade amplifica-se em contextos de urgência ou de cuidados especializados, onde a precisão comunicacional assume criticidade elevada. A falta de intérpretes profissionais ou de materiais informativos em múltiplas línguas agrava esta situação.

As diferenças nas conceções de saúde e doença configuram outra dimensão de complexidade. As populações culturalmente diversas trazem consigo sistemas de crenças, práticas tradicionais de cuidado e expectativas face aos profissionais de saúde que podem divergir substancialmente dos modelos biomédicos ocidentais dominantes nos sistemas de saúde europeus (Monteiro, 2012). Estas diferenças não se limitam a questões superficiais, mas refletem cosmologias e ontologias distintas sobre o corpo, a saúde, o sofrimento e a cura.

A falta de literacia sobre diversidade cultural por parte dos profissionais de saúde constitui barreira significativa. O desconhecimento das especificidades culturais, das

práticas religiosas e das estruturas familiares pode conduzir a mal-entendidos, a interpretações errôneas de comportamentos e à prestação de cuidados inadequados (Paiva-Ferreira et al., 2025). Os estereótipos e os preconceitos, quando presentes, dificultam ainda mais a adaptação às necessidades individuais dos doentes, conduzindo a uma prática médica menos humanizada.

As barreiras estruturais e administrativas acrescentam camadas adicionais de dificuldade. A situação legal dos imigrantes, o desconhecimento dos direitos de acesso aos cuidados de saúde, a complexidade dos processos burocráticos e, por vezes, atitudes discriminatórias por parte de profissionais não clínicos constituem obstáculos ao acesso inicial aos serviços (Padilla, citada em RPCI, 2022). Em Itália, por exemplo, muitos migrantes perdem rastreios oncológicos porque desconhecem que são gratuitos ou disponíveis (Allegri, citado em Medscape, 2025).

Os padrões de utilização dos serviços de saúde revelam estas desigualdades. Os migrantes recorrem predominantemente aos serviços de saúde em situações de urgência, doença incapacitante para o trabalho, final de gravidez e saúde infantil (Monteiro, 2012). Estas situações pontuais, que requerem intervenção imediata, contrastam com a insuficiente procura de cuidados preventivos ou de seguimento continuado, levantando questões sobre a atitude preventiva ou promotora da saúde que as populações migrantes conseguem adotar.

A dimensão ética e deontológica atravessa todos estes desafios. Os profissionais de saúde confrontam-se com dilemas éticos relacionados com o respeito pela autonomia em contextos de diferenças culturais profundas, com a gestão de conflitos entre práticas culturais e protocolos clínicos, e com a necessidade de assegurar uma prática médica imparcial que defenda os melhores interesses dos doentes em todas as suas dimensões (Paiva-Ferreira et al., 2025).

### Competência cultural: conceito e operacionalização

A competência cultural emergiu como resposta conceptual e prática aos desafios da diversidade nos cuidados de saúde. Define-se como um conjunto de conhecimentos, habilidades, comportamentos, atitudes, práticas e políticas congruentes que convergem num sistema, organismo

ou entre profissionais e permitem a esse sistema, agência ou profissionais trabalhar eficazmente em situações interculturais (De-María et al., 2024).

Desde a sua origem, o conceito de competência cultural tem sido enquadrado numa abordagem particularmente focada na diversidade de minorias raciais e étnicas, caracterizadas como comunidades amplas de cidadãos com laços territoriais e organização social estável (De-María et al., 2024). Esta génese explica-se pela interpretação comum do conceito de cultura como sinónimo de raça e etnia. Contudo, a cultura constitui um processo dinâmico e relacional, exigindo compreensão que transcenda categorias rígidas.

Para Knipper (citado em Medscape, 2025), a competência cultural significa ouvir as pessoas e possuir as habilidades para refletir genuinamente sobre os próprios estereótipos, noções preconcebidas e preconceitos. Envolve estar aberto para conversar com os outros, não apenas falar, mas também ouvir e fazer as perguntas certas. Requer olhar para além da cultura em si, para compreender o que está em jogo para as pessoas, incluindo os seus medos, preocupações e sofrimento.

A operacionalização da competência cultural assenta em múltiplas dimensões. A dimensão do conhecimento cultural envolve a compreensão dos atributos intraculturais e interculturais, o reconhecimento dos determinantes sociais da saúde e a familiarização com práticas, crenças e valores de diferentes grupos culturais. A dimensão das habilidades refere-se à capacidade de comunicação intercultural eficaz, à adaptação de práticas clínicas e à navegação em situações de diferença cultural. A dimensão atitudinal engloba a consciência cultural, a sensibilidade, o respeito pela diversidade e o compromisso com a equidade.

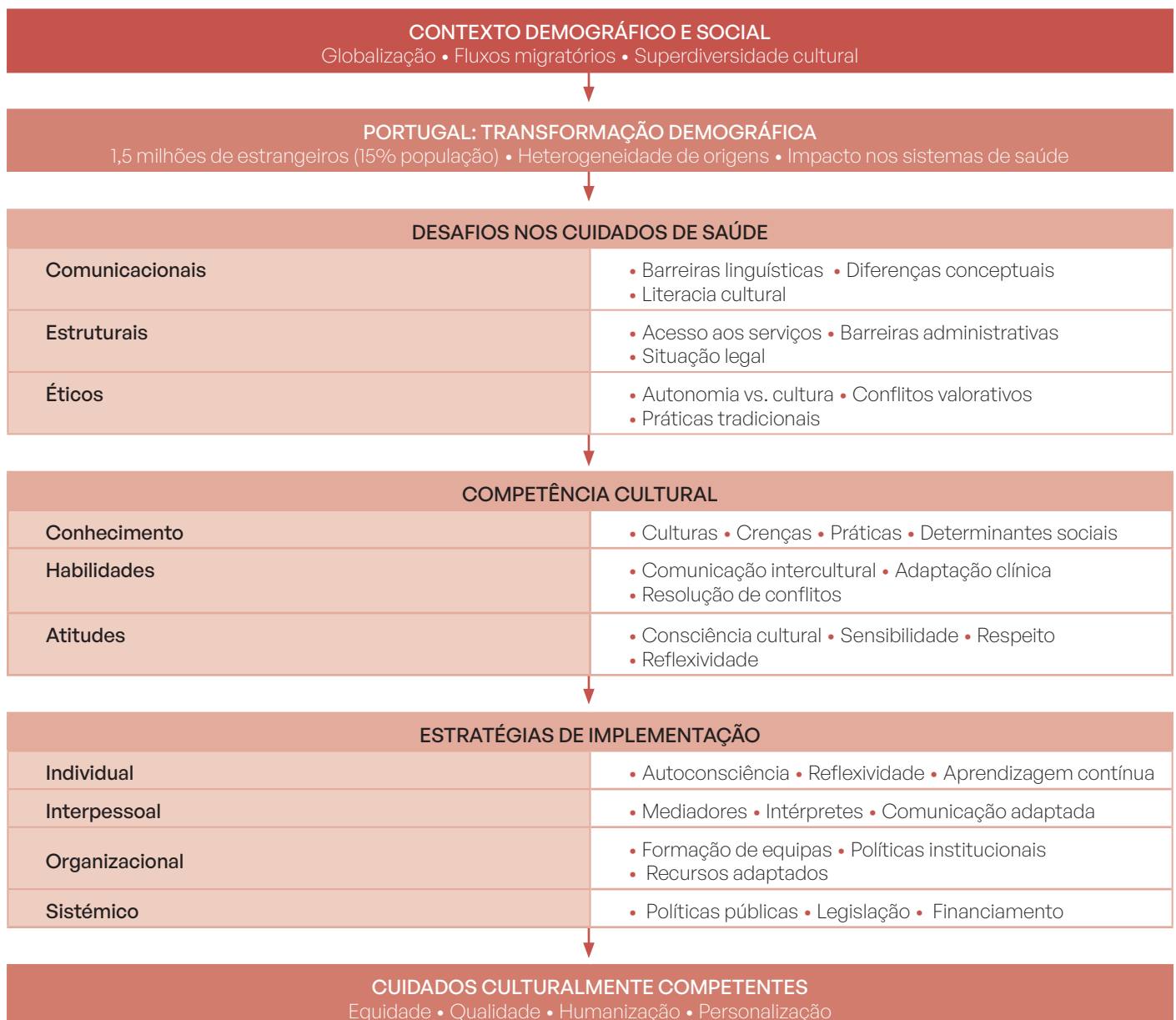
A revisão sistemática conduzida por De-María e colaboradores (2024) sobre intervenções de competência cultural nos cuidados de saúde europeus analisou 6.506 registos, incluindo 63 publicações que implementaram intervenções em 23 países europeus diferentes. Os resultados evidenciam que, apesar de implementadas em contextos diversos, as intervenções de competência cultural não foram amplamente adotadas na Europa. Observou-se heterogeneidade significativa na conceção e operacionalização dos modelos de competência cultural e na implementação das intervenções.

As intervenções analisadas visaram maioritariamente melhorar os cuidados de saúde para grupos populacionais minoritários, focando-se nas dimensões raciais e étnicas do indivíduo. Contudo, esta abordagem pode revelar-se limitada face à superdiversidade europeia contemporânea, que transcende categorias étnicas e raciais tradicionais. A investigação futura necessita de contribuir para o desen-

volvimento conceptual da competência cultural, de modo a conceber programas ajustados à superdiversidade europeia (De-María et al., 2024).

A operacionalização da competência cultural nos cuidados de saúde exige compreensão integrada do percurso que vai desde o reconhecimento da diversidade até à concretização de práticas efetivas. A figura 1 apresenta o modelo

**Figura 1. Modelo integrado: da diversidade cultural à competência nos cuidados de saúde**



Fonte: Elaboração própria com base em De-María et al. (2024), Handtke et al. (2019), Paiva-Ferreira et al. (2025), Ramos (2007, 2011) e dados demográficos AIMA (2024) e FFMS (2024, 2025).

conceptual que sintetiza este percurso, articulando seis dimensões fundamentais: o contexto demográfico e social marcado pela globalização e pelos fluxos migratórios; a transformação específica de Portugal como sociedade de acolhimento; os desafios múltiplos que a diversidade cultural coloca aos sistemas de saúde nas dimensões comunicacional, estrutural e ética; as três componentes centrais da competência cultural, designadamente conhecimento, habilidades e atitudes; as estratégias de implementação organizadas em quatro níveis, do individual ao sistémico; e, finalmente, o resultado pretendido, traduzido em cuidados culturalmente competentes caracterizados pela equidade, qualidade, humanização e personalização. Este modelo integrado permite visualizar a complexidade do fenómeno e a necessidade de abordagens multinível para responder adequadamente aos desafios da diversidade cultural nos cuidados de saúde.

A evidência científica sobre a eficácia das intervenções permanece limitada. A maioria dos estudos implementou combinações de diferentes componentes e estratégias simultaneamente, dificultando a identificação dos efeitos específicos de cada componente (Handtke et al., 2019). Não obstante, as intervenções multilaterais que combinam competência estrutural, advocacia e supervisão reflexiva parecem mais promissoras para apoiar cuidados culturalmente responsivos ininterruptos e promover o bem-estar dos profissionais de saúde (dados de investigação na Grécia, citados em Oxford Academic, 2025).

### Formação e desenvolvimento de competências interculturais

A Organização Mundial de Saúde para a Região Europeia reconhece que ainda não existe formação consistente e normalizada para a competência intercultural nos sistemas de saúde. Muitas escolas médicas oferecem algum conteúdo sobre diversidade, mas o que se ensina e como se avalia varia dramaticamente (Medscape, 2025).

As competências culturais e sociais estruturais, bem como as competências éticas, não constituem matéria que possa ser coberta num curso e depois considerada completa. Trata-se mais de introduzir conhecimento teórico e outras habilidades essenciais, depois aplicá-las e receber feedback e formação contínua (Knipper, citado em Medscape, 2025).

Os workshops isolados não se mostram suficientes para produzir mudanças duradouras nas práticas profissionais.

Em Portugal, o Plano para a Integração dos Imigrantes integrou várias medidas tendo em vista a promoção da saúde das populações migrantes, bem como as necessidades dos profissionais que cuidam destes grupos, incluindo a promoção do acesso dos imigrantes ao Serviço Nacional de Saúde, o plano de formação para a interculturalidade dos profissionais do SNS e a implementação de um programa de serviços de saúde amigos dos imigrantes (ACIDI, citado em Ramos, 2012).

A construção de competências culturais nos estudantes de enfermagem, desde o curso de licenciatura, tem sido reconhecida como necessidade formativa. A valorização do conhecimento teórico e da sua conceptualização na forma como os estudantes cuidam permite a tomada de consciência progressiva, pela prática reflexiva, na aquisição de competências (Spínola & Reis, 2018). A estratégia pedagógica que valoriza o conhecimento teórico e a sua conceptualização no modo como os estudantes refletem os cuidados em contextos multiculturais promove o desenvolvimento da autorreflexão e do pensamento crítico em enfermagem.

A formação intercultural deve contemplar múltiplas dimensões. A dimensão instrumental refere-se às competências técnicas e aos conhecimentos específicos sobre práticas culturais. A dimensão interpessoal envolve o desenvolvimento de habilidades comunicacionais, de empatia e de capacidade relacional em contextos de diversidade. A dimensão sistémica relaciona-se com a compreensão das políticas, das estruturas organizacionais e dos determinantes sociais que influenciam a saúde das populações culturalmente diversas (Spínola & Reis, 2018).

Os desafios na implementação de programas formativos incluem a falta de tempo dos profissionais, as obrigações ocupacionais e familiares, a distância dos locais de estudo e a falta de apoio tanto do local de trabalho quanto dos gestores. O desenvolvimento profissional continuado permite a renovação e atualização de competências, sendo necessária a construção de uma cultura organizacional que incentive os profissionais de saúde a procurar ativamente a aprendizagem ao longo da vida.

## Implicações para a prática: cuidados culturalmente competentes

A concretização de cuidados culturalmente competentes exige transformações em múltiplos níveis: individual, interpessoal, organizacional e sistémico. A nível individual, os profissionais de saúde necessitam de desenvolver consciência cultural, reconhecendo os próprios valores, crenças e preconceitos e compreendendo como estes influenciam as interações com os utentes.

A comunicação constitui dimensão crítica. A Organização Mundial de Saúde para a Região Europeia documentou recentemente a eficiência da utilização de mediadores interculturais para ajudar migrantes e refugiados a aceder a cuidados de saúde de qualidade (WHO, 2020). Os mediadores interculturais oferecem múltiplas contribuições, incluindo tradução, advocacia contra a discriminação institucional e apoio psicossocial. A OMS Europa recomenda fortemente a integração de mediadores interculturais nos sistemas de saúde em toda a Região Europeia para fornecer cuidados equitativos a refugiados e migrantes.

Soluções práticas incluem o fornecimento de informação escrita em múltiplas línguas e a utilização de recursos visuais para transmitir informação científica, alcançando também aqueles que não falam bem a língua local (Allegri, citado em Medscape, 2025). A disponibilização de intérpretes profissionais, a adaptação de horários de consulta e a criação de espaços físicos culturalmente acolhedores constituem outras estratégias relevantes.

A nível organizacional, a preparação de unidades de saúde culturalmente recetivas para pessoas imigrantes constitui objetivo fundamental. Isto implica a revisão de políticas e procedimentos para eliminar barreiras burocráticas desnecessárias, a formação de toda a equipa, incluindo profissionais não clínicos, e o desenvolvimento de parcerias com organizações comunitárias e associações de imigrantes.

As ações e decisões profissionais de auxílio, apoio, facilitadoras ou capacitadoras devem ser cognitivamente baseadas e feitas à medida para servir os valores, as crenças e os modos de vida do indivíduo, grupo ou instituição, de modo a prestar ou apoiar serviços de cuidados de saúde ou bem-estar significativos, benéficos e satisfatórios. Estas ações podem incluir a reordenação, alteração ou modificação dos modos de vida para padrões de cuidados de

saúde novos, diferentes e benéficos, respeitando sempre os valores culturais e as crenças dos utentes.

A humanização dos cuidados de saúde em contextos de diversidade cultural exige abordagem holística que promova cuidados de alta qualidade, integrando as necessidades culturais, espirituais e religiosas dos doentes (Paiva-Ferreira et al., 2025). Sempre que considerado adequado pela equipa assistencial e pela família, a presença de outros familiares, de figuras religiosas ou de guias espirituais pode contribuir para a prestação de cuidados culturalmente competentes.

## Considerações finais

A transformação de Portugal num contexto de superdiversidade cultural coloca aos sistemas e profissionais de saúde desafios complexos e oportunidades de desenvolvimento. A análise desenvolvida ao longo deste artigo evidencia que a prestação de cuidados culturalmente competentes não constitui opção, mas imperativo ético, deontológico e de qualidade.

A distinção conceptual entre multiculturalidade e interculturalidade revela-se fundamental. Enquanto a multiculturalidade descreve a coexistência de culturas, a interculturalidade aponta para o diálogo, a troca e a transformação recíproca. Os cuidados de saúde necessitam de transcender a mera constatação da diversidade, promovendo processos genuinamente interculturais de compreensão e adaptação.

Os dados demográficos atualizados sobre Portugal revelam crescimento exponencial da população estrangeira, com notável heterogeneidade de origens, línguas, crenças e práticas. Esta diversidade produz consequências diretas nos serviços de saúde, exigindo respostas estruturadas e competências específicas dos profissionais.

Os desafios identificados atravessam múltiplas dimensões: linguísticas, comunicacionais, conceptuais, estruturais e éticas. As barreiras no acesso e na qualidade dos cuidados para populações culturalmente diversas persistem, apesar dos progressos legislativos e políticos. As diferenças nas conceções de saúde e doença, conjugadas com a insuficiente literacia cultural dos profissionais, comprometem a equidade e a eficácia dos cuidados.

A competência cultural emerge como conceito central e transversal. Contudo, a sua operacionalização enfrenta desafios significativos. A evidência europeia revela hete-

roogeneidade na conceção e implementação de intervenções, com adoção ainda limitada. A investigação futura necessita de desenvolver modelos conceptuais adequados à superdiversidade europeia contemporânea, que transcendam abordagens centradas exclusivamente em categorias étnicas e raciais.

A formação e o desenvolvimento de competências interculturais constituem um processo contínuo, que não se esgota em cursos isolados. A aprendizagem ao longo da vida, a prática reflexiva, a supervisão clínica e o feedback sistemático revelam-se estratégias fundamentais. A integração destas competências desde a formação pré-graduada, com continuidade na formação pós-graduada e no desenvolvimento profissional, constitui caminho necessário.

As implicações para a prática exigem transformações em múltiplos níveis. A nível individual, os profissionais necessitam de desenvolver consciência cultural e reflexividade crítica. A nível interpessoal, as competências comunicacionais e relacionais assumem centralidade. A nível organizacional, a preparação de unidades de saúde culturalmente recetivas, com políticas, recursos e parcerias adequadas, constitui prioridade. A nível sistémico, as políticas públicas devem assegurar a equidade no acesso e na qualidade dos cuidados.

A integração de mediadores interculturais nos sistemas de saúde, recomendada pela Organização Mundial de Saúde, representa estratégia promissora, mas ainda insuficientemente implementada em Portugal. O desenvolvimento de materiais informativos em múltiplas línguas, a utilização de recursos visuais e a adaptação de processos organizacionais constituem medidas práticas que podem produzir impacto significativo.

Os desafios futuros incluem o desenvolvimento de investigação robusta sobre a eficácia das intervenções de competência cultural no contexto português, a criação de programas formativos estruturados e avaliados, a promoção de liderança em enfermagem e em outras profissões de saúde para defender a aprendizagem ao longo da vida e a articulação entre políticas, práticas organizacionais e desenvolvimento profissional.

A humanização e a personalização dos cuidados em contextos de diversidade cultural crescente exigem compromisso institucional, recursos adequados e vontade política. A saúde, enquanto direito humano fundamental, obriga

à construção de sistemas verdadeiramente equitativos, que reconheçam e respeitem a diversidade cultural como riqueza e não como obstáculo.

A competência cultural não constitui atributo estático que se adquire, mas processo dinâmico de aprendizagem, reflexão e transformação. O caminho percorrido até ao momento revela progressos, mas também limitações e necessidades. O futuro dos cuidados de saúde em Portugal depende, em medida significativa, da capacidade coletiva de construir pontes de compreensão intercultural, assegurando que todas as pessoas, independentemente da sua origem, língua ou cultura, acedam a cuidados de qualidade, humanizados e culturalmente competentes.

## Referências

- Agência para a Integração, Migrações e Asilo. (2024). *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2024*. AIMA.
- Bracons, H. (2020). Comunicação intercultural nos cuidados de saúde: uma abordagem exploratória da interação entre assistentes sociais e doentes imigrantes. *Comunicação Pública*, 15(29). <https://doi.org/10.4000/cp.10968>
- De-Maria, B., Topa, G., & López-González, M. A. (2024). Cultural competence interventions in European healthcare: a scoping review. *Healthcare*, 12(10), 1040. <https://doi.org/10.3390/healthcare12101040>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2024). *Imigração em Portugal: uma transformação demográfica e social em curso*. FFMS.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2025). *Pordata faz retrato da população imigrante em Portugal*. FFMS.
- Handtke, O., Schilgen, B., & Mösko, M. (2019). Culturally competent healthcare: a scoping review of strategies implemented in healthcare organizations and a model of culturally competent healthcare provision. *PLoS ONE*, 14(7), e0219971. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219971>
- Monteiro, I. (2012). *Diversidade cultural: um desafio aos cuidados de saúde em Portugal*. Barómetro Social, Instituto de Sociologia da Universidade do Porto.
- Paiva-Ferreira, I., Moreira, M., Ferreira-Costa, I., Machado-Morais, J., & Carvalho, C. (2025). A emergência da multiculturalidade nos cuidados neonatais portugueses: desafios e linhas de orientação. *Acta Médica Portuguesa*, 38(1), 1-4. <https://doi.org/10.20344/amp.22191>
- Ramos, N. (2007). Comunicação e interculturalidade nos cuidados de saúde. *Psicologica*, 45, 147-169.
- Ramos, N. (2011). Educar para a interculturalidade e cidadania: princípios e desafios. Em L. Alcoforado, L. Barbier, E. Cleeton, P. Guimarães, B. E. Oliveira, A. P. Pinto, N. L. Paulos, J. P. Santiago, C. Silva, & T. Simas (Eds.), *Educação e formação de adultos: políticas, práticas e investigação* (pp. 189-200). Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Rede Portuguesa das Cidades Interculturais. (2022). *Género e interculturalidade no acesso à saúde*. RPCI.
- RTP Notícias. (2025). *Relatório da AIMA: População estrangeira em Portugal subiu para 15% em sete anos*. [https://www.rtp.pt/noticias/pais/relatorio-da-aima-populacao-estrangeira-em-portugal-subiu-para-15-em-sete-anos\\_n1646602](https://www.rtp.pt/noticias/pais/relatorio-da-aima-populacao-estrangeira-em-portugal-subiu-para-15-em-sete-anos_n1646602)
- Spínola, A., & Reis, A. (2018). *Do educar ao cuidar na diversidade cultural das famílias*. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Santarém.
- World Health Organization Regional Office for Europe. (2020). *WHO recommends considering cultural factors to develop more inclusive health systems*. WHO Europe.

# Interculturalidade nos Cuidados de Saúde

## o papel da Saúde Relacional na qualidade dos cuidados

Autor: **Marta Marques<sup>1</sup>, Rui Marques<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> – Doutoranda em Psicologia, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa

<sup>2</sup> – Coordenador Relational Lab; Professor Associado convidado ISEG – Universidade de Lisboa

### Resumo

A crescente diversidade cultural e linguística com que os sistemas de saúde têm de lidar coloca barreiras comunicacionais e assimetrias relacionais que influenciam a experiência de cuidado, a participação do doente e a adesão terapêutica. Com este artigo procura-se compreender de que modo a competência intercultural, articulada com a perspetiva da saúde relacional, pode contribuir para a qualidade dos cuidados e para os resultados em saúde em contextos multiculturais. Com base numa síntese narrativa da literatura sobre competência cultural e intercultural, comunicação clínica e avaliação da qualidade em saúde, sustenta-se que os efeitos mais consistentes da competência intercultural se observam nos domínios relacionais e experienciais do cuidado, designadamente na comunicação centrada no doente, na confiança, na empatia, no respeito e no reconhecimento. Estes processos associam-se a maior satisfação, maior envolvimento do doente nas decisões, melhor continuidade de cuidados e melhores resultados comportamentais, incluindo a adesão ao tratamento. Em contraste, os efeitos sobre indicadores clínicos objetivos tendem a revelar-se mais heterogéneos e dependentes de múltiplos fatores mediadores. Conclui-se que a articulação entre interculturalidade e saúde relacional pode reforçar a qualidade, a equidade e a inclusão nos serviços de saúde, exigindo investimento em formação contínua, práticas organizacionais culturalmente seguras e recursos estruturados de apoio à comunicação, nomeadamente serviços de interpretação médica.

**Palavras-chave:** Competência Cultural; Diversidade Cultural; Comunicação em Saúde; Relações Profissional-Paciente; Empatia; Qualidade da Assistência à Saúde.

### Abstract

*Increasing cultural and linguistic diversity in healthcare systems highlights communication barriers and relational asymmetries that shape care experiences, patient participation, and treatment adherence. This theoretical paper examines how intercultural competence, articulated with a relational health*

*perspective, may contribute to quality of care and health outcomes in multicultural settings. Drawing on a narrative synthesis of the literature on cultural and intercultural competence, clinical communication, and quality-of-care assessment, it argues that the most consistent effects of intercultural competence are found in the relational and experiential domains of care, particularly in patient-centred communication, trust, empathy, respect, and recognition. These processes are associated with higher patient satisfaction, greater involvement in decision-making, better continuity of care, and more favourable behavioural outcomes, including treatment adherence. By contrast, effects on objective clinical indicators tend to be more heterogeneous and influenced by multiple mediating factors. The paper concludes that integrating interculturality with a relational health perspective can strengthen quality, equity, and inclusion in health services, while requiring investment in continuous training, culturally safe organisational practices, and structured communication support resources, including medical interpreting services.*

**Keywords:** Cultural Competency; Cultural Diversity; Health Communication; Professional-Patient Relations; Empathy; Quality of Health Care.

### 1. Introdução: Diversidade cultural e desafios contemporâneos nos sistemas de saúde

Os sistemas de saúde contemporâneos operam num contexto marcado por crescente diversidade cultural, impulsivada por fenómenos estruturais como a migração internacional, a mobilidade global e a interligação entre sociedades. Estas dinâmicas têm aumentado significativamente a diversidade linguística, étnica e cultural entre os utilizadores dos serviços de saúde, colocando novos desafios aos profissionais e às organizações prestadoras de cuidados (Alizadeh & Chavan, 2020). Em contextos clínicos culturalmente diversos, diferenças de língua, valores, crenças sobre saúde e doença e expectativas face aos cuidados podem dificultar a comunicação entre profissionais e pacientes, afetando a compreensão dos sintomas, a interpretação das recomen-

dações médicas e a adesão terapêutica (Alizadeh & Chavan, 2016; Marek & Németh, 2020).

Perante este cenário, a literatura tem sublinhado que a qualidade dos cuidados não depende apenas da competência técnica dos profissionais, mas também da qualidade das interações entre profissionais e pacientes, isto é, da saúde relacional. Em contextos culturalmente diversos, os fatores relacionais assumem particular relevância, dado que a capacidade de construir relações de confiança e compreensão mútua pode atenuar barreiras culturais e linguísticas (Evelyn, 2025). A evidência sugere que a competência intercultural dos profissionais se associa a melhorias na comunicação, na satisfação dos pacientes, na confiança nos profissionais e na participação ativa nos cuidados (Fernández et al., 2004; Chae et al., 2020).

Apesar destes avanços, a investigação mostra que os efeitos da competência intercultural e dos fatores relacionais em resultados clínicos mais objetivos, como indicadores biomédicos, permanecem mais heterogêneos.

## 2. Competência intercultural em saúde

### 2.1 Definição e dimensões da competência intercultural

A competência intercultural em saúde refere-se à capacidade dos profissionais e das organizações de saúde para comunicar, compreender e prestar cuidados eficazes a pacientes provenientes de diferentes contextos culturais, linguísticos e sociais (Hazazi et al., 2025). Trata-se de um conjunto integrado de conhecimentos, atitudes e competências que permite aos profissionais reconhecer e responder às necessidades culturais dos pacientes, promovendo interações clínicas mais eficazes e equitativas. De forma geral, a literatura frequentemente descreve a competência intercultural como a capacidade de trabalhar eficazmente em contextos culturalmente diversos, integrando consciência cultural, conhecimento cultural, competências comunicacionais e atitudes de respeito e abertura face à diversidade (Alizadeh & Chavan, 2016; Marek & Németh, 2020; Truong et al., 2014).

Nos sistemas de saúde contemporâneos, marcados por elevada diversidade cultural, a competência intercultural assume especial relevância. Diferenças linguísticas, valores culturais, crenças sobre a doença e expectativas face aos cuidados influenciam a comunicação clínica, a compreen-

são das recomendações médicas e a adesão aos tratamentos. Quando estas diferenças não são reconhecidas e integradas na prática clínica, podem surgir mal-entendidos, desconfiança e menor envolvimento dos pacientes nas decisões sobre a sua saúde.

### 2.2 Competência intercultural ao nível individual e organizacional

A literatura sobre competência intercultural em saúde sublinha que esta deve ser compreendida como um fenómeno multinível, envolvendo simultaneamente capacidades individuais dos profissionais de saúde e condições estruturais das organizações onde os cuidados são prestados (Handtke et al., 2019; Truong et al., 2014). A distinção entre competência intercultural individual e organizacional tem sido amplamente utilizada na investigação em saúde para explicar como os sistemas de cuidados respondem à crescente diversidade cultural das populações (Alizadeh & Chavan, 2016; Marek & Németh, 2020).

Esta abordagem reconhece que a qualidade das interações entre profissionais e pacientes não depende apenas do conhecimento cultural ou das atitudes dos profissionais, mas também das estruturas institucionais que apoiam práticas culturalmente sensíveis, incluindo políticas organizacionais, recursos linguísticos e estratégias de envolvimento comunitário (Almutairi, 2012).

Ao nível individual, a competência intercultural refere-se às competências e disposições dos profissionais de saúde que lhes permitem comunicar e trabalhar eficazmente com pacientes provenientes de contextos culturais diversos. Estas competências incluem geralmente quatro dimensões principais: conhecimento cultural, consciência cultural, atitudes e competências comunicacionais, que permitem compreender a influência dos fatores culturais nas crenças sobre saúde, nos comportamentos de procura de cuidados e nas expectativas em relação ao sistema de saúde (Alizadeh & Chavan, 2016; Marek & Németh, 2020).

Entre as competências mais frequentemente referidas na literatura encontram-se a comunicação culturalmente sensível, que envolve a adaptação da linguagem e das explicações clínicas às referências culturais e linguísticas do paciente; a avaliação cultural do paciente, incluindo a compreensão de crenças culturais relacionadas com a doença, o tratamento

e o papel da família; a empatia, respeito e abertura à diversidade, que contribuem para a construção de relações de confiança entre profissionais e pacientes; e a capacidade de trabalhar com intérpretes ou mediadores culturais, particularmente relevante em contextos de barreira linguística. Para além das competências individuais, a literatura destaca a importância da competência intercultural organizacional, entendida como a capacidade das instituições de saúde para criar ambientes que reconheçam e integrem a diversidade cultural nas práticas de cuidado. Este nível envolve a incorporação da diversidade nas políticas institucionais, nos sistemas de gestão e nos modelos de prestação de cuidados (Handtke et al., 2019).

Entre os principais componentes da competência cultural organizacional encontram-se programas estruturados de formação em competência cultural e comunicação intercultural para profissionais de saúde; diversidade na força de trabalho, permitindo maior representação cultural e linguística entre profissionais; serviços de tradução e interpretação, fundamentais para reduzir barreiras linguísticas na comunicação clínica; estratégias de envolvimento comunitário, que facilitam a adaptação dos serviços às necessidades culturais das populações; integração da diversidade cultural nas políticas e protocolos institucionais, promovendo cuidados equitativos (González-Carvajal et al., 2026).

Importa ainda destacar que intervenções centradas exclusivamente na formação individual tendem a produzir efeitos limitados se não forem acompanhadas por mudanças organizacionais. Em Truong et al. (2014) e Vella et al. (2022) foi indicado que programas de formação em competência cultural melhoram o conhecimento e as atitudes dos profissionais, mas os impactos em resultados clínicos são mais consistentes quando estas iniciativas são integradas em estratégias institucionais mais amplas.

### 3. Fatores relacionais na prestação de cuidados interculturais

#### 3.1 Comunicação centrada no paciente

A comunicação centrada no paciente assenta na capacidade de os profissionais de saúde compreenderem a experiência subjetiva da doença, reconhecerem as preocupações do paciente e envolverem o doente de forma ativa no processo de decisão clínica. Em contextos interculturais, a comunica-

ção centrada no paciente assume particular relevância, uma vez que diferenças linguísticas, culturais e sociais podem interferir significativamente na interpretação dos sintomas, na compreensão das recomendações médicas e na adesão terapêutica (Alizadeh & Chavan, 2016; Stubbe, 2020).

A literatura demonstra que níveis mais elevados de competência intercultural entre profissionais de saúde estão associados a melhorias consistentes nos processos de comunicação (Harmsen et al., 2005). Entre os efeitos mais frequentemente identificados encontram-se uma maior capacidade de escutar as preocupações dos pacientes, maior clareza nas explicações sobre a doença e o tratamento e níveis mais elevados de participação do paciente nas decisões clínicas. Estas melhorias traduzem-se, aparentemente, em maiores níveis de satisfação com os cuidados, maior confiança na relação terapêutica e uma perceção mais positiva da qualidade dos serviços de saúde, embora a evidência ainda seja limitada (Chae et al., 2020; Handtke et al., 2019; Lauwers et al., 2024).

Para além da dimensão linguística, a comunicação centrada no paciente envolve também competências relacionais mais amplas, como empatia, escuta ativa e sensibilidade às experiências culturais do paciente que promovem níveis mais elevados de confiança na relação paciente-profissional, o que constitui um fator mediador importante entre os processos de cuidado e os resultados em saúde (Horvat et al., 2014; Truong et al., 2014).

Importa ainda sublinhar que a comunicação centrada no paciente não se limita à transmissão de informação clínica, mas envolve também a construção de uma relação terapêutica baseada na compreensão mútua e no reconhecimento da experiência do paciente.

#### 3.2 Confiança e relação terapêutica

A confiança entre paciente e profissional de saúde é muito relevante, uma vez que diferenças linguísticas, culturais e sociais podem gerar incerteza, perceções de distância cultural e dificuldades de comunicação entre pacientes e profissionais. A literatura demonstra de forma consistente que níveis mais elevados de confiança estão associados a melhores experiências de cuidado, maior adesão às recomendações clínicas e melhores resultados em saúde (Handtke et al., 2019; Truong et al., 2014).

A confiança no profissional de saúde está intimamente ligada à percepção de respeito, empatia e compreensão por parte do paciente. Quando os profissionais demonstram competências interculturais, como sensibilidade cultural, capacidade de escuta e comunicação centrada no paciente, os pacientes tendem a perceber o encontro clínico como mais seguro e legitimador das suas experiências culturais e pessoais. Estas dinâmicas contribuem para níveis mais elevados de satisfação com os cuidados, maior envolvimento do paciente no processo terapêutico e maior continuidade na utilização dos serviços de saúde (Alizadeh & Chavan, 2016; Handtke et al., 2019).

A evidência sugere igualmente que a confiança pode influenciar diretamente determinados resultados clínicos, especialmente em condições que exigem uma forte colaboração entre paciente e profissional ao longo do tempo.

Para além da confiança, a literatura tem enfatizado o conceito de relação terapêutica, originalmente desenvolvido no campo da psicoterapia, mas progressivamente aplicado ao contexto médico. A *working alliance* refere-se à qualidade da colaboração entre paciente e profissional, incluindo três componentes principais: acordo quanto aos objetivos do tratamento, consenso relativamente às tarefas terapêuticas e estabelecimento de um vínculo relacional de confiança e respeito mútuo (Fuertes et al., 2009).

Em contextos interculturais, a relação terapêutica assume um papel ainda mais relevante, pois pode compensar a ausência de concordância cultural entre paciente e profissional. Mesmo quando não existe correspondência étnica ou linguística entre ambos, a presença de competências relacionais pode facilitar a construção de confiança e promover uma relação clínica eficaz (Stubbe, 2020; Drossman et al., 2021).

### 3.3 Empatia, respeito e reconhecimento

Outro fator relacional central na prestação de cuidados em contextos culturalmente diversos é a capacidade de o profissional de saúde demonstrar empatia, respeito e reconhecimento da experiência vivida pelo paciente. Estes elementos constituem dimensões fundamentais da qualidade relacional dos cuidados e influenciam de forma significativa a percepção que os pacientes têm da atenção recebida, bem como o nível de confiança estabelecido na relação terapêutica (Carrasquilla Baza & Pérez Quintero, 2018). A literatura des-

taca que a eficácia dos cuidados não depende apenas do conhecimento técnico ou cultural do profissional, mas também da sua capacidade de estabelecer uma relação marcada pela escuta ativa, validação da experiência do paciente e sensibilidade às suas necessidades culturais e pessoais (Handtke et al., 2019; Stubbe, 2020; Alizadeh & Chavan, 2016).

A empatia, entendida como a capacidade de compreender e responder de forma sensível às emoções, preocupações e perspetivas do paciente, desempenha um papel particularmente relevante em contextos interculturais, onde as diferenças linguísticas, sociais ou culturais podem gerar sentimentos de vulnerabilidade ou incompreensão.

Este tipo de evidência sugere que a experiência de cuidado é profundamente moldada pela dimensão relacional da interação clínica. Em particular, a forma como o cuidado é prestado – isto é, o modo como os profissionais comunicam, escutam e reconhecem a pessoa do paciente – pode ser tão ou mais relevante para a percepção de qualidade do que o próprio conteúdo técnico do tratamento. Assim, a competência intercultural não deve ser entendida apenas como um conjunto de conhecimentos sobre culturas específicas, mas também como um conjunto de capacidades relacionais que permitem construir relações de cuidado baseadas no reconhecimento da dignidade, identidade e experiência singular de cada paciente (Handtke et al., 2019; Schouten et al., 2023). Desta forma, empatia, respeito e reconhecimento constituem pilares essenciais da prestação de cuidados interculturais, contribuindo para a construção de relações terapêuticas mais seguras, inclusivas e centradas na pessoa. Estas competências relacionais permitem não apenas melhorar a experiência do paciente, mas também criar condições para uma comunicação mais eficaz, maior participação no processo de decisão clínica e, conseqüentemente, melhores resultados nos cuidados de saúde.

## 4. Impacto na qualidade dos cuidados de saúde

### 4.1 Satisfação do paciente e experiência de cuidado

A literatura sobre competência intercultural em saúde tem vindo a mostrar que os efeitos mais robustos destas competências se manifestam sobretudo nos indicadores relacionados com a experiência do paciente e com a qualidade

relacional dos cuidados. Em contextos culturalmente diversos, fatores como a comunicação, respeito, compreensão cultural e participação nas decisões clínicas desempenham um papel determinante na forma como os pacientes percebem os cuidados recebidos (Alizadeh & Chavan, 2016; Handtke et al., 2019; Truong et al., 2014). Alguns artigos mostram que profissionais de saúde com maior competência intercultural e melhores competências relacionais tendem a promover interações mais centradas no paciente, contribuindo para níveis mais elevados de satisfação e confiança no sistema de saúde.

De facto, alguns estudos demonstram melhorias em indicadores como a satisfação com os cuidados, a percepção de respeito e compreensão por parte dos profissionais, a qualidade da comunicação clínica e o envolvimento do paciente nos processos de decisão (Alsharari et al., 2024). Estes resultados estão relacionados com a capacidade dos profissionais de reconhecerem as necessidades culturais, linguísticas e sociais dos pacientes e de ajustarem a sua prática clínica a essas especificidades (Handtke et al., 2019; Lauwers et al., 2024). Em particular, a comunicação culturalmente sensível permite uma melhor identificação das preocupações do paciente e facilita a explicação de diagnósticos e tratamentos de forma compreensível e significativa para o seu contexto cultural.

As intervenções formativas destinadas a desenvolver competência intercultural entre profissionais de saúde demonstram também efeitos positivos na experiência do paciente (Lee et al., 2025). De facto, programas de formação que incluem componentes de comunicação intercultural, reflexão sobre preconceitos implícitos e desenvolvimento de competências de avaliação cultural têm sido associados a melhorias substanciais nas percepções dos pacientes relativamente ao respeito, à escuta e à clareza das explicações fornecidas pelos profissionais (Chae et al., 2020; Horvat et al., 2014).

A evidência mostra ainda que a satisfação do paciente está fortemente associada à qualidade da relação terapêutica e à percepção de reconhecimento e respeito durante as interações clínicas. Efetivamente, estudos sobre comunicação médico-paciente indicam que a qualidade da interação – caracterizada por empatia, escuta ativa e participação do paciente nas decisões – constitui um dos determinantes mais relevantes da experiência de cuidado (Drossman et al., 2021).

Em contextos interculturais, estes elementos relacionais assumem uma importância acrescida, uma vez que podem compensar diferenças culturais ou linguísticas e promover um ambiente de confiança e colaboração.

Importa notar que a melhoria da experiência do paciente não resulta apenas do conhecimento específico sobre determinadas culturas, mas sobretudo da qualidade relacional das interações estabelecidas entre profissionais e pacientes. Estudos qualitativos realizados em contextos hospitalares demonstram que os pacientes valorizam particularmente a forma como os cuidados são prestados – incluindo atitudes de respeito, interesse genuíno e sensibilidade às suas experiências – mais do que o conhecimento técnico detalhado sobre práticas culturais específicas (Degrie et al., 2020; Weech-Maldonado et al., 2012)). Nestes casos, a experiência de cuidado positivo emerge quando os pacientes sentem que são reconhecidos como pessoas, escutados nas suas preocupações e envolvidos nas decisões relativas ao seu tratamento.

#### 4.2 Participação do paciente e envolvimento no cuidado

A competência intercultural desempenha um papel relevante na promoção da participação ativa dos pacientes nos cuidados de saúde, especialmente em contextos caracterizados por elevada diversidade cultural. A literatura evidencia que diferenças culturais, linguísticas e sociais podem influenciar significativamente a forma como os pacientes participam nas consultas médicas, expressam preocupações ou se envolvem nas decisões clínicas. Em particular, pacientes pertencentes a minorias culturais ou migrantes tendem a demonstrar níveis mais baixos de participação verbal durante as consultas, frequentemente devido a barreiras linguísticas, normas culturais relacionadas com autoridade médica ou experiências prévias de discriminação ou incompreensão no sistema de saúde (Schouten et al., 2007; Alizadeh & Chavan, 2016).

Neste contexto, a qualidade da comunicação estabelecida pelos profissionais de saúde revela-se um fator determinante para a promoção do envolvimento do paciente. Estudos empíricos mostram que estilos de comunicação mais afetivos, empáticos e participativos por parte dos profissionais aumentam significativamente a probabilidade de os pacientes colocarem questões, expressarem dúvidas e participa-

rem nas decisões relativas ao seu tratamento. A evidência indica que o comportamento comunicacional dos profissionais – nomeadamente a utilização de linguagem clara, a demonstração de interesse genuíno pelas preocupações do paciente e a criação de um ambiente relacional seguro – contribui para níveis mais elevados de participação e satisfação com os cuidados recebidos (Schouten et al., 2007; Drossman et al., 2021).

Além disso, a competência intercultural dos profissionais tem sido associada a processos de cuidado mais centrados no paciente, que incluem práticas como a tomada de decisão partilhada, a adaptação das explicações clínicas ao contexto cultural do paciente e o reconhecimento das suas preferências e valores. Estes fatores favorecem o desenvolvimento de relações terapêuticas mais colaborativas e aumentam a perceção de autonomia e empoderamento por parte dos pacientes. Em estudos realizados com populações culturalmente diversas, verificou-se que profissionais com maior competência intercultural apresentam melhores resultados em domínios como o envolvimento do paciente, a compreensão mútua e a participação nas decisões clínicas (Fernández et al., 2004; Horvat et al., 2014).

De forma geral, a promoção de competências interculturais – combinada com práticas de comunicação centradas no paciente – constitui um elemento essencial para reforçar o envolvimento dos pacientes nos processos de cuidado e melhorar a qualidade global dos serviços de saúde (Handtke et al., 2019; Truong et al., 2014).

## 5. Impacto nos resultados em saúde

### 5.1 Resultados comportamentais

Os efeitos mais consistentes da competência intercultural nos sistemas de saúde observam-se ao nível dos comportamentos de saúde dos pacientes. Entre estes comportamentos incluem-se a adesão à medicação, a frequência de consultas, a participação em decisões clínicas e a continuidade dos cuidados (Horvat et al., 2014; Truong et al., 2014). A literatura demonstra que estes resultados estão associados à qualidade das interações entre pacientes e profissionais, sobretudo em contextos caracterizados por diversidade cultural e linguística (Hazazi et al., 2025).

Diversos estudos indicam que a competência intercultural dos profissionais de saúde está associada a melhor adesão terapêutica e maior autoeficácia dos pacientes no tratamen-

to. Num estudo realizado com pacientes com doenças crónicas provenientes de diferentes grupos étnicos, a perceção de competência multicultural por parte dos médicos foi um preditor significativo da adesão ao tratamento e da satisfação com os cuidados recebidos (Fuertes et al., 2009).

A evidência disponível sugere também que a competência intercultural pode contribuir para reduzir barreiras comportamentais ao acesso e utilização dos serviços de saúde. Os pacientes provenientes de minorias culturais ou linguísticas frequentemente enfrentam obstáculos relacionados com comunicação inadequada, perceção de discriminação ou falta de compreensão das suas necessidades culturais. Estas experiências podem levar à evitação dos serviços de saúde ou à interrupção prematura do tratamento. Contudo, que quando os pacientes percebem os profissionais como culturalmente sensíveis e respeitadores, diminuem sentimentos de vergonha ou constrangimento associados a interações negativas no sistema de saúde, reduzindo assim a probabilidade de evitarem cuidados médicos (Flynn et al., 2019).

Outro domínio relevante diz respeito à participação ativa do paciente nas decisões clínicas. A competência intercultural e as competências relacionais favorecem a construção de uma relação terapêutica mais colaborativa, na qual os pacientes se sentem legitimados a expressar preocupações, preferências e valores culturais relacionados com o tratamento (Handtke et al., 2019; Schouten et al., 2007). A evidência mostra que estilos de comunicação mais afetivos e participativos por parte dos profissionais podem aumentar significativamente o envolvimento dos pacientes durante as consultas médicas, contribuindo para decisões clínicas mais informadas e partilhadas.

De forma geral, a evidência empírica sugere que a competência intercultural atua sobretudo através de mecanismos relacionais, melhorando a comunicação, a confiança e o envolvimento do paciente no processo de cuidado. Estes mecanismos, por sua vez, influenciam comportamentos fundamentais para o sucesso do tratamento, como a adesão terapêutica, a continuidade do acompanhamento e a participação nas decisões clínicas (Alizadeh & Chavan, 2016; Drossman et al., 2021).

### 5.2 Resultados clínicos

A evidência sobre o impacto da competência intercultural em resultados clínicos objetivos apresenta resultados mais

heterogêneos do que aqueles observados em indicadores relacionais ou experientialmente reportados pelos pacientes (Horvat et al., 2014; Truong et al., 2014). Em doentes com diabetes, alguns estudos não identificaram efeitos estatisticamente significativos da competência cultural dos profissionais em indicadores como o controlo do colesterol LDL ou a perda de peso, sugerindo que certos desfechos biomédicos dependem sobretudo de fatores farmacológicos e fisiológicos relativamente independentes da interação relacional (Horvat et al., 2014).

Contudo, quando se analisam condições clínicas em que os resultados dependem fortemente da colaboração contínua entre paciente e profissional, a evidência torna-se mais consistente.

Em síntese, a literatura sugere que a competência intercultural exerce o seu maior impacto nos resultados em saúde através de mecanismos relacionais e comportamentais, influenciando processos como adesão terapêutica, participação no cuidado e continuidade do tratamento, que por sua vez podem estar associados para melhores resultados clínicos ao longo do tempo (Alizadeh & Chavan, 2016; Horvat et al., 2014; Truong et al., 2014).

## 6. Síntese

A literatura sugere que a competência intercultural melhora a qualidade dos cuidados sobretudo por via de mecanismos relacionais, como a comunicação, confiança, empatia e reconhecimento, constituindo um componente essencial de sistemas de saúde centrados na pessoa e mais inclusivos, apesar de efeitos menos consistentes nos resultados clínicos objetivos.

## Referências

- Alizadeh, S., & Chavan, M. (2016). Cultural competence dimensions and outcomes: A systematic review of the literature. *Health & Social Care in the Community*, 24(6), e117–e130. <https://doi.org/10.1111/hsc.12293>
- Alizadeh, S., & Chavan, M. (2020). Perceived cultural distance in healthcare in immigrant intercultural medical encounters. *International Migration*. <https://doi.org/10.1111/imig.12680>
- Almutairi, A. F. (2012). A case study examination of the influence of cultural diversity in the multicultural nursing workforce on the quality of care and patient safety in a Saudi Arabian hospital.
- Alsharari, R., Alofi, H., Alrashedi, F., Al-Rashedi, O., Albelew, A., Aljohani, M., Alazhari, O., Alharbi, H., Hafidhi, E., & Mariee, A. (2024). Effectiveness of nursing cultural competency in improving healthcare delivery in diverse populations including ethnic minorities: An integrative review. *Journal of International Crisis and Risk Communication Research*. <https://doi.org/10.63278/jicrcr.v7i2.1150>

- Carrasquilla Baza, D. A., & Pérez Quintero, C. (2018). Experiencias del cuidado de enfermería en contexto intercultural. *Cultura de los Cuidados*. <https://doi.org/10.14198/CUID.2018.51.14>
- Chae, D., Kim, J., Kim, S., et al. (2020). Effectiveness of cultural competence educational interventions on health professionals and patient outcomes: A systematic review. *Japan Journal of Nursing Science*. <https://doi.org/10.1111/jjns.12326>
- Evelyn, M. (2025). Cultural competency in healthcare: Improving provider-patient relationships. *Research Invention Journal of Scientific and Experimental Sciences*. <https://doi.org/10.59298/rijses/2025/518083>
- Fernández, A., Schillinger, D., Grumbach, K., et al. (2004). Physician language ability and cultural competence: An exploratory study of communication with Spanish-speaking patients. *Journal of General Internal Medicine*. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.30266.x>
- Flynn, P. M., Betancourt, H. M., Emerson, N., et al. (2019). Health professional cultural competence reduces the psychological and behavioral impact of negative healthcare encounters. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*. <https://doi.org/10.1037/cdp0000295>
- Fuertes, J. N., Boylan, L., & Fontanella, J. A. (2009). Behavioral indices in medical care outcome: The working alliance, adherence, and related factors. *Journal of General Internal Medicine*. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0841-4>
- González-Carvajal, J., González Nahuelquin, C., Solano Ruiz, C., & Andina Díaz, E. (2026). Intercultural health: Healthcare strategies in hospitals –A qualitative meta-synthesis. *Nursing Forum*. <https://doi.org/10.1155/nuf/3876846>
- Handtke, O., Schilgen, B., & Mösko, M. (2019). Culturally competent healthcare – A scoping review of strategies implemented in healthcare organizations and a model of culturally competent healthcare provision. *PLoS ONE*, 14, e0219971. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219971>
- Harmsen, H., Bernsen, R., Meeuwesen, L., et al. (2005). The effect of educational intervention on intercultural communication: Results of a randomized controlled trial. *British Journal of General Practice*.
- Hazay, Y. A. M., Najdi, M. S., Alsadi, N. M. R., et al. (2025). Cultural competence in nursing and laboratory services: A systematic review of the influence of cultural factors on patient interactions and health outcomes. *Saudi Journal of Medicine and Public Health*. <https://doi.org/10.64483/jmph-187>
- Horvat, L., Horey, D., Romios, P., & Kis-Rigo, J. (2014). Cultural competence education for health professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009405.pub2>
- Lauwers, E. D. L., Vandecasteele, R., McMahan, M., et al. (2024). The patient perspective on diversity-sensitive care: A systematic review. *International Journal for Equity in Health*. <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02189-1>
- Lee, Y., Sung, S., & Fan, X. (2025). Cultural competency education for healthcare professionals: An umbrella review. *BMC Medical Education*. <https://doi.org/10.1186/s12909-025-08008-7>
- Marek, E., & Németh, T. (2020). Intercultural competence in healthcare. *Orvosi Hetilap*. <https://doi.org/10.1556/650.2020.31836>
- Schouten, B., Meeuwesen, L., Tromp, F., & Harmsen, H. (2007). Cultural diversity in patient participation: The influence of patients' characteristics and doctors' communicative behaviour. *Patient Education and Counseling*. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.03.018>
- Schouten, B., Manthey, L., & Scarvaglieri, C. (2023). Teaching intercultural communication skills in healthcare to improve care for culturally and linguistically diverse patients. *Patient Education and Counseling*. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107890>
- Stubbe, D. (2020). Practicing cultural competence and cultural humility in the care of diverse patients. *Focus*. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20190041>
- Truong, M., Paradies, Y., & Priest, N. (2014). Interventions to improve cultural competency in healthcare: A systematic review of reviews. *BMC Health Services Research*, 14, 99. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-99>
- Vella, E., White, V., & Livingston, P. (2022). Does cultural competence training for health professionals impact culturally and linguistically diverse patient outcomes? A systematic review of the literature. *Nurse Education Today*.
- Weech-Maldonado, R., Elliott, M., Pradhan, R., et al. (2012). Can hospital cultural competency reduce disparities in patient experiences with care? *Medical Care*. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182610ad1>

## Nota

Para a elaboração deste artigo foram utilizadas ferramentas de inteligência artificial (Consensus e Elicit).



## No mundo global *entre barreiras e pontes*

**Margarida Cordo**  
Psicóloga Clínica

**N**a nova estrutura do mundo global, com predomínio de desconfianças, isolamento tecnológico, enormes necessidades de aculturação, (...) muitos povos chocam com os outros, frequentemente devido a culturas e ideologias distintas. Isto torna urgente que se fortaleça o diálogo entre as diferentes sociedades e obriga à proteção internacional dos direitos humanos.

**As migrações sempre existiram. O seu formato é que se tem modificado enormemente.**

Dante Moreira Leite, um pioneiro da Psicologia Social no Brasil, disse em, 1954, que a participação numa cultura não é obstáculo intransponível para o ajustamento a outra, desde que o indivíduo tenha possibilidade material (eu diria também circunstancial e pessoal) de adquirir as competências exigidas pelo novo ambiente. É preciso, pois, um processo psíquico de adaptação e criação de uma sociedade que dê conta de tudo o que foi aprendido e incorporado, assim como do que foi excluído e afastado.

**A interculturalidade, por outro lado, não é algo natural.** Na verdade, digo eu, o que está em causa é a instalação de uma nova relação com a vida, que contemple a tolerância para conseguir a convivência e o enriquecimento mútuos. Devido às migrações no seu formato predominante atual, expatriamentos, exílios, refúgios, intercâmbio de profissionais e de mão-de-obra qualificada e não qualificada entre nações, surgem os conceitos de **multiculturalidade, transculturalidade e interculturalidade.**

A *multiculturalidade* supõe muitas culturas, mas a hegemonia de uma sobre as outras. São várias culturas em contacto, mas não se misturam.

Na *transculturalidade* as culturas ficam em diálogo, tornando-se permeáveis e estabelecendo trocas de ideias. Podem, naturalmente, ver a mesma realidade desde pontos de vista diferentes.

A *interculturalidade* supõe um diálogo de confiança em permanência e paridade. Nenhum ponto de vista prevalece sobre o outro. Baseia-se em respeito mútuo, crescimento de cada grupo, diversidade e integração.

Entretanto há, pelo menos, mais dois conceitos relevantes para esta temática – o *sincretismo cultural*, que se refere aos processos sociais através dos quais as crenças e as práticas de duas culturas únicas se misturam e criam novas características culturais e a *variação cultural*, que, por sua vez, diz respeito às diferenças de comportamentos que as diversas culturas adotam.

Nos cuidados de saúde, a relevância da transição/aceitação para este “admirável mundo novo” é vital. **Enquanto a multiculturalidade apenas tolera a diferença no balcão da urgência, por assim dizer, a interculturalidade humaniza o diagnóstico.** Ela transforma o ato clínico num espaço de paridade, onde a intervenção médica e o universo simbólico do outro convergem, sendo muito mais do que traduzir palavras de forma correta e precisa. Só assim a cura/eficácia da ação deixa de ser uma imposição técnica para se tornar um processo de confiança recíproca e de plena justiça social.

Na saúde mental, a interculturalidade é o único antídoto contra o *diagnóstico cego*. Permite-nos ler o sofrimento não como um erro biológico universal, mas como uma narrativa única, onde a cultura do paciente e o rigor da atuação clínica dialogam “em busca de sentido.”

Por tudo isto, antes de terminar, vale a pena invocar três pilares da saúde mental, olhada na perspectiva deste texto:

- A *competência cultural* – Capacidade de entender que o sofrimento psíquico é expresso de formas diferentes;
- O chamado *luto migratório*: Muitas vezes, o desejo de “voltar atrás” está ligado à perda das referências culturais, do suporte familiar e da própria identidade que a pessoa tinha no seu país;
- As *barreiras invisíveis*, nas quais se incluem o estigma associado à doença mental, que também variam drasticamente entre culturas, pois assumem contornos muito variados.

Em síntese, a interculturalidade não é apenas um ideal ético. É uma exigência clínica e social num mundo que já não pode fingir homogeneidade. ■



ORDEM HOSPITALREIRA DE  
**S. JOÃO DE DEUS**  
PROVÍNCIA PORTUGUESA

# Contactos

Rua São Tomás de Aquino, 20  
1600-871 Lisboa  
(+351) 217 213 300\*  
sede@isjd.pt  
www.isjd.pt

## Instituto S. João de Deus

Rua São Tomás de Aquino, 20  
1600-871 Lisboa  
(+351) 217 213 300\*  
sede@isjd.pt

## Museu S. João de Deus

Estrada do Telhal, 55  
2725-588 Mem Martins  
(+351) 219 179 200\*  
museu@isjd.pt

## Residência S. João de Deus

Rua São João de Deus, 6  
2495-456 Fátima  
(+351) 249 534 627\*  
irmaos.fatima@isjd.pt

## Fundação S. João de Deus

Av. Júlio Dinis, 23 – S/L.  
1050-130 Lisboa  
(+351) 217 213 300\*  
sede@fsjd.pt  
www.fsjd.pt

## Missão em Timor-Leste

Irmãos de S. João de Deus  
Caixa Postal 100  
88001 Dili – Timor-Leste  
(+351) 00 670 725 7859\*\*\*  
irmaos.timor@isjd.pt

## Unidades de Saúde do Instituto S. João de Deus

### ISJD–Telhal

Estrada do Telhal, 55  
2725-588 Mem Martins  
(+351) 219 179 200\*  
cst.telhal@isjd.pt

### ISJD–Funchal

Caminho do Trapiche, s/n  
Santo António  
Caixa Postal 4376  
9020-126 Funchal  
(+351) 291 741 032\*  
cssjd.funchal@isjd.pt

### ISJD–Angra do Heroísmo

Rua Dr. Aníbal Bettencourt, s/n  
Caixa Postal 1102  
9701-902 Angra do Heroísmo  
(+351) 295 204 330\*  
cssr.angra@isjd.pt

### ISJD–Barcelos

Av. Paulo Felisberto, 205  
4750-783 Barcelos  
(+351) 253 808 210\*  
cssjd.barcelos@isjd.pt

### ISJD–Ponta Delgada

Rua de São João de Deus, s/n  
Caixa Postal 155  
9501-902 Ponta Delgada  
(+351) 296 201 600\*  
cssm.pdelgada@isjd.pt

### ISJD–Montemor-o-Novo

Rua de Avis, 89  
7050-089 Montemor-o-Novo  
(+351) 266 898 040\*  
hospital.montemor@isjd.pt

### ISJD–Areias de Vilar

Largo São João de Deus, 1  
4755-044 Areias de Vilar  
(+351) 253 919 000\*  
cssj.vilar@isjd.pt

### ISJD–Gelfa

Rua da Gelfa, s/n  
4910-012 Âncora  
258 915 395  
usgelfa@isjd.pt

### ISJD–Melgaço

Rua Fonte da Vila, s/n  
4960-546 Melgaço  
251 418 312  
usmd.melgaco@isjd.pt

### ISJD–Lisboa

Rua São Tomás de Aquino, 20  
1600-871 Lisboa  
(+351) 217 213 300\*  
csja@isjd.pt

### ISJD–Carnaxide

Avenida João Paulo II, 29  
2790-249 Carnaxide  
211 147 700  
geral.carnaxide@isjd.pt



FUNDAÇÃO  
S. JOÃO DE DEUS

# FAÇA O IRS COM O CORAÇÃO: PENSE NA SAÚDE MENTAL

CONSIGNE O SEU IRS À  
FUNDAÇÃO S. JOÃO DE DEUS  
**507 807 987**

SAIBA MAIS EM:

[WWW.IRS.FSJD.PT](http://WWW.IRS.FSJD.PT)

**DOE 1% DO SEU IRS  
E APOIE A 100% A SAÚDE MENTAL**

CONSIGNAR O SEU IRS NÃO LHE CUSTA NADA  
A SUA DOAÇÃO APOIARÁ PROJECTOS DE SAÚDE MENTAL