



Anabela Carvalho
Sequeira Pires

Interculturalidade no Serviço de Urgência

Cuidados de Enfermagem Culturalmente
Congruentes aos Doentes/ Famílias de Etnia
Cigana no Serviço de Urgência do Hospital X

Trabalho de Projeto

Agosto de 2013

[DECLARAÇÕES]

Declaro que este Trabalho de Projeto é o resultado de investigação orientada e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

(Anabela Pires)

Setúbal, agosto de 2013

Declaro que este Trabalho de Projeto se encontra finalizado e em condições de ser apreciado pelo júri a designar.

O (A) orientador(a),

Setúbal, ____ de _____ de _____

NOTA INTRODUTÓRIA

A elaboração deste trabalho teve como base os fundamentos, enquadramento e roteiro normativo do Trabalho de Mestrado da Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal de setembro de 2011.

Este documento foi escrito ao abrigo do novo Acordo Ortográfico, que entrou em vigor em 2009.

As referências bibliográficas têm por base as normas da *American Psychological Association*, 6ª edição.

Procurou-se proteger o direito ao anonimato de todos os que participaram neste projeto, bem como da própria instituição hospitalar, tendo-se optado por esse motivo, por identificar a mesma por Hospital X, e as pessoas pela inicial do seu nome.

A autora,

(Anabela Pires)

RESUMO

Este documento na sua génese relata a aquisição de competências profissionais diferenciadas e o desenvolvimento de saberes teóricos e práticos da enfermagem Médico – Cirúrgica. Esta aquisição, no âmbito da frequência do 1º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal , fez-se através de dois aspetos, o desenvolvimento de um Projeto de Intervenção em Serviço e um Projeto de Aprendizagem de Competências, que ocorreram, em contexto de estágio, num serviço de urgência.

Com a redação deste trabalho quisemos analisar o nosso percurso e transversalmente de forma crítica e reflexiva, descrever as atividades desenvolvidas, apoiadas nos conhecimentos teórico práticos adquiridos, suportadas nos valores éticos e deontológicos.

O Projeto de aprendizagem de competências teve como referencial orientador a aquisição, desenvolvimento e aprofundamento das competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.

A utilização de ferramentas diagnósticas, no projeto de intervenção, permitiram fundamentar um problema/oportunidade; défice de conhecimentos acerca da cultura cigana, que pode influenciar a prática dos cuidados, neste sentido, por acreditarmos ser uma área de intervenção relevante, decidimos contribuir para a prestação de cuidados culturalmente congruentes aos doentes/famílias de etnia cigana, num serviço de urgência.

Numa proposta de humanização dos cuidados de saúde, que considera a Pessoa no seu todo, é imprescindível o reconhecimento de que todos os seres humanos são culturalmente únicos.

Palavras-chave: Competências; Cuidados de Enfermagem; Cultura.

ABSTRACT

This document, in its genesis describes the acquisition of professional competencies and the development of about medical-surgical nursing.

This acquisition, in the context of the first PhD in medical-surgical nursing of the IPL's superior school of health, was done in two ways, with the development of an intervention project in the service and with a competencies acquisition project. Such projects were made in the context of a professional internship in an emergency room.

With the redaction of this paper our goal was to analyse our path and, in a reflexive and critical way, describe the develop activities, supported in the theoretical and practical knowledge acquired and supported in ethical values.

The competencies acquisition project had as guidance the acquisition and development of the specific competencies of the nurse specialist in people in critical situation.

The use of diagnostic tools, in the intervention project, allowed to ground one opportunity/problem: deficit of understanding about the gipsy culture, which can tamper with the quality of care. Because we believe that is an important area of expertise, we decided to contribute to the ministrations of cultural informed care to gipsy patients/families in the emergency room.

Inserted in a proposal of humanization of the health care, that considers the individual in its all, its indispensable the recognition that all human beings are cultural unique.

Key words: Competencies; Nursing care; Culture.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Abreviaturas:

Sr^a – Senhora.

Sras – Senhoras.

Siglas:

ACEL – Acidente Catastrófico de Efeitos Limitados.

CA – Conselho de Administração.

CCI – Comissão de Controlo de Infeção

CCIH – Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar.

CER – Conselho Europeu de Ressuscitação.

DGS – Direção Geral de Saúde.

ESS – Escola Superior de Saúde.

ERCI – Comissão Europeia Contra o Racismo e a Intolerância.

FMO – Falência Multi Orgânica.

GCI – Gabinete de Comunicação e Imagem.

GGR – Gabinete de Gestão do Risco..

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde.

ICN – International Council of Nurses.

IPAD – Instituto Português de Apoio e Desenvolvimento.

ISCTE – Instituto Superior de Ciências do Trabalho e do Emprego.

OMS – Organização Mundial da Saúde.

PAC – Projeto de Aprendizagem de Competências.

PCR – Paragem Cardiorrespiratória.

PEI – Plano de Emergência Interno.

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço.

PNCI – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados
de Saúde.

SO – Sala de Observações.

SUG – Serviço de Urgência Geral.

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos.

UIPA – Unidade Polivalente de Agudos.

“A diversidade das culturas humanas está atrás de nós, à nossa volta e à nossa frente. A única reivindicação que podemos fazer a este respeito é que ela se realize de modo que cada forma seja uma contribuição para a maior generosidade das outras.”

(Strauss C. L., 1996, p. 18) .

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
I. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	14
1. ENFERMAGEM MULTICULTURAL	18
1.1. ENFERMAGEM TRANSCULTURAL.....	18
1.2. DEFINIÇÃO DE CONCEITOS	23
1.3. COMPETÊNCIA CULTURAL	27
1.4. BARREIRAS AO CUIDAR CULTURALMENTE COMPETENTE.....	29
1.5. CULTURA/SAÚDE/DOENÇA.....	31
2. O POVO CIGANO	34
2.1. A HISTÓRIA E ORIGEM DO POVO CIGANO	34
2.2. O POVO CIGANO EM PORTUGAL	36
2.3. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO/CULTURAL	38
2.3.1. A Língua	39
2.3.2. As Mulheres	39
2.3.3. A Religião	40
2.3.4. A Morte e o Luto	40
2.3.5. Coesão Social e Papel dos mais Velhos	41
2.4. COMPORTAMENTO EM SITUAÇÃO DE DOENÇA.....	42
3. CATÁSTROFE OU EMERGÊNCIA MULTI-VÍTIMAS	46
4. INFEÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE PRESTADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	49
5. A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E OU FALÊNCIA ORGÂNICA	54
II. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO (PIS)	58
1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	62
2. OBJETIVOS	68
3. PLANEAMENTO DO PIS	69
3.1. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	70
4. EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DO PIS	71
5. SÍNTESE FINAL DO PIS	79
III. PROJETO DE APRENDIZAGEM DE COMPETÊNCIAS (PAC)	82

1. PLANEAMENTO DO PAC	84
1.1. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	85
2. EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DO PAC	86
3. SÍNTESE FINAL DO PAC	99
IV. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	101
1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	102
2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO- CIRÚRGICA	106
3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO- CIRÚRGICA	111
CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
BIBLIOGRAFIA	119
APÊNDICES	128
Apêndice I Ficha de diagnóstico de situação	129
Apêndice II Análise Swot.....	138
Apêndice III Questionário	140
Apêndice IV Pedido de autorização	146
Apêndice V Consentimento informado.....	148
Apêndice VI Opções metodológicas apresentação e análise dos resultados do questionário efetuado à equipa de enfermagem do SUG.....	150
Apêndice VII Quadro resumo do planeamento do projeto de intervenção em serviço (PIS).....	171
Apêndice VIII Cronograma de atividades do PIS	180
Apêndice IX Glossário temático	184
Apêndice X Guia de acolhimento	195
Apêndice XI Planeamento de ação de formação	199
Apêndice XII Ação de formação.....	209
Apêndice XIII Impresso mod.6/08 do núcleo de investigação e formação em enfermagem do Hospital X.....	226
Apêndice XIV Avaliação da ação de formação	229
Apêndice XV Guião de entrevista a mediador cultural de um Hospital Pediátrico	237
Apêndice XVI Entrevista a mediador cultural de um Hospital Pediátrico	242
Apêndice XVII Descrição de competências do enfermeiro de referência para	

	doentes/famílias de etnia cigana do SUG	250
Apêndice XVIII	Quadro de resumo do planeamento do projeto de aprendizagem de competências (PAC).....	266
Apêndice XIX	Cronograma de atividades do PAC	283
Apêndice XX	Dossiê temático “A morte em algumas culturas – rituais e tradições”	291
Apêndice XXI	Procedimento setorial atuação de enfermagem ao doente com <i>pacemaker</i> provisório	330
Apêndice XXII	Procedimento setorial eficácia da resposta à RCP na sala de reanimação/emergência do SUG	345
Apêndice XXIII	Dossiê temático sobre os sistemas de combate a incêndio e sistemas de alarme de incêndio	362
Apêndice XXIV	Auditoria de sistemas de alarme e combate a incêndio no SUG	374
Apêndice XXV	Poster.....	411
Apêndice XXVI	Procedimento geral de higienização de salas da pequena Cirurgia.....	413
Apêndice XXVII	Relatório de estágio opcional de observação na comissão de controlo de infeção do Hospital X.....	439
Apêndice XXVIII	Relatório de estágio opcional de observação no gabinete de gestão do risco do Hospital X.....	450
Apêndice XXIX	Supervisão de cuidados.....	457
Apêndice XXX	Artigo - “Enfermagem Multicultural num Serviço de Urgência”	500

INTRODUÇÃO

No contexto da frequência do 1º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Saúde de Setúbal (ESS) do IPS, na área curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica, estavam considerados três estágios estruturados entre si que tinham como finalidade “(...) o desenvolvimento de competências especializadas ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação em processos associados à Enfermagem Médico-cirúrgica (...)” (2011), permitindo desta forma o desenvolvimento de boas práticas em contexto de trabalho.

Neste âmbito surge a elaboração deste trabalho, que pretende descrever e contextualizar os objectivos e actividades desenvolvidas pelo estudante, associados à realização dos estágios curriculares acima citados e realizados no serviço de Urgência do Hospital X; que se constituiu, não só como um instrumento de avaliação mas também como um momento de reflexão crítica. De acordo com Strauven (1994, p. 42) um relatório “*é a exposição escrita na qual se descrevem factos verificados mediante pesquisas, objectivos ou de experiências*”.

Partindo da análise da prática profissional pressupõe-se que a estudante questione e reflita sobre a mesma, de forma a desenvolver competências promotoras da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, reconstruindo a prática e fundamentando-a nos valores da Enfermagem.

A realização dos estágios decorreu sob a orientação tutorial da Sra. Professora EM e da orientação das Sras. Enfermeiras especialistas TL e NP, no período de setembro de 2011 a julho de 2012.

O 1º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica contemplava no seu processo formativo dois elementos importantes, a realização de um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) no âmbito de um problema clínico de Enfermagem Médico-cirúrgica em contexto de estágio e uma segunda dimensão, um Projeto de Aprendizagem de Competências Clínicas (PAC).

No PIS optou-se por uma área, que permitisse o desenvolvimento de competências culturalmente congruentes aos doentes/famílias de etnia cigana.

O povo cigano está presente em Portugal há muito tempo, são possuidores de uma cultura construída pelos seus antepassados e sedimentada pelas próprias comunidades. A cultura cigana é uma cultura agrafa, transmitida de gerações em gerações, em que as mulheres desempenham um papel fundamental enquanto transmissoras dos elementos culturais. A identidade cultural presente

na comunidade cigana cria um forte sentimento de orgulho e autoestima comunitária, sendo este um importante fator de proteção do grupo, (Fundación Secretariado Gitano, 2007).

Mantiveram ao longo dos anos, as suas próprias crenças, valores, tradições e leis. Têm um código moral severo, especialmente no seu profundo respeito pelos mortos e pelos mais velhos. Apesar de muitos terem optado por uma vida sedentária e a cultura vigente ter evoluído adaptando-se à nova realidade, são ainda vítimas de preconceitos, (Fundación Secretariado Gitano, 2007).

Porque cada cultura é singular e as crenças, valores, expectativas face ao corpo, conceitos e comportamentos dos indivíduos são diferentes, os enfermeiros devem desenvolver competências que lhes permitam cuidar de pessoas em contexto de diferença cultural, *“Os cuidados de enfermagem representam um assunto vasto e de uma grande complexidade. São de carácter Universal e Multidimensional, singularizando-se em cada cultura (...)”* (Collière, 1999, p. 21).

A elaboração deste trabalho de projeto, propõe assim como objetivos:

- Apresentar o PIS ou seja, descrever o problema identificado e o planeamento definido, os objetivos propostos, as atividades desenvolvidas para a sua concretização e os recursos utilizados.
- Apresentar o PAC, que teve como referencial orientador a aquisição de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e os aportes teóricos daí decorrentes.
- Descrever as competências para o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, mobilizadas e desenvolvidas, no PIS e no PAC.
- Descrever as competências de Mestre desenvolvidas.
- Desenvolver a capacidade de análise e autoavaliação.
- Dar resposta a um requisito avaliativo.

Este documento encontra-se estruturado em quatro partes distintas com subdivisões subsequentes, inicia-se com o enquadramento conceptual, em que se aborda o Modelo Teórico de Madeleine Leininger, contextualiza-se o povo cigano, a sua história, origem e caracterização sócio económica e a fundamentação teórica que está subjacente ao propósito desenvolvido no PAC, com referência aos aportes curriculares do Mestrado.

Na segunda parte é exposto o PIS, sendo que esta, está organizada para que o leitor possa conhecer o motivo da escolha do tema. Descreve-se o diagnóstico da situação, realizado com recurso a uma ferramenta de gestão e a um instrumento de colheita de dados, o planeamento e a descrição de atividades desenvolvidas, referidas por objetivo e a sua avaliação.

A terceira parte é constituída pela apresentação do PAC onde se mencionam as atividades desenvolvidas referidas por objetivos, no decurso do período de estágio realizado, e a análise crítica das mesmas.

A síntese das aprendizagens adquiridas e a sua relação com as competências gerais e específicas do enfermeiro especialista e a relação entre todo o trabalho realizado e as competências de mestre encontram-se na quarta parte do documento.

Concluiremos com uma reflexão final do percurso académico e do trabalho realizado.

I. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Os saberes adquiridos através da literatura selecionada e estudada e os aportes teóricos lecionados durante os semestres que corresponderam à frequência do 1º Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, permitiram-nos construir um referencial teórico que possibilitou evidenciar e fundamentar as nossas intervenções na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica.

Estes cuidados exigem observação, colheita e procura, de forma sistematizada, de dados com a finalidade de conhecer a situação da pessoa alvo do cuidado, de prever, detetar precocemente complicações e de garantir uma intervenção precisa e eficiente em tempo útil. Se cuidar das pessoas a viver problemas complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é uma das competências clínicas especializadas relevantes, a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, da conceção à ação, bem como a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção em face da pessoa em situação crítica é igualmente fundamental, (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

De acordo com os conhecimentos obtidos, apresentamos o Modelo Teórico escolhido, como suporte teórico dos cuidados de enfermagem planeados para o PIS, alguns conceitos que representam um papel relevante na compreensão do comportamento cultural, o referencial teórico do povo cigano que fundamentou o PIS e sucintamente as três áreas teóricas analisadas e aprofundadas, que se constituíram como suporte do PAC.

No século dezanove as primeiras reflexões de Florence Nightingale, evocando a modificação do ambiente em benefício do doente, deram início à história de um pensamento teórico na enfermagem. Estes conhecimentos embora não sendo reconhecidos como uma "teoria de enfermagem" foram durante algum tempo orientadores da sua prática, (George & et al, 1993).

O desenvolvimento das teorias de enfermagem nasceu da preocupação dos enfermeiros em fundamentar a sua prática em bases teóricas. Desde de Nightingale até à atualidade a enfermagem tem evoluído consideravelmente, motivando o aparecimento de várias conceções da disciplina enfermagem, influenciado pelas grandes correntes de pensamento ou maneiras de compreender e ver o mundo, designado de paradigmas, (Kérouac, 1994). A ideia de meta paradigma origina-se em Thomas Kunh como um conjunto de valores, regras, crenças e de

representações mentais e culturais aliadas ao nascimento de uma disciplina científica, (Pires D. , 2009).

Vários são os paradigmas que têm procurado definir a enfermagem e que sendo diferentes entre si, mantêm em comum os meta paradigmas (pessoa, cuidar, ambiente e saúde) que constituem um conjunto de valores, crenças e princípios que orientam a disciplina.

Independentemente da perspectiva ou paradigma explicativo, que pode mudar de acordo com o contexto a que está vinculado o teórico, este encontra-se presente em praticamente todas as teorias. Como refere Basto (1998, p. 81) “(...) *qualquer que seja a perspectiva ou paradigma que explique o que é a enfermagem, inclui sempre quatro conceitos essenciais.*”

Podemos definir teoria como a articulação organizada e sistemática de um conjunto de afirmações relacionadas com temas que são significativos numa disciplina e que permitem compreender, expressar, explicar, prever ou prescrever, aspetos da realidade numa representação simbólica descoberta ou inventada, (Apóstolo & Gameiro, 2005).

A enfermagem tem-se apoiado em teorias de longo alcance, que permitem uma construção ordenada da natureza e objetivos da enfermagem, enquanto as teorias de médio alcance criam uma estrutura que possibilita descrever e compreender, os fenómenos respeitantes à enfermagem e que refletem e nascem da sua prática, (Apóstolo & Gameiro, 2005).

De acordo com George (1993), as teorias de enfermagem oferecem uma base de conhecimentos à prática profissional da enfermagem e ao aperfeiçoamento do atendimento em saúde e são constituídas por “*conceitos, definições, modelos e proposições*” (George & et al, 1993, p. 16), que são fundamentais à compreensão da teoria.

A indispensabilidade de clarificar o desempenho profissional conduziu a que algumas enfermeiras, principalmente americanas, desenvolvessem modelos conceptuais numa tentativa de identificar os principais conceitos específicos à profissão, (Pearson & Vaughan, 1982).

Segundo Riehl e Roy (1980) citados por Roper (1995) um modelo é “(...) *um conjunto de conceitos sistematicamente construídos, cientificamente fundamentado e logicamente relacionado que identifique os comportamentos essenciais da prática de enfermagem, junto às bases teóricas destes conceitos e dos valores necessários para a sua utilização por quem a pratique (...)*”.

Os modelos de enfermagem têm em comum uma perspectiva do cuidar, centrada na pessoa como sujeito ativo desses cuidados e do estabelecimento de uma relação de parceria entre quem presta cuidados e quem recebe cuidados, (Collière, 1999). Apesar de cada modelo optar por uma teoria ou associar mais que uma, é consensual que a perspectiva de cada um deles assenta numa visão holística e numa visão humanista da pessoa, (Pearson & Vaughan, 1982).

Num projeto de intervenção em serviço é fundamental uma conceptualização teórica, neste âmbito optámos pelo **Modelo Teórico de Madeleine Leninger** como suporte teórico dos cuidados de enfermagem planeados, pois a teoria do cuidar cultural é uma teoria que tem em conta a totalidade e a perspectiva holística da vida e da existência humana e permite aos enfermeiros aceder a uma nova forma de compreender os indivíduos, as famílias e as culturas, (Pereira, 2011).

O modelo humanista de cuidados culturais de Madeleine Leninger enfatiza a importância da cultura, visto que esta influi a relação que se estabelece entre os parceiros dos cuidados e valoriza o sistema social e cultural dos indivíduos, para melhor compreender os seus modos de vida e, presumivelmente, se puderem prestar cuidados congruentes e adaptados a cada pessoa/grupo ou comunidade, conforme **objetivo definido no projeto de intervenção em serviço**.

Porque o foco da prática da enfermagem é diferente conforme o modelo adotado, neste projecto procurou-se focalizar a importância da compreensão das semelhanças (universalidade) e das diferenças (diversidade) culturais do povo de etnia cigana por parte do enfermeiro, conforme preconizado na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidar de Madeleine Leninger, (Tomey & Alligood, 2002).

Esta autora concluiu que ao existir um entendimento deficiente por parte da equipa de enfermagem dos fatores culturais que influenciam o comportamento dos doentes, vão existir igualmente dificuldades no processo assistencial, sublinhando a importância do contexto cultural na explicação das respostas dos indivíduos nos processos de saúde/doença. Leninger preconizou a necessidade de uma intervenção holística, que levasse em consideração as especificidades culturais, centralizada na relação entre o indivíduo e o meio, esta teoria enfatiza a importância da cultura, visto que esta influencia a relação entre o enfermeiro e o doente, (Lopes, et al., 2009).

O modelo eleito oferece uma estrutura para o enfermeiro do SUG planear uma abordagem individualizada e adequada às necessidades de cada indivíduo/família e comunidade de etnia cigana, valorizando, não só o indivíduo como pessoa única, mas também a família como grupo primário basilar, inserido num determinado contexto sócio ambiental e cultural, respeitando as suas necessidades, crenças e valores, (George & et al, 1993).

Os princípios conceptuais evidenciados, poderão constituir os alicerces em que o enfermeiro do SUG construirá e desenvolverá a sua prática e eventualmente possibilitará a fundação de uma nova forma de orientar a reflexão e a ação em que, os cuidados de enfermagem são orientados para as necessidades e estilos de vida particulares de cada pessoa, enquadrados nas suas referências culturais, promovendo desta forma a qualidade dos cuidados prestados.

Do ponto de vista das atitudes que assinalam o exercício profissional dos enfermeiros, os

princípios fundamentais de respeito pelos valores, costumes, religião, entre outros, revelam a boa prática da enfermagem. Os enfermeiros têm presente que *“bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas”* (Padrão de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, 2001, p. 10).

O conceito de qualidade, assim como os métodos a ela associados, foram difundidos a partir da indústria e adaptados à saúde, particularmente por Avedis Donabedian, mas a preocupação com a qualidade dos cuidados cruza toda a história da medicina, desde Hipócrates a Florence Nightingale.

A preocupação com a qualidade é intrínseca ao ser humano e os conceitos de qualidade e gestão de qualidade evoluíram ao longo do tempo. Alguns teóricos criaram conceitos, métodos e técnicas para implantar, manter e avaliar a qualidade; concepções como ausência de defeitos e conformidade com as exigências, substanciam o que significa a mesma, (D'Innocenzo, Adami, & Cunha, 2006).

Em 1990, o Programa Ibérico, definiu qualidade em saúde como *“a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação dos utentes”*, (Saúde A. C., 2010, p. 2).

Os enfermeiros possuem uma multiplicidade de conhecimentos e habilidades técnicas e na sua atuação está implícito o compromisso com a qualidade na assistência, deste modo podem-se e devem-se constituir como agentes de mudança e contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços. Focada na qualidade a assistência em enfermagem deve ter como finalidade a melhoria contínua da prestação de serviços bem como definição de estratégias que possibilitem o controlo da mesma. (D'Innocenzo, Adami, & Cunha, 2006).

Devido à diversidade de problemas em saúde cada vez mais complexos e, por sua vez, a uma indispensabilidade cada vez maior de padrões de qualidade na assistência em saúde, o enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica assume-se como um instrumento importante para a implementação de cuidados especializados de qualidade no Sistema Nacional de Saúde Português e um elemento chave na resposta à necessidade de cuidados seguros das pessoas em situação crítica, (Ordem dos Enfermeiros, 2011)

1. ENFERMAGEM MULTICULTURAL

Portugal é de forma cada vez mais visível um lugar de encontro onde vivem e se cruzam pessoas com uma grande diversidade de histórias e identidades. As migrações de pessoas e povos fazem há longo tempo parte da nossa história, no território Português inscreveram-se grupos e comunidades vindos de outras paragens; para além da diversidade resultante das especificidades regionais e locais, esta diversidade é também representada pela presença de populações provenientes das ex-colónias Portuguesas, indivíduos de outros países e cidadãos que embora Portugueses apresentam um padrão de comportamentos e valores contrastantes com a cultura Portuguesa.

No nosso dia-a-dia, pessoal e profissional, convivemos com outros modos de vida, outros valores e crenças, colocando o desafio de aprender “a lidar com a diferença”, o que significa olhar para as pessoas naquilo que elas são, tendo em consideração um conjunto de pertenças – étnicas, culturais, geográficas, sociais, religiosas - que definem a identidade de cada um de nós e o que nos torna um ser único e especial.

A multiculturalidade diz respeito a todos e isso implica que sejamos capazes de reconhecer a singularidade de cada indivíduo e de valorizar os diferentes contributos, (Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural, IP, 2007).¹

1.1. ENFERMAGEM TRANSCULTURAL

O conceito de enfermagem transcultural começou a ser conhecido ao longo dos anos sessenta do século XX e centra-se na prestação de cuidados culturalmente adequados aos utentes de diferentes contextos étnicos e culturais. Este conceito é utilizado atualmente para mencionar o conhecimento e práticas evolutivas, relacionadas com esse novo campo de estudo e de atividade, (George & et al, 1993).

Leininger explica como teoria uma forma sistemática e criativa de encontrar conhecimentos, ou de compreender fenómenos até então conhecidos de forma vaga ou limitada, o objectivo da teoria do cuidar é prestar um cuidar culturalmente congruente e definiu a enfermagem

¹ Citando Torres (2003).

transcultural como:

“Um subcampo ou ramo culto da enfermagem que focaliza o estudo comparativo e a análise de culturas, no que diz respeito à enfermagem e às práticas de cuidado à saúde-doença, crenças e valores, buscando a oferta de serviços de cuidado em enfermagem significativos e eficazes às pessoas, de acordo com os seus valores e contexto de saúde-doença.” (George & et al, 1993, p. 286).

Madeleine Leininger, Enfermeira Graduada desde 1948 e Doutorada em Antropologia Cultural e Social, construiu uma teoria que designou de Diversidade e de Universalidade Cultural de Cuidados com base na premissa de que:

“(...) os povos de cada cultura não apenas são capazes de conhecer e definir as maneiras, através das quais eles experimentam e percebem o seu cuidado de enfermagem, mas também são capazes de relacionar essas experiências e percepções às suas crenças e práticas gerais de saúde.”, Leininger citada por George (1993, p. 28).

Segundo Leininger o conhecimento do cuidado de proveniência *êmica*² é primordial para o estabelecimento da base epistemológica e ontológica da enfermagem para a sua prática.

O cuidar em enfermagem deriva do contexto cultural no qual ele deve ser prestado e desenvolve-se a partir dele. A teoria do cuidar cultural é uma teoria que tem em conta a totalidade e a perspectiva holística da vida e da existência humana, Leininger defende que o cuidar é a essência da enfermagem e que existem diferentes formas, expressões e padrões do cuidar que são diversos e alguns Universais e que a enfermagem é uma profissão de cuidados transcultural, visto que os enfermeiros prestam cuidados a utentes de inúmeras culturas. Para ser eficiente e relevante perante a diversidade cultural o enfermeiro necessita de se basear no conhecimento pois o cuidado assente na base cultural é um fator decisivo para a promoção e manutenção da saúde, bem como para a recuperação da doença, (George & et al, 1993).

Na fundamentação da teoria da autora acima referida estão incluídos conceitos como: cultura, valor cultural, diversidade e universalidade cultural do cuidado, cuidado cultural, contexto ambiental, saúde, cuidar, cuidado, atender, preservação cultura, etnocentrismo, cada um destes conceitos encontra-se definido e Leininger oferece pressupostos que lhes estão relacionados, (George & et al, 1993).

Para George (1993, p. 287) citando Leininger cultura *“são os valores, crenças, normas e práticas de vida de um determinado grupo, aprendidas, partilhadas e transmitidas, que orientam o*

² George (1993, pag:287) refere que Leininger: “ (...) enfatiza a importância do conhecimento, obtido da experiência direta ou diretamente, daqueles que já a vivenciaram e que rotulam tal conhecimento de *êmica*, defende que o conhecimento do cuidado de origem *êmica* é fundamental (...)”

pensamento, as decisões e as acções de maneira padronizada”.

Valores culturais provêm da cultura e identificam formas desejáveis de ação e conhecimento, (George & et al, 1993).

Diversidade cultural de cuidado alude “*a variação de significados, padrões, valores ou símbolos de cuidado que são culturalmente originários dos homens para o seu bem-estar ou para aperfeiçoar uma condição ou modo de vida homens ou para enfrentar a morte.*”, (George & et al, 1993).

Diferentemente, a universalidade cultural de cuidados menciona “*significados, padrões, valores ou símbolos de cuidados comuns, semelhantes ou uniformes, culturalmente originários dos homens, para o seu bem-estar ou para aperfeiçoar a condição e o modo de vida homens ou para enfrentar a morte.*”, (George & et al, 1993, p. 13).

Cuidado “*fenómeno abstrato e concreto relacionado com a assistência, apoio ou a capacitação de experiências ou de comportamentos, para outros ou por outros com necessidades evidentes ou antecipadas para melhorar uma condição humana ou forma de vida*”, (Leininger & McFarland, 2002, p. 47).

Cuidado cultural é definido como “*os valores, crenças e expressões padronizadas, cognitivamente conhecidos, que auxiliam, dão apoio ou capacitam outro indivíduo ou grupo a manter o bem-estar, a melhorar uma condição de vida humanas ou a enfrentar a morte e as deficiências.*”, (George & et al, 1993, p. 156).

Estes conceitos e as suas inter-relações proporcionam a base do Modelo Sunrise da teoria de Leininger, (George & et al, 1993).

O modelo Sunrise representa a teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidar e sintetiza os principais conceitos, relacionando cuidados culturais e os determinantes da saúde e as suas variadas influências, numa perspetiva multicultural. Este modelo pode ser considerado como um mapa cognitivo que ao descrever e orientar os conceitos centrais, as componentes, os factos e as dimensões da teoria, permite uma visão integrada desses conceitos e de que modo influencia a saúde e os cuidados aos indivíduos das diversas culturas (Lopes, et al., 2009).

Segundo George (1993) pode-se entender este modelo como tendo quatro níveis, os níveis de um a três oferecem o conhecimento necessário para o planeamento e a execução de cuidados culturalmente competentes.

O nível I permite ao enfermeiro obter conhecimento e informações acerca do doente e da sua visão do mundo, o diagnóstico a este nível pode evitar ou minorar o choque cultural ou situações de imposição cultural. O nível II representa a personalização da prestação dos cuidados

de saúde à situação do doente. O nível III reflete a relação constituída entre o sistema de saúde em que o doente se insere, os seus valores, crenças e comportamentos populares e as dos profissionais de saúde, neste nível procura-se o reconhecimento da diversidade e universalidade das culturas em causa (Sousa, 2006).

O quarto nível é o menos abstrato e é o nível das decisões e ações dos cuidados em enfermagem. É neste nível que se encontra três modalidades essenciais que podem definir o diagnóstico em enfermagem, a tomada de decisão e as intervenções. Embora nem todas tenham de estar presentes para alcançar a competência cultural, estas ações podem conduzir ao entendimento da cultura do doente, diminuir o *stress* cultural e o potencial conflito entre o enfermeiro e o doente, (George & et al, 1993).

- Preservação e ou manutenção cultural do cuidado. Ações e decisões profissionais de auxiliar, apoiar ou capacitar com a finalidade de ajudar os doentes de determinada cultura a manterem um estado de saúde, recuperar de doença ou defrontar a morte, (George & et al, 1993).
- Acomodação ou negociação cultural do cuidado. Ações e decisões profissionais de auxiliar, apoiar ou capacitar com a finalidade de ajudar os doentes de determinada cultura a adaptarem-se a um estado benigno de saúde, negociar para tal ou a defrontar a morte, (George & et al, 1993).
- Restruturação ou repadronização cultural do cuidado. Ações e decisões profissionais de auxiliar, apoiar ou capacitar com a finalidade de ajudar os doentes de determinada cultura a alterarem a sua maneira de viver na procura de modelos novos ou diferentes que sejam significativos e satisfatórios culturalmente ou que deem suporte a modelos de vida saudáveis, (George & et al, 1993).

Segundo Leininger existem duas perspetivas que podem interferir com o cuidado cultural, a *emic* que remete para a forma como os indivíduos de uma cultura entendem o seu próprio mundo e a perspetiva *etic* que alude à interpretação de experiências vivenciadas na cultura de referência após se ter experimentado certos fatores culturais. Este modelo conhecido por O-R-P (observação, participação e reflexão) é assente no que é entendido por muitos autores como etno enfermagem, um método de pesquisa para a investigação do comportamento humano em diversos âmbitos culturais, (George & et al, 1993).

Os conceitos como "Enfermagem", "Saúde", "Pessoa" e "Ambiente", não estão especificamente definidos em Leininger, mas, a sua apreensão pode derivar das suas definições conceituais e dos seus pressupostos, (George & et al, 1993).

Seres humanos encontram-se representados nos seus pressupostos “(...) os humanos são seres universalmente provedores de cuidados que sobrevivem numa diversidade de culturas, por meio da sua capacidade de oferecer a universalidade do cuidado de inúmeras maneiras, de acordo com culturas (...)”, (George & et al, 1993, p. 156).

De acordo com Leininger, a saúde é um estado de bem-estar culturalmente determinado, valorizado e praticado, que espelha a aptidão dos indivíduos para realizarem as suas atividades diárias, em modos de vida culturalmente expressos, benéficos e padronizados, crê-se que a saúde seja entendida como algo universal a todas as culturas, embora definida em cada uma, de forma a refletir as suas crenças, valores e práticas, (George & et al, 1993).

Para George (1993), os termos como sociedade/ambiente, não estão presentes em Leininger, em seu lugar a autora refere a visão do mundo, estrutura social e contexto ambiental, estes termos se entendidos como representados na cultura, constituem um tema fundamental na sua teoria, (George & et al, 1993).

Enfermagem *per si* não é definida por Leininger, esta declara nos seus pressupostos que a enfermagem é um fenómeno que necessita de ser explicado³ e é fundamentalmente uma profissão que envolve cuidado cultural coerente, uma vez que as enfermeiras cuidam de povos de diversas culturas, (George & et al, 1993).

Principais pressupostos que sustentam a teoria de Leininger, Tomey & Allgood (2002, p. 537) citando Leininger:

“O cuidado é a essência da enfermagem e um ponto distintivo, dominante, central e unificador.”

“O cuidar (cuidados) é essencial para o bem-estar, saúde, cura, crescimento, sobrevivência e para enfrentar dificuldades ou a morte.”

“O cuidar cultural é a forma holística mais lata de saber, explicar, interpretar e prever os fenómenos do cuidar cultural para orientar as práticas do cuidar em enfermagem.”

“A enfermagem é uma disciplina e profissão humanística e científica de cuidar transcultural com o objectivo principal de servir os seres humanos por todo o mundo.”

“O cuidar (cuidados) é essencial ao tratamento e cura, pois não pode existir cura sem cuidar.”

“Os conceitos, significados, expressões, padrões, processos do cuidar cultural e as formas estruturais do cuidar são diferentes (no sentido das comunidades ou das universalidades) entre todas as culturas do mundo.”

George (1993) citando Leininger, Leininger Theory of Nursing. Pág.156.

“Toda a cultura humana possui conhecimentos e práticas genéricas (laicas, populares ou indígenas) sobre o cuidar e conhecimentos e práticas do cuidar normais que variam transculturalmente.”

“O cuidar em enfermagem benéfico, saudável e satisfatório, culturalmente baseado, contribui para o bem-estar de indivíduos, familiares, grupos e comunidades dentro do seu contexto ambiental.”

“As diferenças e semelhanças do cuidar cultural entre o (s) prestador (os) de cuidados profissionais (is) e o cliente (genérico) receptor do cuidado existem em qualquer cultura humana do mundo.”

Na perspectiva de Desantis (1994, p. 450), a enfermagem transcultural é a *“integração do conceito de cultura em todos os aspetos da enfermagem e da assistência de saúde”*. Para esta autora, o cuidar é a habilidade dos enfermeiros em suspenderem temporariamente as suas próprias tradições culturais, em termos de valores, crenças e práticas, de modo a perceberem a situação como o outro a percebe.

Embora não exista uma maneira única para a prestação de cuidados culturalmente competentes, pois existem variações nos grupos étnicos, assim como nos grupos culturais e nos prestadores de cuidados; sendo impossível, conhecer os estilos de vida e práticas de todas as culturas, o enfermeiro pode desenvolver a sua competência cultural, cultivando conhecimento e perícia.

Segundo Fernandes (2001), a relação enfermeiro/doente deve ser orientada pela compreensão mútua, pelo afeto, pela solidariedade, pela empatia e o passado cultural do doente deve ser valorizado como informação útil e enriquecedora, de forma a planearem-se cuidados de enfermagem individualizados.

Esta é a grande finalidade da enfermagem transcultural, (Leininger M. , 1998); (Desantis, 1994).

1.2. DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

Como já referido anteriormente com a compreensão de uma sociedade culturalmente diversificada em que as crenças culturais face à saúde e doença variam bastante, emerge a necessidade de compreensão de conceitos por vezes utilizados incorretamente e que

desempenham um papel importante na compreensão do comportamento cultural e das especificidades inerentes às comunidades ciganas.

- **Cultura**

É um termo com várias aceções consoante a área de ciências em que é aplicado. O antropólogo Tylor define cultura como “(...) *um conjunto complexo que compreende os conhecimentos, as crenças, a arte, o direito, a moral, os costumes e todas as outras aptidões e hábitos que o homem, enquanto membro de uma sociedade adquire*”.

Para Stanhope (1999, p. 128) cultura surge como “(...) *o conjunto de valores, ideias e crenças sobre a vida que são partilhados por um grupo de indivíduos*” e citando Leininger refere que “(...) *cada indivíduo possui uma cultura com tradições que orientam o sentido de solucionar os problemas da vida.*”.

Um pressuposto relacionado é que “*Os seres humanos são seres culturais e capazes de sobreviver ao passar do tempo através da sua capacidade de prestar cuidados aos outros, de todas as idades, em vários ambientes e de muitas maneiras.*”

- **Diversidade cultural**

Segundo Giddens, (2001, p. 24) “(...) *consiste na diferença visível e secreta entre pessoas de diferentes grupos populacionais no que respeita aos seus valores, crenças, linguagem, características físicas e padrões gerais de comportamento*”.

A diversidade do comportamento e prática humana variam grandemente de cultura para cultura, as diferenças do comportamento são o espelho das diferenças culturais que distinguem as sociedades umas das outras. Os processos de migração e de globalização contemporânea conduziram à emergência de sociedades culturalmente mistas, ou seja, a populações constituídas por um determinado número de grupos de diferentes origens culturais, étnicas e linguísticas, (Giddens, 2001).

“(...) *através da diversidade torna-se possível a compreensão das culturas – na medida em que só a compreensão das diferenças enquanto sistema permite atribuir a qualquer cultura individual o seu sentido verdadeiro*”, (Rowland, 1987, p. 14).

- **Aculturação**

Costa e Melo (1975, p. 33) definem aculturação como “*Adaptação cultural correspondente a uma mudança de meio social (de país, de região, de classe, etc.)*”.

A aculturação pode ser considerada um processo de aprendizagem pelo qual o indivíduo se adapta ao seu meio cultural, ou transformação de uma sociedade por contacto com outra, adotando certos traços ou conjunto de traços.

A aculturação não pode ser concebida como empréstimo de sentido único ou considerada um empréstimo de uma sociedade “civilizada” a uma sociedade “arcaica”, ela é sempre de alguma forma uma troca e não um simples empréstimo e só é efetivada se for integrada ao nível da cultura, (Giddens, 2001).

- **Alteridade**

Para Sousa (2006), o cuidado médico e de enfermagem exige um duplo reconhecimento - do utente e das suas diferenças e do técnico e da sua própria diferença. O respeito pela diferença não é unilateral, elabora-se através de um reencontro de culturas diferentes da nossa e de uma consequente modificação da visão que temos delas. A compreensão do conceito de alteridade - facto ou qualidade de uma coisa ser diferente da outra, permite-nos rejeitar a ideia de superioridade cultural e aceitar a diversidade de culturas na sua identidade própria. Exige-se assim do cuidador, mais do que um saber fazer, um saber ser.

- **Etnicidade**

Segundo Giddens (2001, p. 248)), por etnicidade entende-se “*as práticas culturais e os modos de entender o mundo que distinguem uma dada comunidade das restantes*” e pode ser encarado como um conceito de significado puramente social, visto que as diferenças étnicas são inteiramente apreendidas e não inatas.

Como fenómeno social é produzido e reproduzido ao longo do tempo; através da socialização, os mais jovens assimilam normas, estilos de vida e crenças das suas comunidades. Para muitas pessoas a etnicidade é um elemento central da identidade do indivíduo e do grupo, fornece uma linha de continuidade com o passado e é mantida viva através da prática de tradições culturais. Por sua vez, a tradição serve para reforçar a índole de um grupo étnico e a consciência coletiva e é o fator fundamental que assegura a coesão do grupo, (Dias & al, 2001).

A partilha de uma tradição cultural é habitualmente aceite como um dos elementos prevaletentes na construção da definição de etnia. Os membros dos grupos étnicos veem-se a si próprios como culturalmente distintos dos outros grupos de uma sociedade, e são vistos como tal.

A linguagem, a ancestralidade (real ou imaginária), o modo de vestir ou a presença de adornos, são características que podem servir para distinguir os grupos uns dos outros.

Nem todos os indivíduos de um determinado grupo étnico expressam o mesmo nível de etnicidade visto que esta é influenciada pela educação, nível de rendimentos, localização ou associação com outro grupo que não o próprio. A etnia é suportada pela raça, religião, nacionalidade ou por uma combinação destes fatores e baseia-se na partilha de padrões culturais semelhantes tais como valores, crenças, costumes, comportamentos e tradições.

A etnicidade não é estática ou imutável, pelo contrário é adaptável às circunstâncias em mutação; em todo o globo há exemplos de como as populações mantêm os seus costumes, mas simultaneamente transformam-nos, de forma a adapta-los ao contexto da sociedade em que vivem, (Giddens, 2001).

- **Minoria étnica**

De acordo com Dias (2001, p. 26), o conceito de “minoria étnica”, designa *“um grupo de indivíduos que diferem do grupo maioritário em factores como a raça, a religião, a língua, a nacionalidade”*.

Os sociólogos usam o termo “minoria” para se referirem à posição subordinada dos grupos na sociedade e não à sua representação numérica. Em muitas áreas geográficas do globo, a minoria é de facto a maioria, principalmente nos grandes centros urbanos, os grupos étnicos constituem a maioria da população, isto ocorre porque o termo minoria é associado à posição desvantajosa dos membros de um grupo minoritário em relação à maioria da população. De acordo com Dias (2002), o grupo só é considerado minoria se tomar consciência de si próprio como portador de diferenças em relação a outros grupos.

Para Giddens (2001), os grupos minoritários estão física e socialmente isolados do resto da comunidade, concentram-se habitualmente em certos bairros, cidades ou regiões de um país. Não se realizam muitos casamentos entre grupos minoritários e maioritários ou entre grupos minoritariamente diferentes, promovendo-se o casamento dentro do próprio grupo (endogamia) de forma a resguardar a identidade cultural.

Por vezes alguns teóricos utilizam o termo “minorias” para referir grupos que tenham vivido experiências de preconceito às mãos da “maioria” da sociedade, chamando a atenção para a discriminação ao revelar elementos comuns nas experiências de vários grupos subordinados da sociedade. O antissemitismo, a xenofobia, o homofobismo e o racismo, partilham muitas características comuns e revelam como a opressão entre grupos diferentes pode assumir formas semelhantes.

Muitas “minorias” são étnica e fisicamente diferentes, traços como a cor da pele podem constituir fatores centrais na definição de uma minoria étnica. As diferenças étnicas raramente são neutras, pelo contrário estão habitualmente associadas a desigualdades de riqueza e de poder (Giddens, 2001).

- **Identidade**

Importa também referir o conceito de identidade. A identidade de uma comunidade é o resultado da sua cultura, ou seja constitui-se a partir das suas crenças religiosas, costumes, conhecimentos e das capacidades e hábitos que ela adquire na comunidade, (Dias & al, 2001).

A identidade constitui-se fundamentalmente na diferença, visto que os grupos divergem uns dos outros de forma a conservar a sua cultura e identificação. De facto,

“(...) é no processo de comparação social que os indivíduos detectam semelhanças entre os membros do seu grupo (ingroup) e diferenças entre o seu grupo e os outros grupos (outgroup). O indivíduo ao identificar-se com o grupo, identifica-se com os atributos que ele próprio lhe atribui, assim como se dissocia das características que imputa ao outro grupo”, (Dias & al, 2001, p. 27).

1.3. COMPETÊNCIA CULTURAL

Não existe uma maneira única para a prestação de cuidados culturalmente competentes e apropriados, pois existem variações no seio das raças e grupos étnicos, assim como existem variações nos grupos culturais e nos prestadores de cuidados. Para a abordagem do doente de uma forma informada o enfermeiro deve ter em conta a importância da cultura, mas é necessário o respeito e o reconhecimento da integralidade de todos os seres humanos. Independentemente da raça, etnicidade, cultura ou herança cultural; todos os seres humanos são culturalmente únicos.

Stanhope (1999, p. 130) define competência cultural como *“(...) um processo contínuo que resulta de uma inter-relação de factores que motiva as pessoas a obter conhecimentos, perícia e habilitações para cuidar de indivíduos, famílias e comunidades”.*

De acordo com a mesma autora os objetivos da enfermagem culturalmente competente são providenciar cuidados que correspondam às necessidades culturais dos utentes e incluem quatro princípios básicos:

- Os cuidados são concebidos para um doente específico.
- Os cuidados são baseados na singularidade da cultura da pessoa e incluem

normas e valores culturais.

- Os cuidados incluem estratégias de delegação de poderes que facilitem a toma de decisões do utente nos comportamentos relativos à saúde.
- Os cuidados são prestados com sensibilidade para com a singularidade da cultura dos doentes, Stanhope, (1999, p. 130).

Os enfermeiros podem desenvolver a sua competência cultural através da recetividade às experiências com doentes de outras culturas, o processo de desenvolvimento cultural é contínuo e deve incluir quatro fatores:

- **Consciência Cultural.**

Os enfermeiros devem ser sensíveis aos valores, crenças, práticas, estilos de vida e estratégias de resolução de problemas da cultura do doente e avaliarem o comportamento cultural sem impor os seus próprios valores. Devem ainda examinar os seus preconceitos face a outras culturas, compreender o seu comportamento e a forma como este facilita ou interdiz a prestação de cuidados eficientes, no fundo manter a recetividade à aprendizagem da dimensão cultural do doente.

- **Conhecimento Cultural.**

Os enfermeiros devem ter presente ou saber obter conhecimentos acerca das influências que afetam os doentes com que interagem, não se pode esperar que os enfermeiros tenham conhecimento de todas as culturas mas devem-se familiarizar com a visão, crenças, valores, práticas, estilos de vida e estratégias dos grupos culturalmente diversos. “(...) os enfermeiros que não possuem conhecimento cultural básico poderão ter dificuldade em interpretar os comportamentos dos utentes (...)”, (Stanhope, 1999, p. 132).

- **Capacidade Cultural.**

Reflete a integração da consciência cultural e do conhecimento cultural no sentido de ir ao encontro das necessidades do doente. O enfermeiro com capacidade cultural comunica eficazmente com indivíduos de culturas diferentes e recorre a estratégias diversas de forma a evitar desentendimentos culturais, indo ao encontro dos objetivos a atingir, (Stanhope, 1999).

- **Encontro Cultural.**

Este processo permite a validação, negação ou modificação do conhecimento existente e

faculta conhecimento cultural específico ao enfermeiro, podendo este desenvolver intervenções culturalmente competentes. Encoraja o enfermeiro a ficar diretamente comprometido com as interações culturais com indivíduos com diferentes heranças culturais. Stanhope (1999, p. 133) ao citar Leininger refere que durante o encontro cultural com os doentes “(...) os enfermeiros aprendem diretamente dos clientes sobre as suas experiências e o seu significado para a saúde”.

Desenvolver competência cultural constitui um processo lento, pois exige que o enfermeiro modifique o seu modo de pensar e atuar. Um ambiente aberto que encoraje a descoberta e a interrogação é essencial para o desenvolvimento da competência cultural, para além do contacto com doentes de outras culturas, o enfermeiro pode utilizar outras estratégias de desenvolvimento como a leitura, a frequência de cursos acerca de outras culturas e a discussão do significado cultural dos comportamentos relativos à saúde, (Stanhope, 1999).

1.4. BARREIRAS AO CUIDAR CULTURALMENTE COMPETENTE

No contexto de uma sociedade multicultural o enfermeiro é muitas vezes confrontado com doentes culturalmente distintos, nasce assim a necessidade de saber responder e trabalhar com práticas e crenças diferentes, desenvolvendo competências e capacidades para lidar com as necessidades culturais do utente. No entanto, há que sublinhar que na sua realidade, o enfermeiro é muitas vezes confrontado com uma combinação de fatores que constituem barreiras na prestação de cuidados, (Stanhope, 1999):

- O enfermeiro ser detentor de uma cultura própria diferente da do utente.
- O enfermeiro ver-se forçado a seguir um modelo biomédico por pressão institucional com o objetivo de aumentar a produtividade.

A combinação destes fatores poderá resultar nalguns comportamentos que afetam ativamente o estabelecimento de uma relação de ajuda entre o profissional e o doente tais como estereotipagem, etnocentrismo, choque cultural.

George (1993, p. 292) referindo Leininger “(...) a cegueira cultural, o choque, a imposição e o etnocentrismo por parte dos enfermeiros reduz grandemente a qualidade do cuidar aos clientes das diferentes culturas.”

- **Comportamentos estereotipados.**

Presunção por parte dos técnicos de saúde que todos os indivíduos de um mesmo grupo

cultural, racial ou étnico partilham exatamente o mesmo sistema de valores e crenças, não reconhecendo que cada pessoa é culturalmente única. Esta atitude dá azo a generalizações e facilita uma tomada de decisão rápida, permitindo também que o doente seja “rotulado” pelo diagnóstico, (Stannhope, 1999).

- **Comportamento de Imposição Cultural.**

Nasce da crença por parte do enfermeiro, de que este é superior e que pode impor os seus valores pela força promovendo uma prática baseada na tradição Ocidental e ignorando o significado e valor atribuídos pelo doente aos tratamentos não Ocidentais como a terapia de ervas, os rituais espirituais ou a acupuntura (Stannhope, 1999).

- **Comportamentos de Conflito Cultural.**

Podem surgir de um mau entendimento entre enfermeiros e doentes, quando cada um dos grupos não tem consciência da diferença cultural, estes conflitos tornam-se por vezes inevitáveis mas os enfermeiros devem ser capazes de fazer a gestão destes conflitos de forma a prestar cuidados de enfermagem culturalmente competentes, (Stannhope, 1999).

- **Comportamentos de Choque Cultural.**

Ocorre quando os enfermeiros interagem com doentes cuja cultura é diferente da sua, especialmente no que se refere a culturas das quais o enfermeiro tem pouco conhecimento. O choque cultural ocorre também quando as crenças ou práticas culturais do utente não são aprovadas ou permitidas pela cultura do enfermeiro, (Stannhope, 1999).

- **Etnocentrismo.**

O etnocentrismo consiste

“(...) em repudiar pura e simplesmente as formas culturais: morais, religiosas, sociais, estéticas, que são as mais afastadas daquelas com as quais nos identificamos. (...) Tantas reações grosseiras que traduzem esse mesmo calafrio, essa mesma repulsa diante de maneiras de viver, crermos ou pensar que nos são estranhas.” (Strauss C. L., 1996, p. 333).

A tendência para “considerar a cultura do seu próprio povo como a medida de todas as outras” deve ser evitada, na medida em que o progresso se dá devido à colaboração entre culturas

diferentes (Strauss C. L., 1996). Só através da diversidade se dá a compreensão das culturas, das suas diferenças e o estabelecer de um sistema que atribua a cada cultura individual o seu significado verdadeiro, sistema esse que, segundo Strauss (1996), deverá passar pelo relativismo cultural, pois as culturas devem ser compreendidas em função dos seus próprios significados e valores e não através dos nossos próprios padrões culturais. Assim sendo, uma das condições do relativismo cultural é a possibilidade de ver e compreender a cultura em questão por dentro tal como os membros daquela cultura a veem e compreendem, (Rowland, 1987). Mas constituirá a simples “aprendizagem por dentro” das outras culturas o eficiente combater do etnocentrismo?

Segundo Rowland (1987, p. 14), na mera aprendizagem de uma maneira de ver diferente não se encontra “a chave” para a perceção das diferenças. *“O respeito pelo outro apenas se poderá fundamentar numa relação que se estabelecerá entre o eu e esse outro e não na simples substituição do eu pelo outro”*.

O inter-culturalismo é o reconhecimento do pluralismo cultural, esta complementaridade pressupõe um enriquecimento mútuo. Na sociedade atual, o verdadeiro desafio consiste no passar do multicultural ao intercultural, isto é, reconhecer, respeitar e valorizar a diferença.

1.5. CULTURA/SAÚDE/DOENÇA

O conceito de saúde/doença é alterado, modificado e influenciado segundo os contextos históricos, filosóficos, culturais, económicos, sociais e científicos.

Desde sempre de uma forma natural, porque necessária, os povos procuraram as causas e a fonte das doenças, por vezes com explicações sobrenaturais para explicar os fenómenos de saúde e de doença.

Stanhope (1999) confere um carácter universalista e intrínseco à consciência dos estados de saúde e de doença e segundo Sousa (2006) , os homens sempre procuraram a casualidade dos fenómenos que influenciaram com a sua saúde, procurando agir sobre a doença, a incapacidade e a morte.

Simplificadamente e considerando o modelo biomédico de “saúde”, podemos definir saúde como a ausência de doença e inversamente a doença como a ausência ou perturbação da saúde e neste caso só se considera as perturbações que se processam na dimensão física ou biológica da pessoa o que a torna extremamente redutora, pois não apreende a complexidade e globalidade do ser humano na sua relação com o meio ambiente. Tomey (2002, p. 172) considera a saúde como “a

unidade e a harmonia entre mente, corpo e espírito” e a doença como um desequilíbrio entre estas três esferas do indivíduo.

Em 1948 a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como “*um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença*”, alargando o conceito e incluindo as componentes psicológicas e sociais do ser humano e considerando-o como um todo indissociável.

Sousa (2006, p. 56) refere o caráter utópico desta definição por não dar ênfase aos aspetos adaptativos das pessoas face às suas perturbações, a saúde deve “*(...) ser enquadrada no âmbito de uma visão holística da pessoa no contexto de uma determinada cultura*”. Para Reis os conceitos de saúde e doença estão dependentes de “*significações pessoais e de normas sociais e culturais*”.

Assim existem diferentes formas de encarar a saúde e a doença conforme o conteúdo cultural onde o indivíduo está inserido, atribuindo diferentes valores ao seu processo quer de saúde quer de doença.

Sousa (2006, p. 55) citando Ribeiro (1998) que “*(...) conceitos como os de saúde, de doença (...) reflectem os valores, as crenças, os conhecimentos, as actividades, em suma, a cultura da sociedade, partilhada por todos os seus membros (...)*”.

A saúde existe assim como uma soma de todos os fatores que agem sobre a vida dos indivíduos – sexo, idade e genética – fatores não modificáveis e aqueles que são potencialmente modificáveis como o comportamento, os meios de vida, aspetos culturais e socioeconómicos. Quando se fala de saúde teremos de referir o processo de interação entre os seres humanos e o meio social que influencia o bem-estar físico e psíquico, variáveis como o género, a idade, a etnia e a classe social são fatores que influenciam de forma negativa ou positiva a saúde.

Pertencer a um grupo étnico minoritário que sofra desigualdades socioeconómicas, desigualdades no acesso ou utilização desigual dos serviços de saúde por falta de adaptação ou inclusão pode influenciar a saúde das pessoas e das comunidades.

A cultura entendida como algo que engloba os costumes, as leis, as concepções do mundo e tudo aquilo que permite a vida em sociedade, compreende também as representações do corpo, saúde e doença. As diversas comunidades não têm a mesma percepção sobre a saúde/doença, estes conceitos são socialmente construídos, definidos e tipificados por cada cultura, por sua vez cada cultura cria os seus procedimentos terapêuticos e alternativas para recuperar a saúde.

Existem diferentes modelos culturais que estabelecem as formas como as comunidades se comportam em relação à higiene, alimentação, sexualidade, exercício físico, sono, entre outros,

assim há percepções distintas em relação à dor e aos sintomas. Devemos considerar a doença como uma forma de expressão cultural e para que seja considerada doença é necessário que a sociedade a considere como tal.

O enfermeiro deve assim informar-se sobre o diferencial de saúde e doença que o doente construiu ao longo do seu processo de vida ancorado nas suas crenças, costumes e culturas, (Sousa J. E., 2006).

2. O POVO CIGANO

Ao falar dos ciganos, é importante compreender o seu percurso o que os tornou diferentes e eventualmente únicos e é fundamental conhecer as suas origens pois embora estejam entre nós há cerca de quinhentos anos, a sua cultura é substancialmente diferente da cultura Portuguesa, (Fernandes, 2001).

2.1. A HISTÓRIA E ORIGEM DO POVO CIGANO

Segundo Nunes (1996), a história e a origem do povo Roma, Rom na forma singular, talvez devido à ausência de uma história escrita, permaneceu em mistério por um longo período de tempo fomentando teorias especulativas, até que há cerca de duzentos anos, alguns antropólogos culturais criaram a hipótese de uma origem indiana dos Romas baseada em evidências linguísticas e confirmada por dados genéticos (a população cigana na Europa apresentava um frequência ao gene B muito acima dos níveis europeus e muito semelhante ao povo Indiano).

Em 1782, Rudiger publicou uma pesquisa que relacionava o Romanês e o Hindustani, apoiando a hipótese do Romanês possuir a mesma origem das línguas Hindu-Arianas do norte da Índia.

Miklosich citado por Nunes (1996), determina a região de origem dos ciganos como o Hindustão, supõe-se que tenham vivido na margem do rio "Indus" no noroeste da Índia. Os investigadores que se têm dedicado a averiguar a origem do povo, são unânimes a identificá-los como originários de uma casta inferior.

Segundo Ortega (1994), os ciganos não desfrutavam de uma boa situação no seu lugar de origem, mas os motivos que os teriam levado a abandonar a sua pátria são ainda desconhecidos.

Segundo Mendes (2005) baseando-se em Nunes (1996), os ciganos penetraram pelo Afeganistão e Pérsia, atingindo pelo norte o Mar Cáspio e pelo sul o Golfo Pérsico. O ramo mais meridional circundou o mediterrâneo ocidental através da Palestina e do Egipto, provavelmente algumas tribos prosseguiram a sua rota pelo norte de África passando para Espanha, seriam os gitanos Espanhóis e os ciganos Portugueses. Os últimos países de fixação foram a Inglaterra, o país de Gales e a Escócia. Na Península Ibérica os ciganos teriam chegado numa primeiravaga, por via do Mediterrâneo e numa segunda através da Europa central.

No ano de 1390 dispersam-se pelos diferentes países da Europa, apresentando-se como peregrinos ou penitentes, o que fazia com que fossem aceites com facilidade, contavam histórias extraordinárias e cheias de mistério acerca da sua origem. Passaram a ser vistos com “outros olhos” pela população e a serem considerados ateus, delinquentes e vagabundos, a partir do momento em que certos grupos nómadas, começam a praticar atos de vandalismo e embuste, (Mendes, 2005).

Segundo Fernandes (2001), é também a partir desta mudança de como eram vistos que começam as perseguições.

Ao longo dos séculos os ciganos foram sempre vítimas de repúdio e de perseguição. Os estereótipos acerca dos ciganos em como são “criminosos”; “trapaceiros”; continua presente até à atualidade. No dicionário de língua portuguesa Costa e Melo (1975, p. 316), define-os como “traficantes de mercadorias”; “latino”; “avaro”; “impostor”; “povo sem pátria (...)”.

Segundo o Guia para a Intervenção com as Comunidades Ciganas nos Serviços de Saúde, publicado em 2007 pela Fundación Secretariado Gitano, conta-se que na atualidade vivem na Europa entre sete a nove milhões de pessoas ciganas, das quais, cerca de dois terços habitavam nos países centrais e de leste (Roménia – 2,5 milhões; Hungria – 600 mil; Bulgária – 500 mil; Republica Checa – 300 mil; e em Espanha mais de 650 mil).

A população cigana na Europa não é um grupo unitário, encontrando-se sim organizados em comunidades. Mesmo pertencendo a uma única etnia, a migração desde a Índia fracionada no tempo fez com que fossem divididos em grupos e subgrupos falando dialetos diferentes e com evidente contraste social entre si (Fundación Secretariado Gitano, 2007).

Caracterizados pelo nomadismo, o modo de vida dos ciganos foi sempre determinado pelo país em que se encontravam, embora mantendo a sua identidade, o povo cigano é capaz de grande integração cultural; professam a religião local dominante e as suas danças e músicas manifestam a assimilação da cultura do meio em que se radicaram. Alguns dos seus costumes resistiram à cultura dos países hóspedes como por exemplo algumas palavras da sua língua originária - o Romanó, (Fundación Secretariado Gitano, 2007).

Dada a sua especificidade cultural sempre foram vítimas de perseguição, preconceitos e suspeitas, a história de discriminação e perseguição sofridas conduziram a situações de pobreza e exclusão social situando-os entre os grupos mais vulneráveis e mais pobres da Europa, (Fundación Secretariado Gitano, 2007).

2.2. O POVO CIGANO EM PORTUGAL

De acordo com Costa (1996), o povo cigano terá entrado em território Português na segunda metade do século quinze.

Ao longo da sua passagem em direção ao Ocidente, há registos de várias medidas repressivas aplicadas com base em “pecados sociais” diversos como a mendicidade e o furto. Para poderem sobreviver, tiveram de se adaptar, dividindo-se em grupos (famílias) ou agrupando-se em clãs ou tribos capazes de assegurar medidas de autoproteção, (Costa E. M., 1996).

As primeiras referências sobre a comunidade cigana em Portugal datam do princípio do século dezasseis, o “Cancioneiro Geral” de Garcia de Resende e o “Auto das Ciganas” de Gil Vicente, são ao que se supõe as primeiras referências literárias, (Costa E. M., 1996).

A literatura, a legislação, a sociedade estabelecida e hierarquizada são unânimes no retrato que nos dão dos ciganos, referindo aspetos marginais como a errância, a ausência de trabalho fixo, a feitiçaria e a adivinhação. A história da permanência dos ciganos em Portugal é feita de lutas, conflitos e persistências, reveladoras das representações sociais negativas da sociedade maioritária em relação a este povo, (Cortesão & al, 2005).

Nesse sentido os autores literários da época, reforçam a ideia do “logro” no retrato do cigano, a poesia de Luís da Silveira, recolhida no “Cancioneiro Geral” fala de um “engano” praticado por um cigano e em 1521 Gil Vicente encena na sua peça a “Farsa das Ciganas” os modos de vida atribuídos aos ciganos (embustes nos negócios, mendicidade, leitura da sina), (Costa E. M., 1996).

A partir de 1521 surgem as primeiras queixas populares contra este povo nómada, várias decisões legislativas formalizam as mesmas, as Cortes de Torres Novas de 1525, determinam o mais antigo diploma legislativo contra os ciganos – o Alvará de 13 de março de 1526, no qual se interdita a entrada de ciganos em Portugal e faz expulsar os que aqui se encontravam, (Costa E. M., 1996)

As decisões administrativas que se seguem são uma tentativa continuada de exclusão do povo cigano, de acordo com o mesmo autor as primeiras notícias dos ciganos em Portugal coincidem com as primeiras notícias de hostilidade por parte da população portuguesa e com as primeiras medidas de perseguição por parte das autoridades “todas as soluções foram tentadas pelo estado para se ver livre da gente cigana, até a condenação à morte”, (Costa E. M., 1996, p. 41).

Desde que Gil Vicente representou a “Farsa das Ciganas” perante a corte de D. Manuel I em Évora, até ao final da Monarquia que a presença dos ciganos em Portugal foi marcada por

tentativas constantes de erradicação, total ou parcial, dos ciganos nómadas bem como de sedentarização e de integração cultural compulsiva, todas as medidas resultaram ineficazes, dado os ciganos terem chegado aos nossos dias partilhando uma forte identidade étnica, (Costa E. M., 1996).

Segundo Costa (1996), com a revolução liberal através da constituição de 1822 e a Carta Constitucional de 1826, que elimina formalmente as desigualdades em relação às raças e reconhece a cidadania a todos os nascidos em território nacional, a situação do povo cigano em Portugal é consideravelmente modificada. Não significou no entanto que o povo tenha deixado de ser perseguido e vigiado, os ciganos a partir desta data são objeto de vigilância especial por parte das forças policiais. Até à revolução de abril de 1974, a lei Portuguesa impedia a permanência no mesmo local de comunidades ciganas por períodos superiores a vinte e quatro horas.

Citando Machado (2012), a presença dos ciganos em Portugal foi marcada por uma discriminação severa consagrada na ordem judicial interna, com disposições que originaram processos de iniquidade social. Só a partir de 1996 é que foi retirado do relatório anual de Segurança Interna o quadro estatístico no qual os suspeitos de práticas de crime eram caracterizados segundo a raça: negros, ciganos e brancos.

Os ciganos enquanto grupo étnico diferenciado estão inseridos numa sociedade maioritária. Para Ardèvol (1994), as relações interétnicas são marcadas por relações de poder, em que o grupo minoritário está numa situação de desvantagem quanto ao acesso geral aos recursos e ao poder político e conseqüentemente relegado para uma posição de marginalização no mosaico sócio cultural que constitui o tecido social do nosso país.

A escassa integração não impede contudo a sua transformação social, a manutenção da sua identidade étnica não pressupõe a cristalização de algumas formas culturais nem o seu total isolamento relativamente à dinâmica sócio cultural do nosso País. Este grupo étnico segundo Mendes (2012) tem vindo a ser submetido a um contínuo processo de mudança; recebe interferências de outros grupos e culturas e as mudanças que ocorrem ao nível social exige-lhes um contínuo processo de readaptação ao meio em que se encontram.

O acervo cultural dos ciganos não é o mesmo de há quinhentos anos e embora os distintos subgrupos fixados em território Nacional mantenham um núcleo comum, têm evoluído por vias diferenciadas a partir do patamar temporal dos últimos trinta anos, altura em que se assistiu ao seu processo de sedentarização. As mudanças aceleraram-se e os traços de definição aparentemente transfiguraram-se, as mutações devem-se à sua participação no Universo social “não cigano”. Do nomadismo que permitia um maior isolamento social à sedentarização, implicou

uma participação na sociedade global e na cultura dominante; esta participação não é um processo linear e é por vezes contraditória, situa-se entre a assimilação – que implica a perda dos traços e elementos culturais específicos - e a incorporação – ou seja a adaptação à sociedade maioritária mediante uma transformação seletiva de alguns dos traços culturais, (Mendes M., 2005).

Algumas das transformações ocorridas nos modos de vida do grupo cigano parecem corresponder a tentativas de adaptação a condições estruturais e a novas necessidades, (Mendes M., 2005).

Para poder abordar a especificidade cultural da população cigana é fundamental referir o papel central assumido pela família, o respeito pelos mais velhos, o papel da mulher e da virgindade, do casamento, do dialeto, do luto e dos mortos. A família extensa constitui a unidade estrutural básica da organização social e cultural e é através dela que os elementos mais novos acedem à cultura e identidade cigana, (Pinto F., 1995).

2.3. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO/CULTURAL

A etnia cigana acumula várias dimensões de contraste social e cultural em relação à sociedade portuguesa em geral. Enquanto realidade sociocultural dinâmica sugere a existência de uma grande diversidade de comunidades que diferem consoante a situação socioeconómica, mas que possuem características homogéneas em termos de organização e estrutura.

Segundo Mendes (2012), trata-se de um grupo que tem mantido ao longo de gerações traços sociais e culturais “constantes”, enquanto grupo étnico caracterizam-se por uma série de elementos culturais comuns, e o “seu património cultural” que os distingue dos “outros”.

Alguns dos traços que se podem encontrar nos elementos desta etnia, como a origem comum, a tradição nómada, a língua, a valorização da idade e da experiência, o respeito e o culto pelos seus mortos, a coesão e a diferença assumida face ao não cigano, são traços que constituem parte integrante da sua identidade étnica e necessários à sobrevivência do grupo como unidade social diferenciada.

A sua identidade étnica implica também sentimentos de pertença e autoestima, em que a família extensa constitui a unidade estrutural básica da organização social e cultural, sendo através dela que os elementos mais novos acedem à identidade cigana, (Mendes M. M., 2012). Os ciganos são um grupo de membros extremamente solidários e vivem os conflitos de forma coletiva, “Uma

falta cometida ressentem-se em toda a família e um acto apreciado reforça-lhe o prestígio”, (Liégeois, 1989, p. 63).

2.3.1. A Língua

Em relação à língua, constata-se que todos os ciganos falam um idioma que tem a mesma origem histórica que é o Romanó, embora existam variações linguísticas entre os vários grupos de ciganos, o Romanó ou Caló, é o termo pelo qual os ciganos de Portugal designam a sua língua que corresponde segundo (Coelho, 1995) ao *“Espanhol influenciado pelo Português”*. Nunes (1996), considera que a língua se foi *“(...) abastardando nos vários países Europeus (...)”*. O Romanó tem sido um dos elementos culturais que tem resistido à assimilação e funciona como uma “língua secreta” que os ciganos acionam em situações pontuais e não quotidianamente, fala-se o Romanó com o objetivo de não serem entendidos pelo “outro”. A maioria dos ciganos utiliza a língua Portuguesa (com exceção para os ciganos mais velhos) que permite uma melhor inserção e evita a discriminação. *“Em suma, a sua língua continua a assumir-se como uma estratégia defensiva que nas relações de poder entre cigano e não cigano, permite da parte dos primeiros o exercício de uma relativa dominação (e superioridade) social e cultural (...)”*, (Mendes M., 2005, p. 160).

2.3.2. As Mulheres

Desde a infância que a beleza da mulher é valorizada, pois é um aspeto importante para conseguir bons pretendentes. Na pré-adolescência os pais investem nas filhas com o objetivo de conseguir um “bom casamento” (família do pretendente estar bem inserida na comunidade com poder monetário e social), este investimento traduz-se na valorização da imagem através de roupas e joias assim como da aprendizagem de comportamentos tidos como essenciais para uma futura esposa - saber dançar, cantar, ser boa dona de casa e boa mãe, (Fernandes, 2001).

Atualmente, as mulheres ciganas têm um progressivo protagonismo no seio da sua comunidade e na vida pública. Desempenham um papel chave sendo educadoras, responsáveis pelos filhos e pela transmissão de normas e valores culturais. Tendencialmente apresentam uma maior permeabilidade em relação às mudanças em geral e especificamente às relacionadas com a saúde, (Fundación Secretariado Gitano, 2007).

2.3.3. A Religião

De acordo com Heredia (1974), os ciganos não têm uma religião própria, não reconhecem um Deus próprio e geralmente adotam a religião do país em que vivem. Denominador comum é a crença num Deus único, bom e poderoso, esta fé em Deus para o cigano é algo absoluto.

Enquanto grupo com traços e elementos culturais específicos, há quem veja neles uma concepção religiosa de caráter sincrético, vestígio da sua origem Oriental, mais notório no culto que prestam aos seus mortos, (Mendes M., 2005).

A partir dos anos cinquenta dá-se uma difusão do Movimento Pentecostal, através da Missão Evangélica Cigana, surgida em França. Esta igreja denominada pelas comunidades ciganas como “o culto” teve uma presença constante e constitui-se como um espaço alternativo para o apoio do grupo e para a resolução de conflitos. Estes espaços atuam como fator de proteção para a população cigana que, se serve deles como locais de transmissão de condutas relacionadas com a saúde. Pode-se destacar a função reabilitadora e assistencial no tratamento dos toxicodependentes (Mendes M., 2005).

2.3.4. A Morte e o Luto

Para Mendes (2005), ao olhar dos não ciganos, o luto dos ciganos pode ser visto como “estranho” ou “exótico” porque é vivido de forma extremamente emocional.

A morte tem grande relevância na cultura cigana, os ciganos são muito apegados às relações familiares. Quando morre um cigano o choque é grande e o desgosto profundo, os ciganos exteriorizam toda a dor que sentem ou creem que devem mostrar pela morte de um familiar, por isso a dor é expressa de uma forma dramática e exuberante, com gritos, lamentos e cânticos chorados, (Nunes, 1996).

É habitual o luto entre os familiares mais próximos e a sua duração é diferente consoante o grau de parentesco, pode variar de três a cinco anos e no caso da viúva é para toda a vida.

O luto condiciona as atividades sociais, laborais e até a estética pessoal, assim como a vida comunitária e as manifestações de alegria. A viúva ou viúvo mantém um luto rigoroso, os homens deixam crescer a barba, o cabelo e usam obrigatoriamente chapéu. As viúvas cortam o cabelo, usam lenço na cabeça, cobrem tudo o que possuírem de mais importante em casa com um pano preto e visitam o cemitério quase diariamente levando flores e velas. Antigamente não tomavam banho e não podiam voltar a casar. Para a maioria, a mulher nova que volte a casar deixa

de ser “mulher séria e de respeito”. Os ciganos consideram a viúva que conserva “a recordação do marido” de grande prestígio e influência (Nunes, 1996).

Persiste a forte crença que o espírito do morto continua a existir de tal modo que qualquer pedido do defunto é cumprido, se este não estiver satisfeito com as honras prestadas e com o cumprimento das obrigações, pode voltar e provocar doenças, (Nunes, 1996).

Embora com alguma flexibilização, que decorre das mudanças a nível social com o abandono de práticas mais tradicionais e rigorosas como a destruição da mobília e haveres do defunto, o ritual da morte e do luto é bastante vivido neste povo, (Nunes, 1996).

2.3.5. Coesão Social e Papel dos Mais Velhos

A solidariedade entre os ciganos é evidente em vários momentos da sua vida social e afigura-se como um dos sinais que demonstra *“a consciência do povo e a fé na unidade real que a todos anima (...). As alegrias compartilhadas tornam-se maiores e as penas mais pequenas, quando outros participam nelas”*, (Heredia, 1974).

O facto de pertencer a um determinado grupo constitui um mecanismo que ativa a solidariedade, esta é acionada em caso de luto, doença, desavenças intragrupo ou em caso de discórdia que possa resultar em “derramamento de sangue”.

Em caso de desavenças pode haver intervenção de um “tribunal que dá opiniões”, constituído por elementos de linhagens distintas e conhecedores da tradição cigana. Este tribunal tem como função arbitrar discórdias que vão surgindo, regularizar assuntos de casamentos, de infidelidade conjugal, etc., (Nunes, 1996).

Na cultura cigana não há chefes hereditários ou eleitos, há sim um recurso à autoridade do mais idoso que é escolhido pelas suas qualidades. São os idosos ou outros homens com experiência de vida e respeitados no grupo que em conjunto tomam as decisões mais importantes. O modo como o ancião é respeitado socialmente dentro da comunidade não depende da idade cronológica mas de aspetos sócio simbólicos, tem que possuir determinadas qualidades como a justiça o “dom” da palavra e o facto de agir corretamente com ciganos e não ciganos, (Ardèvol, 1994).

Em regra a partir dos cinquenta anos o homem passa a cumprir automaticamente funções de autoridade dentro da sua família e é apelidado de Tio. Se por acaso conquistou prestígio como homem de “respeito”, a sua autoridade poderá ultrapassar o grupo familiar e aconselhar outras famílias ciganas ou inclusivamente atuar como mediador em caso de conflito, (Ardèvol, 1994).

2.4. COMPORTAMENTO EM SITUAÇÃO DE DOENÇA

Os fatores culturais, os hábitos e os costumes influenciam a saúde das pessoas e das comunidades, a comunidade cigana como minoria étnica, apresenta um conjunto de elementos culturais que influenciam o estado de saúde, condicionam a relação dos seus membros com a doença e determinam a relação que estabelece com o sistema de saúde, (Fundación Secretariado Gitano, 2007).

O povo cigano tem uma forte identidade cultural que cria um elevado sentimento de orgulho e autoestima, sendo este um fator importante de proteção da comunidade e do próprio indivíduo. A família habitualmente extensa oferece recursos, cuidados físicos e emocionais, é disso exemplo o escasso número de institucionalizações de pessoas ciganas idosas e/ou com deficiência física ou mental, (Fundación Secretariado Gitano, 2007).

Em termos culturais, as características mais importantes para se compreender a sua relação com a saúde/doença são:

- Família extensa como organização social e núcleo essencial, em relação à qual se desenvolvem as relações sociais e pessoais. Perante a doença todos os membros da comunidade local se unem para acompanhar o indivíduo doente.
- Prevalência do grupo em detrimento da individualidade de cada pessoa.
- A morte tem grande relevância, quando morre um cigano o choque é grande e o desgosto profundo. É importante ter em consideração as manifestações que surgem quando se confirma a morte de alguém e/ou quando os médicos pedem a realização de autópsia.
- As mulheres desempenham um papel importante nos tratamentos relacionados com a doença e sintetizam o saber.

De acordo com a mesma fonte, as comunidades ciganas, como minorias étnicas, apresentam um conjunto de elementos culturais que influenciam o estado de saúde dos seus membros e a relação destes com a doença. Se considerarmos a doença não só na sua vertente biológica, mas também como uma forma de expressão cultural, teremos que a encarar como um elemento chave no processo saúde/doença das comunidades ciganas, permitindo-nos um maior conhecimento sobre a forma como é recebida a informação sobre os cuidados de saúde; como são exercidos os direitos e serviços que o sistema de saúde oferece; como se expressam os sintomas, as expectativas e as preocupações sobre a doença. Se estes elementos forem do conhecimento dos profissionais de saúde, podem ser utilizados de forma a fortalecer a sua intervenção e ajudar a

evitar conflitos. Deve-se ter presente a percepção da comunidade cigana sobre a saúde/doença, estes vêm-na e vivem-na de seguinte forma:

- 1) Os cuidados de saúde são assumidos pelas mulheres, as mulheres sintetizam os saberes e os tratamentos relacionados com a doença.
- 2) A saúde não é entendida como uma necessidade prioritária, as principais prioridades são o trabalho, a habitabilidade e situação económica.
- 3) Conceção de saúde como ausência de doença, e a doença como uma situação de “incapacidade” ligada à morte. Esta visão de saúde e doença tem como consequência:
 - Ausência de práticas de prevenção, a preocupação começa quando aparecem os primeiros sintomas ou situação de incapacidade, as comunidades ciganas não recorrem aos Serviços de Saúde para prevenir doenças mas sim em caso limite e nesse caso ao Serviço de Urgência, (Dias & al, 2001).
 - Imediatismo associado à rápida resolução de problemas. Quando surge alguma doença, a intervenção deve ser rápida e imediata pela relação direta estabelecida entre doença e morte (necessidade de curar a doença da forma mais rápida possível).
 - O diagnóstico surge como colocar “nome ao que se tem” quando não surgem sintomas e consequências incapacitantes, evitam reconhecer a doença como existente.
 - As atitudes e comportamentos de saúde têm uma lógica popular que obedece à preocupação de evitar e de fugir da doença bem como do seu símbolo, a medicina. Aos médicos recorre-se em caso de necessidade, quando se está doente, para se ser tratado, só se vai ao médico em última instância. Ter boa saúde é uma questão de “destino” de “sorte” Silva (2005) citando Sutherland (1992).
 - Se os sintomas desaparecem devido ao tratamento, a terapêutica é abandonada pois concebem a saúde como ausência de doença. De uma forma geral os ciganos admitem a hospitalização quando há mal-estar impeditivo da vida diária, mas por vezes abandonam o hospital antes de se verificarem melhoras.

-
- 4) O imediatismo e a necessidade de curar a doença de forma rápida implica que exijam com urgência, um profissional que diagnostique a gravidade do problema. Por esse motivo há uma inadequada utilização de alguns recursos de saúde como a utilização excessiva do Serviço de Urgência e a escassa utilização dos Serviços de Ambulância e dos Centros de Saúde.
- 5) Existência de vários modelos médicos seguidos pelos ciganos:
- Tradicional:

Tratam as doenças populares, os terapeutas populares tiveram a seu cargo durante muitos anos a prevenção e o tratamento de doenças não reconhecidas cientificamente como o “mal olhado” e a “inveja”. Segundo Nunes (1996) o cigano procura explicar a doença como a introdução de um espírito mau no doente. A doença seria portanto, a luta entre o espírito do mal e a alma do homem. Para Pinto (1995) muitas das enfermidades que surgem são atribuídas a fenómenos sobrenaturais, a “mau-olhado”, “invejas” e “juras”. Associa-se assim o recurso paralelo à medicina popular e à superstição para lidar com as formas “menos graves” da doença e como manifestação de crença em que a cura reside do lado ritual.
 - Científico:

Representado por profissionais de saúde.
 - Evangélico:

Para o tratamento de doenças terminais, através da fé, para as quais a medicina não tem cura, como o cancro e o VIH/Sida, deve-se ter em conta a ação educativa para a saúde que o “culto” tem, proibindo o consumo de drogas e servindo deste modo o discurso médico e científico, constituindo-se como uma importante forma de prevenção.
- 6) Solidariedade, unidade e coesão social. Quando os membros da sociedade cigana são hospitalizados os restantes membros entram num estado de luto que termina quando o doente regressa a casa. Anuncia-se aqui um conceito de pessoa em que o indivíduo existe primariamente como parte do sistema familiar, em que a comunidade está mais presente do que a sociedade orgânica, face à ameaça com que a doença confronta o grupo, a resposta é solidária e toda a família se aproxima, (Silva L. , 2001).

Citando Castro (2005) *“Uma família de etnia cigana, a mais próxima e a mais afastada, ao invadir o hospital a qualquer hora, em desrespeito do respectivo horário, está a demonstrar ao doente o seu total apoio e solidariedade, que nenhuma norma é capaz de suster”*.

De uma maneira geral os comportamentos e atitudes observados revelam uma percepção de saúde/doença afastada da conceção científica, quando se está bem não há necessidade de usar a medicina, antes pelo contrário deve-se evitá-la. As técnicas invasivas do corpo são aparentemente vistas como contaminadoras, exemplo do modo de vida impuro, doentio e médico dependente da sociedade não cigana, (Silva L. F., Sousa, Oliveira, & Magano, 2011).

Os comportamentos de saúde dos indivíduos de etnia cigana são coerentes com o seu entendimento do mundo, isto é, com a sua cultura e a sua cultura é coerente com as condições de existência em que se ancoram, (Silva L. , 2001).

Na sua inconformidade, a atitude dos ciganos face às instituições de saúde é reveladora da sua (e da dominante) cultura

3. CATÁSTROFE OU EMERGÊNCIA MULTI-VITIMA.

Os fatores naturais que conduzem à ocorrência de um acidente grave ou catástrofe no mundo são muitos e geralmente não controláveis (secas, inundações, sismos, vulcões). O homem e os agentes antropogénicos estão também entre os que maiores possibilidades têm de provocar danos que potenciam uma catástrofe. A crescente concentração populacional, a dependência de meios tecnológicos e a maior relevância facultada aos desastres ecológicos e às alterações climáticas, beneficiam a magnitude duma catástrofe e aumentam a vulnerabilidade associada, (Atienza, 2006).

De acordo com Leiva e Seda (2005) entre as várias definições de catástrofe existe um denominador comum, a desproporção, qualitativa e/ou quantitativa, relativamente às reais capacidades de organização, logística, evacuação e segurança das instituições

A Lei de Bases da Proteção Civil (Lei 27/2006) define no seu artigo 3º, Acidente Grave e Catástrofe da seguinte forma:⁴

- Catástrofe é o acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocar elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido sócio - económico em áreas ou na totalidade do território nacional.
- Acidente grave é um acontecimento inusitado, com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, suscetível de atingir as pessoas e outros seres vivos, os bens ou o ambiente.

O Conceito de Acidente Catastrófico de Efeitos Limitados (ACEL) torna-se útil em todas as situações em que o acidente catastrófico é limitado no tempo (algumas horas), no espaço (confinado ao local onde se desencadeou, ou à sua proximidade) e é desprovido, em princípio, de riscos evolutivos. Não existem limites exatos para o número de vítimas envolvido nestas situações, mas este número não deve ser inferior a 10 nem superior a 100.

Na fase latente (interacidente) de uma catástrofe, devem ser criados planos de contingência às diferentes situações previsíveis de acontecerem, na ocorrência da situação os planos de atuação adequados minimizam os seus efeitos. As catástrofes enquanto acontecimentos inevitáveis e ou imprevisíveis, são incidentes que conduzem a grande confusão, caos e

⁴ Aporte teórico da Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica II. Módulo Seminário de Peritos.

desordenação, daí que se torne imprescindível planificações que têm como objetivo salvar vidas humanas.⁵

Nos casos de múltiplas vítimas, a organização da resposta dos hospitais para tratar dos doentes mais graves institui um desafio, a imprevisibilidade temporal e física de acidentes de grandes dimensões ou catástrofes provocadas pelo homem ou por causas naturais obriga a que as estruturas de saúde estejam permanentemente preparadas para a sua ocorrência estabelecendo planos de contingência, (Sousa J. P., 2012).

As urgências hospitalares devem ter como objetivo manter um nível de resposta apropriado, nesse aspeto os planos de emergência internos exibem-se como ferramentas determinantes na organização à resposta a incidentes graves, em casos em que é ultrapassada a capacidade, quer em meios humanos, quer em meios materiais, (Sousa J. P., 2012).

No contexto do plano de catástrofe hospitalar e em conjunto com os agentes de proteção civil, a instituição hospitalar deverá fazer um catálogo de riscos potenciais, ou seja, riscos que pela respetiva probabilidade conduzam a acidentes, catástrofes ou calamidades que poderão ocorrer na sua área de influência, determinando qual a sua capacidade para receber e tratar um número anormalmente elevado de vítimas, (Sousa J. P., 2012).

Segundo Alves e Redondo (1999) os riscos, de acordo com a sua origem, podem ser definidos em três grupos, designadamente:

De origem natural, onde se incluem fenómenos sísmicos, inundações, avalanches, estados de seca, ou outros relacionados com condições de meteorológicas extremas; riscos derivados do desenvolvimento tecnológico nomeadamente os incêndios, quer urbanos quer florestais, colisão de veículos, acidentes industriais com matérias tóxicas, colapso de edifícios, entre outros, e catástrofes interligadas à atividade humana não perigosa ou potencialmente perigosa como eventos bélicos ou atos de terrorismo, (Alves & Redondo, 1999).

É necessário ter presente que as possíveis ameaças a enfrentar, desde calamidades naturais a agressões químicas e biológicas e grandes acidentes provocados pelo homem, podem atingir o próprio hospital e que os edifícios hospitalares, como quaisquer outros, estão sujeitos a diversos tipos de acontecimentos que podem originar situações de emergência, (Sousa J. P., 2012).

Uma das características destes edifícios e o que os diferencia dos restantes é o tipo de ocupação com a presença de um elevado número de ocupantes em condições de deficiente capacidade de perceção e reação a uma condição de alarme, o que faz com que o aspeto fundamental em termos de segurança das instalações seja a prevenção de ocorrência de situações

⁵ Aporte teórico da Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica II. Módulo Seminário de Peritos.

indesejáveis ou, caso estas venham a acontecer, limitar ao máximo a sua disseminação de modo a reduzir a necessidade de evacuação dos ocupantes (Alves & Redondo, 1999).

A preparação para situações de emergência multi-vítimas, no contexto do próprio plano de emergência interno do hospital, deve constituir-se como uma preocupação permanente no SUG, todos os profissionais que lá exercem devem estar informados e formados sobre o planeamento e organização hospitalar na resposta às situações de exceção, (Sousa J. P., 2012).

Podemos considerar emergência uma situação resultante de agressão sofrida por uma pessoa por parte de um qualquer fator que lhe provoca a perda de saúde e que afetando-lhe algum órgão vital poderá por em risco a sua vida se não for imediatamente assistido (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A emergência multi-vítimas envolve um número de vítimas de tal forma elevado, que altera o normal funcionamento dos serviços de urgência e que exige um conjunto de procedimentos médicos de emergência com a finalidade de salvar o maior número de vidas, utilizando os recursos disponíveis da melhor forma possível, (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Cumpram aos enfermeiros especialistas a utilização de metodologias de planeamento dos cuidados de enfermagem especializados em pessoa em situação crítica que se constituam como promotoras da qualidade, tendo como intuito uma resposta eficiente e eficaz perante indivíduos em situação de catástrofe ou emergência multi-vítimas, (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

4. INFEÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE PRESTADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS), a Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) pode-se definir como “*Uma infeção adquirida no hospital por um doente que foi internado por outra razão que não essa infeção. Uma infeção que ocorre num doente internado num hospital, ou noutra instituição de saúde, e que não estava presente, nem em incubação, à data da admissão*”, (PNCI, p. 7) Estão incluídas as infeções adquiridas no hospital que se detetam após a alta, assim como infeções ocupacionais nos profissionais de saúde”, (PNCI, 2007).

A infeção nosocomial existe em todo o mundo, tanto nos países desenvolvidos como nos países pobres e está entre as principais causas de morte em doentes hospitalizados. Um inquérito de prevalência feito pela Organização Mundial de Saúde, em 55 hospitais de 14 países, que representavam 4 regiões da OMS (Europa, Mediterrâneo Oriental, Sudeste Asiático e Pacífico Ocidental), mostrou que uma média de 8,7% dos doentes hospitalizados contraía infeções nosocomiais. A cada momento, mais de 1,4 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de complicações infecciosas adquiridas no hospital. As frequências mais elevadas de IACS foram descritas em hospitais do Mediterrâneo Oriental e do Sudeste Asiático (11,8% e 10,0% respetivamente), com predomínio de 7,7 e 9,0% respetivamente na Europa e no Pacífico Ocidental, (PNCI, 2007).

As IACS constituem uma das mais importantes causas de morte, dificultando o tratamento e provocando o consumo acrescido de recursos, quer hospitalares, quer da comunidade. Os custos resultantes da IACS são elevados com consequências para hospital e doentes. As infeções contraídas obrigam a mais tempo de internamento, mais terapêutica e meios complementares de diagnóstico, elevando os custos para o estado. Os doentes terão aumento de probabilidade de mortalidade e morbilidade. Um estudo⁶ demonstrou que, o aumento na demora média da hospitalização de doentes com infeção do local cirúrgico, foi 8,2 dias, variando de 3 dias para cirurgia ginecológica a 9,9 para cirurgia geral e 19,8 dias para cirurgia ortopédica. Numa componente de avaliação económica decorrentes de uma infeção hospitalar, teremos de considerar os custos diretos que são constituídos pelos gastos do Sistema Nacional de Saúde e pelos custos suportados pelos doentes, (PNCI, 2007).

⁶ Coello R & al. The cost of infection in surgical patients: a case study. J Hosp Infect, 1993, citado em Prevenção de Infeções Adquiridas no Hospital, (2007).

Estes dividem-se em custos fixos, relacionados com os recursos humanos e físicos do hospital, e em custos variáveis que incluem o recurso a meios e técnicas de terapêutica e diagnóstico, acréscimo do tempo de internamento, aumento da demora média de atendimento a outros clientes e custos com alimentação, medicação e tratamento. Os custos indiretos relacionados com a infeção hospitalar são variáveis mas podem incluir custos de perda de produção devido à pausa no trabalho e diminuição da produção do doente. Para Béresniak e Duru (1999) a soma dos custos diretos e indiretos representa o custo total da doença.

Podemos ainda identificar custos intangíveis que são difíceis de avaliar económica e financeiramente e que estão relacionados com o sofrimento do doente e família, qualidade de vida e alterações afetivas e emocionais decorrentes da doença, (PNCI, 2007).

A infeção nosocomial favorece o desequilíbrio entre os recursos, já de si escassos, atribuídos aos cuidados primários e secundários de saúde, através do seu desvio para a gestão de problemas potencialmente evitáveis, (PNCI, 2007)

Segundo os dados analisados pela Direção Geral da Saúde, de março de 2009 a taxa de prevalência de doentes com infeção nosocomial foi de 9,8% e a prevalência de infeção nosocomial foi de 11,0%.⁷ De acordo com Cristina Costa, uma das autoras do estudo, este incremento deriva de factos relacionados com a prestação de cuidados, a inadequação de estruturas e equipamentos hospitalares, (DGS, 2009).

Para Corrêa (2012),

“(...) tornou-se inaceitável e intolerável que uma pessoa que se encontra doente ou mesmo saudável corra o risco de adquirir uma infeção durante a sua assistência. De certa forma, a ocorrência dessas infeções refletem a falta de segurança durante a assistência e, em última análise os problemas presentes no processo de cuidado e falhas no comportamento humano.”

As infeções nosocomiais mais frequentes são as da ferida cirúrgica, as infeções das vias urinárias e as das vias respiratórias inferiores, o estudo da OMS, assim como outros estudos, demonstraram que a prevalência destas infeções é mais elevada em unidades de cuidados intensivos e em serviços cirúrgicos e ortopédicos, (PNCI, 2007).

Vários fatores favorecem a infeção do doente internado em unidades de saúde, a imunidade deprimida e o número de procedimentos médicos e técnicas invasivas, que criam potenciais vias de entrada para a infeção, assim como hospitais com grande número de doentes e

⁷ Inquérito Nacional de prevalência. Relatório de setembro de 2009. Estudados 21459 doentes, destes 2112 apresentavam uma IN.

com deficientes práticas de controlo de infeção o que facilita a transmissão de bactérias, (PNCI, 2007).

Os micro-organismos causadores de infeção nosocomial, caso sejam multirresistentes, podem ser transmitidos à comunidade causando doenças, através de doentes com alta hospitalar. Frequentemente a infeção nosocomial só se deteta apenas após a alta hospitalar devido à sua precocidade. Esta tendência tem como consequência a insuficiente informação e dificuldade no diagnóstico pelos médicos comunitários e por outro lado, a escassa comunicação de retorno aos profissionais hospitalares e impede a adoção de medidas adequadas. Em paralelo a circulação de doentes entre unidades de saúde, assume cada vez maior importância, com os riscos inerentes de transmissão interinstitucional de infeções por microrganismos multirresistentes, (PNCI, 2007).

As infeções nosocomiais, assumem particular importância na pessoa em situação crítica, o aumento da esperança de vida com recurso a tecnologia avançada e invasiva, o número de doentes submetidos a terapêutica imunossupressora e o uso indiscriminado de antibióticos quer no hospital, quer na comunidade, leva ao aumento de resistência aos antimicrobianos e favorece o aumento das IACS, (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Estudos internacionais “(...) *revelam que cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis.*”, (Direcção Geral da Saúde, 2007, p. 4).

Durante a hospitalização o doente está exposto a uma grande variedade de microrganismos, a doença clínica não resulta, obrigatoriamente, do contacto entre o doente e estes, existindo outros fatores que influem na natureza e frequência das infeções nosocomiais. A probabilidade de que a exposição conduza a infeção depende das características do microrganismo, compreendendo a resistência aos agentes antimicrobianos, a sua virulência intrínseca e a quantidade (inóculo) de material infeccioso.

As infeções nosocomiais podem ser causadas por agentes como bactérias, vírus, fungos e parasitas. Estes podem ser recebidos a partir de outra pessoa no hospital (infeção cruzada) ou a infeção pode ser causada pela própria flora do doente (infeção endógena). Alguns destes agentes podem ser adquiridos através de objetos inanimados ou substâncias recentemente contaminadas por outra fonte humana (infeção ambiental), (PNCI, 2007).

No passado os hospitais limitavam-se à prestação de cuidados com uma abordagem mais humanizada do que propriamente científica, Semmelweiss, Lister e Florence Nightingale desenvolveram os primeiros trabalhos no âmbito da prevenção e controlo da infeção hospitalar,

fundamentando o pensamento moderno sobre a prestação de cuidados.⁸

Em 1847 Semmelweiss, recomenda a desinfecção das mãos dos alunos, com água cloretada e em 1865, Lister, foi pioneiro na aplicação de antissepsia na cirurgia, em 1950, em Inglaterra, surgiram os primeiros enfermeiros de controlo de infeção e em Portugal em 1930, a DGS e posteriormente a Direção Geral dos Hospitais em 1979, abordam pela primeira vez o tema, e o controlo da infeção foi recomendado pela DGS a todas as unidades de saúde em 1986.⁹

Em março de 2007 é criado o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da IACS, programa de intervenção a nível nacional, proposto pela Direção-Geral da Saúde, com o objetivo global de prevenir e controlar as IACS. Abrange as seguintes vertentes de intervenção: vigilância epidemiológica, elaboração e divulgação de normas de boas práticas clínicas, formação e consultadoria. Define objetivos, metas, estratégias, intervenientes, níveis de responsabilidade, cronologia das ações e metodologias de avaliação.¹⁰

A taxa de infeções nosocomiais em doentes de uma instituição é um indicador da qualidade e segurança dos cuidados prestados. O aperfeiçoamento de um programa de vigilância epidemiológica (VE) que monitoriza esta taxa é o primeiro passo fundamental para identificar problemas e prioridades locais e considerar a eficácia da atividade de controlo de infeção. A VE em si é um processo seguro para diminuir a frequência de infeções hospitalares, (PNCI, 2007).

A aprovação do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde implicou a criação de uma rede nacional de registos de IACS, foram também criadas comissões de controlo de infeção (CCI). Estas comissões são compostas por equipa multidisciplinar de assessoria técnica do Órgão de Gestão das unidades de saúde e têm como missão planear, implementar e monitorizar o Plano Operacional de Prevenção e Controlo da Infeção, de acordo com as diretivas nacionais e regionais e as características e especificidades das unidades de saúde.¹¹

No caso do Hospital X, o Conselho de Administração aprovou em 2004 o regulamento da Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar que é um órgão de assessoria técnica do Conselho de Administração e tem como função planear, implementar e monitorizar o Plano Operacional de Prevenção e Controlo da Infeção. Tem como Missão ser *“(...) reconhecida como um serviço de referência na Instituição em matéria de prevenção e controlo de infeção, assumindo-se como parceira privilegiada do Conselho de Administração e dos profissionais prestadores de cuidados*

⁸ Aporte teórico da Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica I. Módulo de Cuidados ao Cliente com Múltiplos Sintomas.

⁹ Aporte teórico da Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica I. Módulo de Cuidados ao Cliente com Múltiplos Sintomas.

¹⁰ Ibd.

¹¹ Ibd.

(...)” e como finalidade “*Prevenir as infecções evitáveis protegendo os doentes e os profissionais* (...)” (CCIH, 2012, p. 1).

O núcleo executivo é constituído por dois enfermeiros com divisão de tarefas e um médico, apoiados por secretariado. O apoio é dado por núcleo consultivo (diretores de serviços e enfermeiros chefes), núcleo técnico (um farmacêutico, um infecciólogista, um microbiologista, um médico da área cirúrgica) e elos de ligação (um enfermeiro e um assistente operacional por cada serviço e um técnico de diagnóstico e terapêutica), (CCIH, 2012).

Assume-se como parceira privilegiada dos profissionais prestadores de cuidados, centro de recursos e de conhecimento nesta área, assim como elemento dinamizador da política de qualidade de cuidados na instituição, (CCIH, 2012).

5. A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E OU FALÊNCIA ORGÂNICA

Define-se como doente crítico aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica, (Ordem dos Médicos, 2008).

Os doentes admitidos no serviço de urgência e unidades de cuidados diferenciados, perdem o contacto com os seus familiares e são temporariamente destituídos da sociedade, das suas atividades e rotinas e apresentam na sua maioria e por inerência os seus familiares, alto nível de ansiedade, agravado por internamento. Esta reação emocional pode estar associada a vários receios nomeadamente, medo da morte ou de incapacidade, situação clínica não esclarecida, ambiente estranho e não familiar e a outros fatores como afastamento da família, despojamento dos seus bens e roupa, alteração da sua autoimagem e mudança de papel na família e sociedade.¹²

O doente é todo o individuo, um ser único sujeito a um estado de desequilíbrio, quer físico, quer emocional, segundo Costa e Melo (1975) sinónimo de "sofredor", este ser humano, vive em comunidade, nasce, cresce, vive, organiza-se e morre em família, esta enquanto organização basilar da sociedade, tem como propósito o bem-estar físico e emocional dos seus membros.

Numa situação de doença existe uma quebra do equilíbrio dinâmico que implica mudanças no seio familiar, se a família não se consegue adaptar, não absorvendo o impacto da mudança, permanecem sentimentos de isolamento que podem comprometer a ajuda que o doente necessita para enfrentar as modificações no seu estilo de vida. A família deve ser incluída no plano de cuidados, visto que a sua ajuda é imprescindível na vontade deste recuperar, mas também porque a própria família necessita de ajuda para readquirir as forças e restaurar a sua dinâmica, esta deve ser considerada como um elo de ligação entre o enfermeiro e o doente, o enfermeiro deve agir no sentido de limitar os fatores desencadeantes de *stress* que possam interferir com o estado de saúde da família, de forma a evitar situações de crise, que surgem quando as reações ao *stress* não foram eficazes ou falharam.¹³

O doente necessita de ser respeitado e atendido nas suas necessidades e direitos com privacidade, individualidade, presença da família e de enfermeiros que o acolham e o façam sentir o mais confortável possível, o processo de cuidar deve ser pautado pela identificação das

¹² Aporte teórico da Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica I. Módulo Cuidados em Situação de Crise: Cliente e Família.

¹³ *Ibd.*

modificações que sobrevêm na estrutura dos seres humanos e que o abalam na sua totalidade, (Waldon, 2004).

Na maioria dos casos dos doentes críticos, a experiência dolorosa constitui um dos maiores problemas e encontra-se entre os receios e queixas mais verbalizados, sendo inegável que a dor é uma das causas de maior desconforto. Cada pessoa percebe a experiência dolorosa de forma particular e a dor pode ser considerada com experiência única, pelo que a sua intensidade é necessariamente aquela que o doente refere. Segundo o Programa Nacional Controlo da Dor (DR 2a série, 2008), todo o indivíduo tem o direito ao controlo da dor, quaisquer que sejam as suas causas evitando sofrimento desnecessário, (DGS, 2008).

A dor como fenómeno complexo tem vindo a tomar protagonismo no discurso técnico e humano no campo da saúde, a dor foi reconhecida desde há alguns anos como o quinto sinal vital, avaliado e registado regularmente em escalas adaptadas ao estado de consciência do doente, garantindo um tratamento individualizado, em que o enfermeiro procura adotar estratégias de prevenção e controlo da dor dos doentes ao seu cuidado, embora se reconheçam ainda muitas barreiras ao seu tratamento eficaz.¹⁴

Os doentes em risco de vida são particularmente suscetíveis à infeção hospitalar, dada a sua situação clínica, que exige procedimentos invasivos e terapêutica antimicrobiana, para além disso partilham espaços comuns e são cuidados por vários profissionais. As infeções associadas aos cuidados de saúde podem conduzir o doente a um estado séptico, sendo a sépsis a principal causa de morte em doentes críticos. A sépsis é uma síndrome clínica que resulta da resposta sistémica do indivíduo à infeção, pode evoluir para o choque séptico e culminar em falência multi-orgânica (FMO) e é uma situação frequente nos idosos, imunodeprimidos ou nos doentes sujeitos a procedimentos invasivos, (Marum, 2012).

A identificação dos doentes em risco e as medidas preventivas são da responsabilidade da equipa de enfermagem por isso, devem-se monitorizar sinais de infeção nos doentes internados. Uma vez instalado o choque, as intervenções de enfermagem tem como propósito atingir os objetivos terapêuticos, sendo fundamental a permanente vigilância, controle e monitorização de parâmetros do doente, assim como o apoio psicológico e a promoção do bem-estar físico e psicológico.¹⁵ Por vezes as medidas médicas instituídas são infrutíferas e advêm a morte.

A morte embora se constitua como um fim universal da vida humana permanece na sociedade ocidental um facto de difícil aceitação, a sociedade parece acreditar que a morte ocorre

¹⁴ Aporte teórico da Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica I. Módulo Intervenções de Enfermagem ao Cliente com Dor.

¹⁵ Aporte teórico da Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica I. Módulo Cuidados ao Cliente com Falência Multi Orgânica.

devido a uma falha da medicina e não porque é um processo natural e comum a todos os seres humanos.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) define a morte como um fenómeno pertencente ao desenvolvimento físico, com as seguintes características específicas: cessação da vida, diminuição gradual ou súbita das funções orgânicas levando ao fim dos processos de manutenção da vida; a cessação da vida manifesta-se pela ausência dos batimentos cardíacos, da respiração e da atividade cerebral.¹⁶

A Morte traz consigo outros fenómenos associados que exigem a nossa atenção como seja o luto e o *coping* do doente ou família. Embora cada ser humano seja único e reaja de modo diferente e individualizado à morte (de acordo com os seus conhecimentos, os seus valores e a sua preparação interior) poderá dizer-se que o doente ao sentir aproximar a sua morte, vivência um complexo processo psicológico. Kubler Ross (1998) divulga o modelo das cinco etapas do morrer; negação, cólera, negociação, depressão e aceitação, (Ross, 1998).

Os indivíduos que se defrontam com a morte necessitam de poder falar com alguém e expressar os seus sentimentos, o apoio espiritual, consiste sobretudo em oferecer atenção, atenção completa, com uma atitude de plena humildade e respeito. Esta humildade exige o compromisso de escutar antes de falar, compreender antes de convencer e aceitar antes de impor.¹⁷

Pires (1995, p. 45) considera que o doente em fim de vida é “(...) *todo aquele que for portador de uma doença irreversível, não se podendo esperar uma melhoria por não responder aos tratamentos curativos, pelo que os nossos cuidados serão unicamente orientados para a qualidade de vida e implicam a noção de morte iminente.*”

A combinação de fatores físicos, psicológicos e existenciais na fase final da vida e a complexidade do sofrimento, obrigam a que a sua abordagem seja feita por uma equipa multidisciplinar que para além do doente e família, reúne profissionais de saúde com formação e treino diferenciado.

A OMS considera os cuidados paliativos como uma prioridade da política de saúde aconselhando a criação de programas que perspetivem um apoio global aos doentes que se encontram na fase avançada da sua doença ou no final da vida, também o Conselho da Europa, reconhecendo que existem graves deficiências no atendimento e ameaças aos direitos do doente a ser auxiliado em final de vida, recomenda atenção às condições de vida destes doentes,

¹⁶ Aporte teórico da Unidade Curricular Enfermagem. Módulo Sistemas de Classificação para a Prática de Enfermagem.

¹⁷ Aporte teórico da Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica II. Módulo Cuidados ao Cliente em Fim de Vida.

especialmente à prevenção da solidão e sofrimento, dando a estes, a possibilidade de receberem cuidados num ambiente ajustado e que consagre a proteção da sua dignidade, (DGS, 2010).¹⁸

Entende-se por palição o alívio do sofrimento do doente e por ação paliativa, qualquer ato terapêutica, sem finalidade curativa, que visa atenuar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar total do doente. As ações paliativas são parte integrante da prática profissional, qualquer que seja a doença ou a fase da sua evolução, (DGS, 2010).

Perante situações de fase final de vida a necessidade de tomar decisões é uma constante. Estas decisões devem expressar um comportamento consciente, sustentado nos princípios orientadores da prática de cuidados e deverão ser apoiadas em conceitos morais (de bem, de justiça e de verdade), éticos e deontológicos.¹⁹

No atendimento ao doente crítico a dramaticidade das situações torna a resolução de problemas éticos um ato mais complexo, principalmente quando os enfermeiros se confrontam com limiares ténues de vida e morte, (Cerri & Hellen Roehrs, 2011).

Um problema ético engloba aspetos, questões ou implicações éticas normalmente de ocorrência comum na prática dos cuidados, não configurando necessariamente um dilema, mas por vezes, os enfermeiros deparam-se com situações que envolvem duas proposições contraditórias entre as quais se encontram na obrigatoriedade de decidir. Nomear ou identificar esse dilema/questão exige o reconhecimento de uma resolução que requer pensamento crítico e tomada de decisão entre duas escolhas, sendo que a aceitação de uma delas conduz à negação ou à afirmação da outra hipótese, sem que nenhuma das duas possa ser refutada, (Cerri & Hellen Roehrs, 2011).²⁰

Na sua escolha o enfermeiro deve construir critérios, através de valores pessoais e profissionais, valores éticos fundamentais e considerar o grau no qual a escolha beneficia o doente, ou antes pelo contrário, lhe acrescenta um ónus, desta forma, atitudes reflexivas e fundamentadas em princípios éticos concorrem para um atendimento humanizado, (Cerri & Hellen Roehrs, 2011).

¹⁸ Aporte Teórico de Módulo Cuidados ao Cliente em Fim de Vida.

¹⁹ Módulo Questões Éticas Emergentes em Cuidados Complexos.

²⁰ Cerri et al, citando Lalande (1999).Vocabulário Técnico e Crítico da Filosofia.

II. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO (PIS)

No contexto da frequência do 1º Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, na ESS, o plano de estudos considerou, para além do exercício clínico, o desenvolvimento de um **Projeto de Intervenção em Serviço (PIS)**, essencialmente no âmbito da aquisição/aprofundamento das competências comuns dos enfermeiros especialistas e, de forma a proporcionar um espaço de aprendizagem que conduza ao “(...) *desenvolvimento de competências especializadas ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação em processos associados à Enfermagem (...)*” (IPSESS - Departamento de enfermagem, 2011, p. 3), a realização de um conjunto de estágios articulados entre si, em unidades/serviços de saúde, permitindo desta forma o desenvolvimento de boas práticas em âmbito de trabalho.

Os estágios decorreram no serviço de Urgência do Hospital X, local de atividade profissional do formando, durante o período compreendido entre 26 de setembro de 2011 e julho de 2012 e efetivaram-se sob orientação tutorial da Sra. Professora EM e da orientação da Sra. Enfermeira especialista TL e coorientação da Sra. Enfermeira especialista NP, promovendo assim a articulação entre a escola e a organização. De acordo com a metodologia de projecto decorreram em torno da identificação de um problema/oportunidade clínica de enfermagem, existente no contexto de estágio proposto pelo formando, do planeamento da intervenção a realizar, da sua execução e avaliação.

A realização de um projeto de intervenção partindo da análise da prática profissional, tem como objetivo a identificação de competências a desenvolver, de forma a integrá-las na prestação dos cuidados, promovendo a qualidade dos mesmos (Tavares, 1990). Na efectivação deste pressupõe-se que o estudante se interrogue a si próprio e que, integrado num ambiente de trabalho, questione e reflita sobre a prática profissional, de forma a mobilizar competências do enfermeiro especialista, de acordo com os conhecimentos adquiridos durante o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e que se constituam como promotoras da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Sendo o trabalho de projeto um instrumento fundamental de aprendizagem, a sua concretização foi orientado para a identificação e resolução de uma situação problemática que correspondesse a um problema real.

A diversidade étnica e cultural e a proximidade entre pessoas de várias proveniências são uma realidade crescente e um dos traços fundamentais do nosso tempo. De facto acedem às

unidades de saúde, indivíduos, famílias, comunidades, com valores, costumes e crenças por vezes desconhecidos ou mal interpretados, (Moleiro & Gonçalves, 2011). Durante a fase de diagnóstico e no contexto da minha atividade profissional, verifiquei que frequentemente surgem conflitos e dificuldades quando se prestam cuidados a doentes/famílias de etnia cigana. Na nossa experiência profissional vivenciamos também algumas situações relacionadas com o comportamento de doentes de etnia cigana que por desconhecimento cultural subjacente nos fomentaram um juízo negativo e nos influenciaram na forma como abordamos o problema existente e como planificamos os cuidados de enfermagem.

A diferença cultural e a especificidade destas populações devem ser elementos essenciais na planificação dos cuidados e o que se verifica é que os serviços não estão ajustados a estes grupos, existindo alguma dificuldade no relacionamento e comunicação entre profissionais de saúde e doentes devido às diferenças culturais, num encontro que se pretende intercultural, (Moleiro & Gonçalves, 2011). É importante conhecer o contexto cultural dos doentes/ famílias de etnia cigana para compreender a razão do seu comportamento e traçar um plano de cuidados de enfermagem que tenha em conta o respeito pelo comportamento cultural de um povo, Meleis *et al* (2000) citado por Abreu (2008) refere que “(...) a forma como o individuo desenvolve a sua sociabilidade dentro do seu próprio grupo é em função da sua cultura de presença.”, (Abreu W. C., 2008).

Mesmo sendo uma das comunidades com presença mais significativa e a minoria étnica com presença mais antiga em Portugal, existem poucos estudos atualizados sobre a mesma e os dados quantitativos sobre a população cigana em Portugal são difíceis de obter, visto que a Constituição Portuguesa não permite o recenseamento que especifique a etnia ou a raça. Apesar de alguma imprecisão, os números oscilam, segundo a Comissão Europeia contra o Racismo e a Intolerância, (2002), entre os cinquenta a sessenta mil ciganos existentes em Portugal²¹. Um estudo de Alexandra Castro de 2004 indica que as comunidades ciganas estão especialmente concentradas no Litoral e nas zonas fronteiriças, com especial concentração em Lisboa e Setúbal sendo que o Hospital X, situado na margem sul do Tejo, abrange uma área geográfica onde residem grande número de comunidades ciganas.

Segundo Castro (2007), através de análise de questionário enviado aos postos da Guarda Nacional Republicana existiam no distrito de Setúbal 5.895 indivíduos de etnia cigana e o peso da distribuição da população cigana face à população residente no distrito era de 0,75%.

²¹ Second Report on Portugal, European Comisión Against and Intolerant, adotado em 20 de março de 2002, Estrasburgo, 4 de novembro de 2002, p. 21

De acordo com Machado (2012), as comunidades ciganas em Portugal são um dos grupos mais afetados por fenómenos de pobreza e exclusão social e muitas carências, como as condições precárias de habitação, baixas qualificações escolares e profissionais, dificuldade de acessos a bens e serviços, marcam a vida destas comunidades.

Há uma evidência consensual em todo o mundo de que a etnia e a cultura podem ter uma influência significativa quer, na acessibilidade aos sistemas de saúde quer na qualidade dos cuidados que são praticados. A comunicação ineficaz devido a diferentes interpretações ou entendimento, pode conduzir a uma má experiência para o doente ou reduzir a sua capacidade de participação e tomada de decisão relacionada com os cuidados de saúde e com o tratamento, (Ordem dos enfermeiros, 2011).

Van Cleemput (2010) mencionado no International Council of Nurses (2011, p. 28) em relação à utilização dos serviços de saúde pela etnia cigana no Reino Unido, refere que “(...) a *insensibilidade cultural, quer resultante da ignorância, quer de atitudes racistas, foi uma característica acentuada nos relatos de comunicação comprometida.*”, no mesmo Conselho foi salientado que os enfermeiros devem estar empenhados em chegar às populações que enfrentam barreiras aos serviços de saúde e que defrontam problemas de saúde complexos, tendo por suporte valores de respeito, equidade e justiça social. O Conselho Internacional de Enfermeiros inclui os princípios dos direitos humanos e da equidade como parte importante da ética de Enfermagem, o código de ética do ICN afirma “*É inerente à Enfermagem o respeito pelos direitos humanos incluindo os direitos culturais (...) (2011, p. 63)*” e “*(...) o enfermeiro promove um ambiente no qual os direitos humanos, valores, costumes e crenças espirituais do indivíduo, da família e da comunidade sejam respeitados.*”, (Ordem dos enfermeiros, 2011, p. 63).

Tendo em conta o interesse e motivação pessoal, assim como a observação e contactos informais com prestadores de cuidados que permitiram clarificar o problema/oportunidade, optámos por uma área de projeto que nos permitisse o desenvolvimento das seguintes competências comuns do enfermeiro especialista, enunciadas no Modelo de Desenvolvimento profissional (Ordem, 2009) “**A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais**”, “**B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade**”, “**B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.**” e tendo em conta a área identificada, fragmentado numa área de intervenção restrita ao desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem a doentes/famílias de etnia cigana, considerando que “*Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro*

especialista procura os mais elevados níveis de satisfação da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica. “, (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 4).

A capacidade de prestar cuidados efetivos a doentes de diferentes culturas é designada de “competência cultural”, segundo Brach e Fraser (2000) referidos por ICN (2011) a ausência de competência cultural pode conduzir a um conjunto de consequências, incluindo erros de diagnóstico por falhas na comunicação; os mesmos autores identificaram algumas técnicas para melhorar a competência cultural, como por exemplo promoção da saúde de forma culturalmente competente, contacto com outras culturas, formação para aumentar a sensibilidade, conhecimentos e aptidões culturais; sendo assim os cuidados de enfermagem devem-se basear na promoção do respeito pelos valores, costumes e práticas específicas dos indivíduos e grupos mesmo quando em confronto com valores culturais muito diferentes.

Deste modo ao refletirmos sobre a nossa vivência enquanto enfermeiros e no âmbito do desenvolvimento de um projeto de intervenção em serviço, sentimos a necessidade de aprofundar um tema que sentimos ser útil ao nosso exercício profissional, que permitisse o desenvolvimento de capacidades académicas e profissionais e que promovesse a qualidade dos cuidados de enfermagem no serviço de urgência do Hospital X contribuindo assim para a prestação de cuidados culturalmente competentes aos indivíduos/famílias de etnia cigana.

1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O diagnóstico da situação (apêndice I) é a primeira etapa do projeto e é a fase onde se identifica, se define o problema a tratar e se elabora um modelo descritivo da realidade que se pretende mudar. Este problema deve ser pertinente, real e exequível de ser resolvido, (Tavares, 1990).

Ao serviço de urgência do Hospital X, recorrem frequentemente elementos de comunidades culturalmente distintas, especialmente africanas, do leste europeu e indivíduos pertencentes à comunidade cigana. Com a criação do Centro Hospitalar, a sua área de influência aumentou, e este fenómeno tornou-se mais visível, notando-se com frequência conflitos e dificuldades na prestação de cuidados a estes doentes, com maior incidência aos doentes e familiares de etnia cigana. Nesta perspectiva deparámo-nos com a seguinte questão, será que os conflitos que surgem com elementos desta comunidade e por vezes a dificuldade encontrada no seu entendimento e resolução, têm origem no défice de conhecimento acerca da cultura cigana, que pode influenciar a prática dos cuidados de enfermagem?

Após a proposta de realização de um projeto individual de intervenção aplicado à realidade do campo de estágio, foram efetuados contactos informais junto de alguns elementos da equipa de enfermagem com a intenção de conhecer a opinião dos mesmos relativamente à temática que se pretendia trabalhar, e realizada uma entrevista não estruturada à enfermeira coordenadora do SUG do Hospital X, no sentido de dar conhecimento das intenções do estudo e de validar o problema identificado, sendo que este foi considerado pertinente e crível de ser trabalhado.

Para a definição e consolidação do problema referente ao projeto de intervenção foi necessário recolher dados objetivos não bastando a perceção adquirida, foi assim utilizada uma ferramenta de gestão, a análise SWOT (Apêndice II) e um instrumento de colheita de dados, o questionário (Apêndice III), que permitiram a análise mais sistemática do problema e fundamentação do mesmo, de acordo com a realidade.

A análise SWOT foi delineada para fundamentar a pertinência da área temática, análise do ambiente, identificação de elementos que permitiram estabelecer prioridades e para facilitar o planeamento de estratégias, definir riscos e problemas a resolver; da análise desta, salienta-se a importância da oportunidade para os enfermeiros do SUG de proporcionarem cuidados de enfermagem culturalmente adequados às comunidades ciganas e desta forma respeitar a sua identidade como minoria étnica, contribuindo para a prevenção de possíveis conflitos.

Por sua vez o questionário construído teve como objetivo conhecer o nível de formação da equipa de enfermagem do SUG relativamente à enfermagem multicultural e auscultar a opinião dos mesmos relativamente ao tema do projeto de intervenção em serviço .

Para tal, foi efetuado pedido de autorização para realização do estudo à enfermeira coordenadora do SUG do Hospital X (apêndice IV) onde constava a identificação do estudante e o esclarecimento da temática, a este pedido juntou-se um exemplar do instrumento de colheita de dados e o respetivo consentimento informado (apêndice V), a esclarecer os objetivos do estudo e a garantir o anonimato, confidencialidade e liberdade de participar ou não do mesmo.

Fortin (1999, p. 373) define população como “(...) *conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação*”.

Em relação à amostra que Fortin (1999, p. 203) descreve como “(...) *um subconjunto duma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população.*”, optámos por selecionar uma amostra não probabilística de conveniência, pois tal como refere Carmo e Ferreira (1998, p. 197) “*na amostragem de conveniência utiliza-se um grupo de indivíduos que esteja disponível*”, tendo obedecido a seleção da amostra aos seguintes critérios de inclusão:

- Enfermeiros de ambos os sexos, que prestam cuidados diretos aos doentes no SUG.
- Que estejam interessados em participar no estudo.

No sentido de obtermos uma compreensão do problema em estudo, como já referido, seleccionámos o questionário enquanto ferramenta diagnóstica, o que nos permitiu colher dados de forma sistemática e quantificável. As questões foram construídas com o objetivo de colhermos informação factual sobre os indivíduos ou sobre as situações conhecidas dos indivíduos (Fortin, 1999). Procuramos estar atentos à clareza, ausência de tendenciosidade e nível de leitura, as perguntas foram formuladas com o objetivo de estimular a colaboração e a franqueza (Polit & Hungler, 1995).

A elaboração do questionário foi efetuada durante o mês de dezembro de 2011 e foi revisto pela professora tutora e enfermeira orientadora e coorientadora e corrigido até à versão definitiva.

O questionário era constituído por perguntas fechadas e composto por três blocos temáticos:

-
- O primeiro pretendia caracterizar a equipa de enfermagem do serviço de urgência geral relativamente a aspetos biográficos, habilitações académicas, profissionais e experiência profissional.
 - O segundo, conhecer o nível de formação da equipa de enfermagem do serviço de urgência geral no âmbito da enfermagem multicultural.
 - O último tencionava conhecer a opinião da equipa de enfermagem relativamente ao papel do enfermeiro do SUG junto da comunidade cigana.

Ao realizarmos este projeto, foi nossa intenção respeitar os princípios éticos e deontológicos, Fortin (1999), refere que se devem “(...) *tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdade das pessoas que participam nas investigações*”. “*Na persecução de aquisição de conhecimentos, existe um limite que não deve ser ultrapassado: este limite refere ao respeito pela pessoa (...)*”, (Fortin, 1999, p. 113).

Neste sentido foram inseridas neste trabalho as preocupações éticas consideradas e referidas no relatório Belmont, em que se articulam três princípios éticos, “*nos quais se baseiam os padrões de conduta ética em pesquisa: Beneficência, Respeito à Dignidade Humana e Justiça*”, (Polit & Hungler, 1995, p. 295).

No sentido de testar a funcionalidade e a validade do questionário, no início do mês de janeiro foi aplicado um pré teste a três enfermeiros especialistas de forma a verificar-se, se as questões estavam explícitas e de acordo com os objetivos predefinidos. De acordo com Polit & Hungler (1995, p. 65) “(...) *um pré teste constitui uma tentativa para que se determine, o quanto possível, se o instrumento está enunciado de uma forma clara, livre das principais tendências e além disso, se ele solicita o tipo de informação que se deseja* “. Após pré teste, realizaram-se correções ortográficas na Parte II do questionário e por se verificarem dúvidas em relação ao conteúdo da pergunta 2.b), optou-se por anular a respetiva questão.

Em qualquer estudo que se realize há sempre limitações, segundo Polit (1995, p. 17) “(...) *não somos capazes de obter estudos perfeitamente delineados e executados (...)*” e estas limitações podem condicionar os resultados obtidos, pelo que não podem ser ignoradas.

As principais limitações metodológicas encontradas foram:

- Inexperiência do investigador.
- Escassez de literatura.
- Limitações de ordem temporal.

Após ter sido recebido parecer favorável do órgão de gestão e após ter sido realizado o pré teste, deu-se início à aplicação dos questionários que decorreu no período de 9 a 14 de janeiro

de 2012.

A equipa de enfermagem era constituída por 61 enfermeiros, foram distribuídos 55 questionários devido a existirem elementos de férias e atestado médico, destes responderam 53. Os dados foram tratados informaticamente, durante a segunda quinzena de janeiro, recorrendo ao programa *Excel*. Foi atribuído a cada questionário um número sequencial de 1 a 53, procedendo-se de seguida à composição do caderno de códigos, onde, por ordem respetiva dos questionários foram registados os dados colhidos e as perguntas foram codificadas de forma a auxiliar a introdução dos dados informaticamente.

Para sistematizar e relevar a informação fornecida pelos dados sócio demográficos utilizou-se a estatística descritiva e analítica, nomeadamente, medidas de tendência central.

Para Reis (1996, p. 15) *“A estatística descritiva consiste na recolha, análise e interpretação de dados numéricos através da criação de instrumentos adequados: quadros, gráficos e indicadores numéricos”* e Hout (2002, p. 60) acrescenta que este tipo de estatística consiste num *“(...) conjunto das técnicas e das regras que resumem a informação recolhida sobre uma amostra ou uma população, e isso sem distorção nem perda de informação”*.

Os resultados do questionário encontram-se em apêndice VI e de seguida desenvolveremos as suas conclusões:

Na parte I foram caracterizados seis parâmetros: sexo, idade, habilitações literárias, habilitações académicas e profissionais, anos de atividade profissional e anos de experiência profissional no serviço.

A amostra dos enfermeiros era constituída maioritariamente por enfermeiros do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 24 e os 57 anos.

Tinham entre 2 e 37 anos de serviço com uma média de 13 anos de atividade profissional.

São maioritariamente licenciados (75%) e trabalham no SUG entre 1 e 27 anos com uma média de 9 anos.

Da análise dos dados podemos inferir que 89% dos inquiridos nunca fez formação em enfermagem na área da multiculturalidade, 74% consideram pertinente fazer formação nesta temática, por outro lado 70% consideram importante a criação de um dossiê temático e 57% a criação de um guia de acolhimento.

Na terceira parte do questionário foram apresentadas algumas afirmações, da sua análise pretendia-se apreender o nível de conhecimento da equipa de enfermagem relativamente a alguns aspectos da cultura cigana cigano, tendo-se constatado que:

Cerca de 55% dos enfermeiros indicaram o Homem ou Mulher de respeito como a quem dirigir-se em caso de interação, só 9% responderam como sendo o “tio” e 36% responderam ao familiar mais próximo.

Em relação à necessidade que os doentes ciganos têm de ser sempre os primeiros a serem atendidos, 57% dos enfermeiros responderam que os doentes associam os sintomas a morte, denotando um conhecimento adequado, 39% dos inquiridos atribuem este comportamento a outra causa.

Dos enfermeiros inquiridos 70% atribuiu a não-aceitação de alimentos a hábitos alimentares diferentes e 7% a não gostarem da comida hospitalar, só 17% demonstrou conhecimento adequado acerca da causa de não-aceitação de alimentos. As técnicas invasivas do corpo representadas pelas vacinas e intervenções cirúrgicas, são assustadoras e vivenciadas como contaminadoras da comunidade cigana pela comunidade não cigana. Este medo de contaminação é representado simbolicamente pela alimentação hospitalar que muitas vezes é recusada e substituída pela comida que os familiares fornecem ao doente (Silva L. F., Sousa, Oliveira, & Magano, 2011).

Para os ciganos a percepção da doença situa-se num registo de tipo mágico religioso, em que a doença é atribuída ao “mau-olhado”, “maldições” ou “invejas”, “alguém lhe quer mal”, com recurso por vezes a práticas alternativas como a atos supersticiosos e a curandeiros (Silva L. F., Sousa, Oliveira, & Magano, 2011). Dos inquiridos, 89% revelou conhecimento adequado deste facto.

Considerando que *“O problema caracteriza-se por identificar e descrever (...) apreciar a pertinência e precisar o objectivo.”*, (Ruivo, Ferrito, Nunes, & Estudantes, 2010, p. 12), identificamos assim o seguinte problema: “Défice de conhecimento acerca da cultura cigana, que pode influenciar a prática dos cuidados de enfermagem no SUG do Hospital X” e como problemas parcelares:

- Défice de conhecimentos na área da competência cultural.
- Inexistência de documento de acolhimento relativamente ao funcionamento do serviço de urgência vocacionado para indivíduos de etnia cigana.
- Inexistência de profissionais de referência (mediador cultural, elo de ligação ou enfermeiro de referência).
- Linguagem não adaptada às comunidades ciganas, o que conduz a barreiras comunicacionais.

Estes permitiram validar a pertinência da área a intervir e clarificar o problema geral, seleccionar e determinar prioridades e definir objetivos que permitissem conceptualizar o projeto de

forma a contribuir para a melhoria dos cuidados culturais prestados pela equipa de enfermagem do SUG aos doentes/famílias de etnia cigana.

Por tudo o que foi referido e tendo em conta que a Missão do Hospital X, consiste em *“assegurar os cuidados de saúde ao nível da educação, promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, garantido a qualidade e a equidade aos cidadãos numa perspetiva de eficiência e melhoria continua.”* e que assenta em valores como o Humanismo, Inovação, Eficiência e Responsabilidade, visando ser um *“hospital de excelência para a comunidade e uma referência nacional”* e considerando que um dos objetivos do SUG consiste em *“(…) garantir a qualidade dos serviços prestados e o impacto na sociedade, garantir as metas de produtividade propostas para o serviço e gerir e motivar os recursos humanos.”*, acreditámos assim que este projeto seria uma área importante e inovadora de intervenção com o objetivo de contribuir para a prestação de cuidados de enfermagem culturalmente congruentes aos doentes/famílias de etnia cigana, no serviço de Urgência do Hospital X.

2. OBJETIVOS

Na elaboração do projeto em que o conceito de planejamento em saúde está subjacente, torna-se necessário a formulação de objetivos, esta fase é uma das mais importantes etapas do projeto pois possibilita “*ver para onde se vai e quais as vantagens que daí advêm*” (Ferreira, 1999, p. 134). Os objetivos devem ser claros, precisos e descrever com exatidão as mudanças que se pretendem alcançar, (Ferreira, 1999).

Após a identificação da área problemática e da formulação do problema intrínseco a este projeto de intervenção enunciámos como objetivo geral:

Contribuir para a prestação de cuidados de enfermagem culturalmente congruentes aos doentes/famílias de etnia cigana, no serviço de Urgência Geral do Hospital X.

Para atingir o objetivo geral traçado foi imprescindível definir de forma clara e concisa o que se pretendeu alcançar, bem como a forma de o efetuar; tendo em conta a exequibilidade, a admissibilidade e a acessibilidade, definimos os seguintes objetivos específicos:

- **Criar Glossário temático sobre aspetos e termos culturais da etnia cigana.**
- **Elaborar um guia de acolhimento destinado aos doentes/ famílias de etnia cigana do SUG.**
- **Formar a equipa de enfermagem.**
- **Identificar profissional de referência para a comunidade cigana e descrever as suas competências.**

Dada a amplitude do projeto foi essencial definir prioridades, atividades e recursos necessários para a realização dos mesmo, em suma planejar.

3. PLANEAMENTO DO PIS

A fase do planeamento permitiu com base nas informações retiradas anteriormente elaborar um plano detalhado do projeto que envolveu vários aspetos, estabelecer estratégias, calendarizar as atividades, recursos necessários e atividades a desenvolver e enumerar indicadores de avaliação, o quadro resumo de planeamento de atividades é apresentado em Apêndice VII.

Definimos duas áreas de atuação, uma que completasse a comunidade cigana, outra dirigida aos enfermeiros do SUG.

A elaboração de um guia de acolhimento pode ajudar a capacitar a população cigana para o uso adequado do serviço de urgência e informar das normas do mesmo. Por outro lado, com a criação do glossário temático e a formação da equipa de enfermagem, oferece-se um conjunto de conhecimentos específicos sobre a cultura cigana, que irá permitir aos enfermeiros do SUG entender as suas atitudes e os seus comportamentos perante a saúde/doença, promovendo desta forma, cuidados de enfermagem que têm em conta a diversidade cultural, aumentando a satisfação do doente/famílias desta etnia no seu acesso ao serviço de urgência, por outro lado a definição de enfermeiro de referência no SUG para as comunidades ciganas ajudará à obtenção de um acompanhamento mais próximo e o desenvolvimento de uma relação de confiança.

Nesta fase do projeto foi importante prever os recursos necessários para a concretização dos objetivos, sendo que nos recursos humanos, foram identificados os profissionais com que se articulou a intervenção, nomeadamente:

Enfermeira coordenadora do Serviço de Urgência do Hospital X.

Enfermeira orientadora e coorientadora.

Enfermeiras responsáveis por formação em serviço do SUG do Hospital X.

Equipa de Enfermagem do SUG do Hospital X.

Mediador cultural de Hospital Pediátrico .

Recursos materiais:

Material bibliográfico:

Livros e Revistas Científicas.

Monografias Publicações Periódicas.

Material informático:

Sites Científicos.

Motores de busca.
Computador.
Projetor.
Sala de reuniões do SUG.

3.1. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Na fase de planificação do projeto é necessário a calendarização das atividades, segundo Martin e Henderson (2004) "*A arte de implementar está no estabelecimento cuidadoso de prioridades e sequências de ação*". Para que o projeto de intervenção fosse viável houve que planejar qual a forma de desenvolver uma série de atividades relevantes que possibilitassem a sua concretização. Assim realizámos um cronograma (apêndice VIII) onde constam todas as principais atividades essenciais para a execução do projeto, registadas quinzenalmente. Embora inicialmente houvesse um ligeiro atraso no planeamento, com uma gestão eficaz das atividades académicas e profissionais, concretizámos as atividades em tempo adequado e previsto.

A realização deste trabalho e a concretização dos objetivos, decorreu num espaço temporal de nove meses, sendo o prazo pensado atingido, exceto no que respeitou à ação de formação que só pode ser efetuada em final de junho do mesmo ano de forma a não se sobrepor com outras ações já calendarizadas pelo SUG para esta altura do ano e com outras ações de formação a realizar por outros estudantes de mestrado.

De acordo com cronograma inicial a pesquisa bibliográfica iniciou-se em outubro de 2011 e prolongou-se até maio de 2012. As reuniões com enfermeira coordenadora do SUG e enfermeira orientadora e coorientadora aconteceram entre abril e maio de 2012

Outras atividades foram sendo efetuadas entre abril e junho de 2012, há que mencionar que algumas datas se sobrepõem devido ao facto de algumas ações terem sido realizadas em simultâneo, quer em contexto de estágio quer como trabalho individual.

O desenvolvimento do cronograma necessitou de revisão dos recursos e duração, principalmente porque algumas das atividades requereram a colaboração de outros enfermeiros e profissionais exteriores à instituição, houve que articular a formação com enfermeiros responsáveis por formação em serviço, por outro lado tivemos que considerar a disponibilidade da enfermeira diretora de um Hospital Pediátrico e a do mediador cultural da referida instituição.

4. EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DO PIS

A execução e avaliação do projeto decorreram durante o período estipulado pela ESS e de acordo com o plano de estudos do 1º Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgico durante o estágio III. Durante o desenvolvimento do PIS esteve sempre presente a sua finalidade, a de contribuir para cuidados culturalmente competentes. Partindo deste pressuposto foram definidos objetivos, desenvolvidas atividades para a sua concretização e decididos indicadores de avaliação e utilizados os recursos ao nosso alcance. Assim empregando uma metodologia descritiva iremos analisar e avaliar de forma crítica cada objetivo e relatar as atividades e os recursos utilizados para atingir os objetivos assim, como o projeto na sua generalidade.

A avaliação do projeto é um processo contínuo, organizado e metódico que, partindo da recolha de dados e da sua análise, permite intervir para melhorar a relação entre o projeto e o problema, esta deve fornecer os elementos necessários que possibilitem redefinir a análise da situação, aferir em que medida os objetivos definidos estão adequados, a seleção e adequação dos meios utilizados, a eficiência ou seja a gestão dos recursos e meios para atingir os objetivos, descobrir novas necessidades de intervenção, realizar ajustamentos à medida das falhas ou necessidades detetadas e eventualmente definir novos objetivos ou estratégias (Ruivo, Ferrito, Nunes, & Estudantes, 2010).

Considerando que o projeto é um processo dinâmico, durante a fase de diagnóstico, planeamento e execução, houve vários momentos avaliativos.

Na construção da ferramenta de diagnóstico foi necessário ponderar qual a mais adequada, tendo sido eleito, após análise, o questionário com perguntas fechadas como o mais apropriado para o estudo em causa por ser, segundo alguns autores, o mais indicado para situações delimitadas no tempo e mais objetivas. Foi utilizada escala tipo Linkert, para que os enfermeiros pudessem responder às questões através de uma escala gradual, conforme o seu posicionamento pessoal, de acordo com o objetivo pretendido pelo autor, tendo em conta a recolha de informação que colaborasse na tomada de decisão e que permitisse a confirmação da pertinência do estudo.

Foi também ponderada a ferramenta de gestão a utilizar, tendo-se escolhido a análise SWOT de forma a considerar alguns aspetos mais pertinentes do projeto, as suas forças e fraquezas e corrigidas estratégias de acordo com os resultados obtidos.

Foram contemplados aspetos como a adequação do tempo entre as várias fases do planeamento.

Foi essencial refletir sobre a importância do projeto para o SUG e para os enfermeiros, pesando as vantagens e impacto do planeamento e da resolução do problema para a qualidade dos cuidados culturais prestados aos doentes do SUG.

Em toda as fases do projeto foram efetuadas avaliações constantes e registos frequentes das atividades realizadas, de forma a constituir um guião para edificação do projeto. Momentos de reflexão e de avaliação constituíram também as reuniões com a Senhora enfermeira coordenadora do SUG, senhora enfermeira orientadora e coorientadora e senhora enfermeira tutora, que desempenharam uma atitude interativa de orientação e acompanhamento, condições tão necessárias para o reajustamento do planeamento do projeto e da delineação de estratégias e objetivos e para a sua materialização.

Para a concretização dos objetivos definidos para este projeto foi necessário a planificação de atividades/estratégias, a escolha destas deve secundar diretamente com os objetivos delineados, (Ruivo, Ferrito, Nunes, & Estudantes, 2010). Sempre que se justificou, uma vez que o projeto se afigurou como um processo dinâmico, foram consideradas e realizadas alterações das estratégias, para isso foi fundamental a ponderação e reflexão sobre a ação nas várias etapas de forma a não comprometer os objetivos determinados.

Em todos os objetivos específicos uma das estratégias definidas foi a pesquisa bibliográfica que se constituiu como uma prioridade e um fio condutor ao longo de todo o projeto e que permitiu o aporte de conhecimentos necessários para o planeamento e realização do mesmo.

A revisão da literatura incidiu sobre o tema em estudo, consultando a bibliografia disponível na biblioteca da ESS, na biblioteca do Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE) e da Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Nova, incluiu também a utilização de motores de busca (*B-on; MedLine; Cuiden; EmBase; Medscape*) na pesquisa de *sites* científicos. Os enfermeiros constituem o maior grupo de prestadores de cuidados de saúde e os seus cuidados influenciam os resultados de saúde das pessoas, deste modo devem-se utilizar conscienciosamente critérios da melhor evidência científica disponível para a tomada de decisões sobre os cuidados a prestar a cada pessoa doente, (Ferrito, 2007).

Há que referir também os aportes teóricos em sala de aula, nas unidades curriculares Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem; Enfermagem Médico-cirúrgica I e II, Gestão de processos e Recursos, entre outros, igualmente necessários para a nossa construção enquanto enfermeiros especialistas e edificação do projeto.

De seguida faremos uma descrição e avaliação sumária de cada um dos objetivos.

- Criar Glossário temático sobre aspetos e termos culturais da etnia cigana.

As atividades desenvolvidas decorreram de outubro de 2011 até junho de 2012, conforme previsto no cronograma, a elaboração do glossário temático (apêndice IX) foi concluída após reuniões com os recursos humanos envolvidos e alterações realizadas de acordo com sugestões apresentadas pelos mesmos. Após aprovação de enfermeira coordenadora do SUG foi impresso o glossário e divulgado à equipa de enfermagem do serviço acima citado, em junho de 2012 durante ação de formação realizada no âmbito do quarto objetivo.

Costa e Melo (1975, p. 716) definem Glossário como *“um dicionário de termos técnicos de uma arte ou ciência”*, este torna-se importante pois permite explicar certas palavras pouco conhecidas, neste caso, este glossário foi construído com a finalidade de partilhar com os enfermeiros do SUG alguns conceitos e termos linguísticos da cultura cigana com o objetivo de melhorar o conhecimento acerca desta comunidade. O conhecimento dos códigos culturais que estas comunidades apresentam como por exemplo a linguagem, as tradições e os costumes é uma condição importante para o reforço da interculturalidade nos serviços de saúde, (Fundación Secretariado Gitano, 2007).

- Elaborar um guia de acolhimento destinado aos doentes/ famílias de etnia cigana do SUG.

No empenho de solucionar um dos problemas parcelares - inexistência de documento de acolhimento relativamente ao funcionamento do serviço de urgência vocacionado para indivíduos de etnia cigana - foi pensado como segundo objetivo específico a conceção de guia de acolhimento (apêndice X).

Segundo Costa e Melo (1975, p. 25) o termo acolhimento é definido como *“acto ou efeito de acolher; hospitalidade, recepção”* e Cardoso e Pinto (2002, p. 12) referem que, *“Um acolhimento caloroso, a prestação de informações úteis ao doente e a identificação das suas expectativas e preocupações podem diminuir a sua angústia e ansiedade e ajudar a construir uma relação de confiança e de ajuda”*, a finalidade do guia de acolhimento, além de ajudar o doente e a família a eliminarem sentimentos negativos foi também, de os informar acerca dos aspectos organizacionais da instituição/serviço de saúde.

Na elaboração deste guia, tivemos assim em conta o conceito de humanização, pretendeu-se que a sua criação contribui-se para um atendimento personalizado e que funcionasse como um veículo de transmissão de informação e como um meio de aproximação entre o serviço/enfermeiro e o doente/família. Toda a informação importante sobre o desempenho das instituições prestadoras de cuidados e informação de carácter normativo devem estar acessíveis ao público, e a produção e difusão desta informação deve incluir na sua criação elementos do público a que se destinam, (Plano Nacional de Saúde, 2010).

Em relação a este objetivo específico, as atividades transcorreram igualmente no espaço temporal de outubro de 2011 até junho de 2012. Foram realizadas algumas reuniões nomeadamente com enfermeira orientadora, coorientadora, responsáveis por formação em serviço e enfermeira coordenadora do SUG para apresentação do documento e recolha de sugestões e orientações.

Procedeu-se igualmente à recolha de opinião junto dos doentes/famílias de etnia cigana, de forma a considerá-los como parceiros do projeto e não só como recetores de cuidados, um doente mais informado sobre as normas do serviço de urgência, bem como dos seus direitos e deveres, pode participar efetivamente no esforço melhoria que se deseja, este direito à informação está consignado na Carta dos Direito e Deveres Do Doente.

Nesta atividade salientamos os encontros informais com os responsáveis de equipa de enfermagem e enfermeiros, nos finais da passagem de turno, com a finalidade de recolha de opiniões e sugestões e eventuais alterações ao guia, daqui surgiram alguns melhoramentos que foram levados em consideração na elaboração final.

O guia de acolhimento foi pensado para a população em causa e de forma a transmitir informação de maneira simples e clara, foi construído com base em alguns parâmetros; pouco texto, pouca informação e linguagem concisa e concreta. Foram consultados outros trabalhos já existentes conjuntamente com subsídios bibliográficos, tendo existido a preocupação de adequar o conteúdo às características do serviço de urgência e à especificidade da comunidade em causa.

Após recolha de contributos dos pares e doentes e sugestões de enfermeira tutora, foram feitos melhoramentos em termos gráficos e de conteúdo

Após execução do documento final, foi pedido aprovação à enfermeira coordenadora do SUG.

O documento definitivo foi apresentado e divulgado no momento de ação de formação já mencionada.

De uma forma geral a equipa de enfermagem considerou que o guia de acolhimento estava bem construído e dimensionado para as necessidades da população em causa.

O guia de acolhimento foi realizado em *layout* hospitalar e enviado para aprovação do gabinete de gestão de qualidade e posteriormente da administração hospitalar, aguardando neste momento a referida aprovação para a sua implementação.

- Formar a equipa de enfermagem.

No seu encontro com o doente/família/comunidade é necessário ao enfermeiro formação; formação técnica, formação humana, científica e cultural que este deve realizar ao longo da sua vida, de forma a adquirir novos conhecimentos e a manter uma constante atualização da prática, o contínuo processo de aprendizagem promove o desenvolvimento profissional, o crescimento pessoal e desenvolve competências promotoras da qualidade dos cuidados, (Benner, 2003).

De forma à concretização deste objetivo planeámos uma ação de formação em serviço sobre a especificidade cultural dos doentes de etnia cigana e comportamentos perante a saúde/doença, Ferreira refere que “(...) *planear é essencialmente, fazer o retrato mental de uma realização futura.*” (Ferreira, 1999, p. 130).

Na fase de planeamento da formação foi considerada a população alvo a que se destinou a sessão para que se pudesse adequar os conteúdos e a linguagem utilizada, do mesmo modo consideraram-se os aspetos logísticos, isto é onde o local onde iria acontecer a sessão e quais os materiais necessários. Ao planear a sessão pretendeu-se dar resposta às questões emitidas por Sousa “(...) *formar quem, formar quando e formar onde?*”, (Sousa M. , 1973, p. 101).

Foi definido como objetivo geral da ação de formação:

Sensibilizar a equipa de Enfermagem do SUG do Hospital X, para a importância da prestação de cuidados culturalmente congruentes aos doentes/famílias de etnia cigana.

E como objetivos específicos:

- Apresentar o projeto de intervenção em serviço.
- Divulgar resultados do questionário efetuado.
- Partilhar conceitos de Enfermagem multicultural e transcultural.
- Transmitir conhecimentos acerca do povo cigano e seu comportamento perante saúde/doença.
- Apresentar e divulgar dossiê temático e glossário temático.

Efetuámos reuniões com enfermeira coordenadora do SUG e enfermeiras responsáveis por formação, para calendarização de ação de formação e igualmente com enfermeira orientadora e coorientadora para discussão de aspetos relacionados com a mesma, foram feitas algumas alterações relacionadas com a ordem de apresentação dos conteúdos.

Na calendarização da ação tivemos alguma dificuldade de forma a não coincidir com as ações apresentadas com restantes alunas do mestrado e a não sobrecarregar os enfermeiros do SUG. Realizámos o planeamento da sessão de formação (apêndice XI) e construímos diapositivos (apêndice XII) de acordo com o tema pretendido e acima referido.

A ação de formação foi divulgada através de cartaz preexistente no SUG, afixado no gabinete de enfermagem com a seguinte informação: Tema da formação, data, hora, local, tempo previsto, grupo destinatário e nome do formador, uma semana anterior à data prevista.

A sessão formativa foi realizada no dia 25 de junho de 2012 na sala de enfermagem e no período estabelecido em cronograma, cumprindo a temporalidade prevista e plano determinado. A sessão foi de aproximadamente de 40 minutos e realizada entre as 14:30 e as 15:10 horas, por este horário permitir que parte dos enfermeiros do turno da manhã e da tarde assistissem à formação. As estratégias utilizadas na sessão de formação encontram-se referenciadas em apêndice XI (plano de sessão de formação). Como recursos materiais e meios auxiliares optámos pela elaboração de slides no *Microsoft Power Point*, apresentados através de projetor multimédia.

Na formação participaram vinte enfermeiros do SUG, enfermeira coordenadora, enfermeiras responsáveis por formação e coorientadora, estes demonstraram interesse no tema e no final da sessão foi criado um espaço de reflexão sobre diversidade cultural, focalizando a especificidade da comunidade cigana, partilhando experiências e esclarecendo dúvidas, foi aproveitada a oportunidade de reforçar junto dos pares a importância da disponibilização de guia de acolhimento, aos familiares e doentes aquando do internamento em SO e UIPA. Foi gratificante constatar a atitude motivadora da enfermeira coordenadora perante a pertinência e inovação do projecto.

No decorrer da formação, divulgámos formalmente o projeto de intervenção à equipa de enfermagem, o resultado dos instrumentos aplicados, assim como os documentos: guia de acolhimento e glossário temático.

A avaliação da ação de formação foi efetivada em conformidade com os parâmetros constantes no impresso mod.6/08 (apêndice XIII) do Núcleo de Investigação e Formação em

Enfermagem do Hospital X. Dos resultados da avaliação que se encontram em apêndice XIV pode-se concluir uma avaliação geral qualitativa de excelente.

Importa referir também a Participação em Seminário Internacional no dia 15 de março de 2012, submetido ao tema “Ciganos Portugueses, Olhares Plurais e Novos Desafios numa Sociedade em Transição” que decorreu no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE.IUL) e que contribuiu para desenvolver uma reflexão multidimensional e interdisciplinar sobre a situação presente dos ciganos portugueses.

- Identificar profissional de referência para a comunidade cigana e descrever as suas competências.

Neste objectivo, recorreremos novamente à pesquisa bibliográfica a fim de consolidar os conhecimentos até aqui adquiridos acerca da cultura cigana e das competências de mediação.

Outra atividade relacionada com o quarto objetivo específico, foi a visita a um Hospital Pediátrico com a finalidade de conhecer o papel do mediador cultural para os doentes de etnia cigana e as estratégias de resolução de conflitos.

Para tal, realizámos uma entrevista semi estruturada ao mediador cultural da instituição supra mencionada, onde ficamos a conhecer o papel desempenhado por um mediador cultural e a sua área de intervenção.

Para a realização da entrevista foi elaborado um guião de entrevista que se encontra em apêndice XV, esta foi efetuada no dia 4 de Junho de 2012, ao Sr. B O, mediador cultural do Hospital Pediátrico (o apêndice XVI consiste na transcrição de entrevista).

Na continuidade da persecução deste objetivo reunimos com enfermeira coordenadora do Serviço de Urgência e enfermeira responsável de formação em serviço, enfermeira orientadora e coorientadora e enfermeiros chefes de equipa, no sentido de serem aferidas estratégias para criação do profissional de referência para a comunidade cigana, tendo ficado decidido consensualmente que seria a autora do PIS a constituir-se como profissional de referência pois reunia as condições fundamentais; é coordenadora de equipa de enfermagem o que facilita a interligação com os outros elementos de direção e equipe geral, avalia regularmente os cuidados de enfermagem com restante equipa e pode apresentar-se como elemento facilitador da comunicação entre a instituição e as famílias de etnia cigana devido ao seu papel de coordenação.

Por outro lado a materialização do projeto e a pesquisa bibliográfica envolvida facultaram-lhe o referencial teórico e o background necessário que permitirão evidenciar e fundamentar as suas

intervenções com os doentes/famílias de etnia cigana. Como enfermeira mais velha e com mais experiência pode evitar eventualmente o constrangimento de não ser do sexo masculino e de não pertencer à comunidade cigana.

Para a construção do perfil do enfermeiro de referência foram consultados os enfermeiros responsáveis de equipas de enfermagem do SUG, enfermeiro orientador e coorientador; a partir das sugestões apresentadas foram realizadas as alterações e correções necessárias até ao consenso e definição final. Foi assim construído um documento com o quadro de descrição de competências a partir da adaptação do documento emitido pela Ordem dos Enfermeiros em 2003 e pela revisão bibliográfica que se encontrou disponível sobre o tema (apêndice XVII).

A elaboração do perfil de competências do enfermeiro de referência para a comunidade cigana decorreu essencialmente da caracterização das competências profissionais do enfermeiro de cuidados gerais visto que estas competências são transversais a todos os enfermeiros independentemente do campo de ação e contexto de desempenho profissional, (Carrondo, 2006). Salientamos que o profissional de referência e o respectivo quadro de competências foram apresentados à equipa de enfermagem, no decorrer da formação em serviço que se realizou a 25 de junho de 2012, no âmbito do 3º objectivo.

5. SÍNTESE FINAL DO PIS

Ao refletirmos sobre a prática profissional e em contexto de estágio, que decorreu no SUG do Hospital X, identificámos algumas dificuldades por parte da equipa de enfermagem, ao cuidar de doentes de etnia cigana e seus familiares resultantes possivelmente de algum desconhecimento sobre a cultura cigana, as suas crenças, valores e comportamentos perante a saúde/doença. Partindo da premissa que os cuidados de enfermagem devem ser baseados em necessidades individuais compreendemos que existem necessidades culturalmente diferentes e a importância de modificar a relação que se estabelece com estes doentes e seus familiares.

Embora este tema não esteja e nunca estivesse estado contemplado nos planos de formação do serviço, tem-se assistido nos últimos anos a um interesse crescente por esta temática, prova disso é a criação da figura de mediador sócio cultural nos hospitais públicos, primeiramente no hospital da Estefânia e por último no Hospital José Joaquim Fernandes em Beja, para responder aos problemas específicos que por razões de índole cultural, envolvem a admissão de um doente de etnia cigana e em que as situações mais problemáticas são resolvidas através do conhecimento dos seus hábitos, crenças e costumes (Correia, 2008).

Embora de forma empírica visto que não é possível especificar por etnia ou raça os doentes que são atendidos no SUG, consideramos que a afluência de doentes desta etnia é elevada principalmente após a criação do centro hospitalar, pelo que encaramos o projecto como uma mais-valia quer a nível institucional, quer para o doente/família de etnia cigana.

O projeto desenvolvido foi um enorme desafio, quer pela possibilidade de refletir sobre a prática profissional diária, quer pela possibilidade de desenvolver competências, nomeadamente as competências comuns do enfermeiro especialista do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Importa referir alguns elementos facilitadores deste percurso.

O primeiro relaciona-se com o facto de exercermos funções no Serviço de Urgência Geral do Hospital X, neste serviço contactamos frequentemente com doentes de etnia cigana, na área de influência do hospital reside um grande número de comunidades ciganas, sendo que é a este e especialmente ao seu serviço de urgência que os indivíduos desta etnia mais recorrem.

Por outro lado, o facto de exercermos funções como coordenadora de equipa de enfermagem, permite-nos estabelecer um contacto mais direto com esta população. O chefe de equipa é o responsável por prestar informações aos familiares dos doentes internados no SO e na

UIPA nos dois períodos informativos predefinidos, ou sempre que solicitado.

Outro elemento importante foi o apoio por parte de vários colegas do Serviço que se mostraram interessados no tema, demonstrando que a componente cultural está a ganhar cada vez mais importância na prática dos cuidados e o reconhecimento que os conflitos que surgem no serviço com elementos de etnia cigana podem ser minorados se o enfermeiro tiver conhecimentos da sua cultura e desenvolver a sua competência cultural.

Foi importante a partilha de experiências e informações com os enfermeiros do SUG, acerca da implementação do projeto e a aceitação de sugestões; de forma a ultrapassar dificuldades empenhámos-nos em sensibilizar os enfermeiros para a importância das particularidades culturais dos doentes/famílias de etnia cigana.

São diversos os fatores que podem influenciar a continuidade deste projeto, o tempo que os enfermeiros têm para atender cada doente é curto devido às características do serviço de urgência (estrutura deficiente, exigência de elevada precisão técnica e baixo rácio enfermeiro/doente) que acarreta sobrecarga de trabalho e por sua vez conduz à desmotivação e à indisponibilidade para participação em novos projetos, foi por isso fundamental o envolvimento e motivação de toda a equipa de enfermagem. Algumas das limitações enfrentadas reportam-se à elaboração de um questionário adequado ao estudo em causa, por falta de suporte teórico e à in experiência na realização de um projeto de intervenção em serviço, embora a unidade curricular de gestão de processos e recursos no primeiro semestre tenha-se constituído como uma aprendizagem na elaboração do mesmo.

Outra das dificuldades sentidas reporta-se à temporalidade, sendo difícil articular todas as atividades num tempo útil, procurámos gerir o tempo de forma eficaz, tendo alcançado os objetivos e cumprido o cronograma em tempo adequado e previsto, exceto no que concerne à data de realização da ação de formação, devido à necessidade de articulação com outros estudantes do Mestrado.

Durante todo o processo de concretização do projeto de intervenção em serviço foi nossa preocupação mobilizar conhecimentos de forma a constituirmo-nos como agentes promotores de mudança da realidade, contribuindo assim para uma abordagem criativa ao propor um projeto inovador no contexto do SUG.

Para além disso consideramos que com a sua criação, damos resposta a alguns princípios expressos no Código Deontológico do Enfermeiro, entre outros, o artigo 80º- do Dever para com a comunidade, em que o enfermeiro deve assumir o dever de conhecer as necessidades da população e da comunidade onde está inserido; Artigo 81º, em que no seu exercício, observa os

valores humanos e assume o dever de cuidar da pessoa sem qualquer discriminação étnica, social, ideológica e abstem-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida, não impondo os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida, artigo 82º, de respeitar a integridade biopsicosocial, cultural e espiritual da pessoa, (Código Deontológico do Enfermeiro , 2005).

Pensamos assim ter criado um projeto de intervenção em serviço, que permitirá o desenvolvimento de capacidades promotoras de uma prestação de cuidados de enfermagem adaptados às necessidades da população cigana, com o **objetivo de contribuir para a prestação de cuidados culturalmente congruentes aos doentes/famílias desta etnia.**

“A Enfermagem (...) focada nos cuidados culturais holísticos comparativos dos padrões de saúde e de doença, dos indivíduos e grupos, com respeito pelas diferenças e semelhanças nos valores culturais, crenças e práticas, com o objectivo de proporcionar cuidados de enfermagem culturalmente congruentes, sensíveis e competentes às pessoas de diversas culturas. “ (Leininger M. , 1998, p. 4).

III. PROJETO DE APRENDIZAGEM DE COMPETÊNCIAS (PAC)

Qualquer que seja a área de atuação e o nível da prestação de cuidados e de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, (REPE, Ordem dos enfermeiros, 1996), as intervenções dos enfermeiros são "(...) a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e a reabilitação social." , (artigo 8). O enfermeiro especialista deve adicionalmente demonstrar um nível aprofundado de conhecimentos numa área específica da enfermagem e consciência crítica para os problemas atuais ou novos, relacionados com a sua prática profissional, desenvolver hábitos reflexivos, aptidões a nível de análise e planeamento estratégico, em áreas como a qualidade e a segurança dos cuidados, (Santos, Duarte, & Lousada, 2004).

Em paralelo com o PIS e como resposta ao plano de estudos, o estudante em contexto da frequência do 1º Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na ESS, formulou e iniciou um Projeto de Aprendizagem de Competências Específicas (PAC) para o conjunto dos estágios previstos no curso, com a sua realização pretendíamos desenvolver as seguintes competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica:

K1 — Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.

K2 — Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação.

K3 — Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Para a concretização do PAC, foi necessária a identificação de várias oportunidades de intervenção, para isso levamos em consideração a nossa vivência enquanto profissionais do SUG e também como estudantes. Durante o período de estágio e através de observação, tivemos oportunidade de constatar algumas inconformidades em relação aos sistemas de combate a incêndios, nesse sentido formulámos alguns propósitos relacionados à situação em causa, nomeadamente a elaboração de dossiê temático sobre os sistemas de combate a incêndio e sistemas de alarme de incêndios e a elaboração de lista de inconformidades e medidas corretivas aos mesmos. A inexistência de documento de acesso rápido que explicasse o manuseamento

adequado de extintor de incêndio e a confirmação através de conversas informais com enfermeiros do SUG da necessidade de atualização acerca do tema, constituíram também um motivo para a elaboração de *poster* explicativo de manuseamento de extintor de incêndio portátil.

Após entrevista não estruturada com enfermeira responsável por formação em serviço, verificou-se também que os enfermeiros do SUG não tinham à sua disposição um documento que lhes facultasse um maior conhecimento acerca das crenças religiosas, tradições, necessidades especiais e aspetos diferentes das principais culturas e religiões dos doentes que recorrem ao serviço de urgência; nesse sentido e por proposta da enfermeira da formação e professora tutora, na continuidade e complemento do PIS optou-se por elaboração de dossiê temático sobre a morte e o luto em algumas culturas.

O formando desde o ano de 2010 que integra um grupo de trabalho em serviço “Melhoria Contínua da Qualidade da Resposta à Reanimação Cardiorespiratória”. Esta participação tem em vista a apresentação de melhorias organizacionais exequíveis e respeitantes à sua área de intervenção. Considerando que este território de atuação se sobrepõe e complementa aos objetivos do PAC decidimos que seria uma mais-valia a sua integração e o seu desenvolvimento neste âmbito, quer para o estudante, quer para a estrutura organizacional, como forma de dinamizar a resposta a situações de emergência e garantir a qualidade do atendimento ao doente emergente na sala de reanimação do SUG.

No mesmo contexto a enfermeira coordenadora sugeriu a criação de procedimento setorial acerca da atuação de enfermagem à pessoa com *pacemaker* provisório. Embora a introdução de eletrocáteter provisório não seja uma intervenção que se realize com frequência no SUG, essa realidade torna objeto de consideração a elaboração de procedimento setorial que permita aos enfermeiros atualizar os seus conhecimentos acerca do tema e que possibilite uniformizar a sua atuação, para que se possa melhorar a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem ao doente portador de *pacemaker* provisório.

Com a finalidade de uniformização de procedimentos e da promoção de boa higienização das salas de pequena cirurgia do Hospital, o estudante tinha realizado em 2006 um Procedimento Geral “Higienização de Salas de Pequena Cirurgia”, (Pires & Abreu, 2006). Após realização de estágio na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e de entrevistas não estruturadas, com enfermeiras da referida comissão constatou-se a necessidade da atualização e revisão do procedimento mencionado, necessidade já antes sentida pelo estudante, optou-se assim pela inclusão desse objetivo no trabalho de projeto.

1. PLANEAMENTO DO PAC

Como já referido anteriormente na elaboração de um projeto é fundamental a definição de objetivos e de um plano estratégico, assim de forma a atingir os objetivos gerais já enunciados, foram definidos os seguintes objetivos específicos, de acordo com as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, que se encontram regulamentadas em Diário da República, 2º série de 18 de Fevereiro de 2011.

Competência K1.

- **Elaborar dossiê temático sobre a morte e o luto em algumas culturas.**
- **Elaborar procedimento setorial acerca da atuação de enfermagem à pessoa com *pacemaker* provisório.**
- **Integrar grupo de trabalho em serviço “melhoria contínua da qualidade da resposta à reanimação cardiopulmonar.**

Competência K2.

- **Criar dossiê temático sobre os sistemas de combate a incêndio (tipos de extintores, rede de incêndio armada) e sistemas de alarme de incêndios.**
- **Elaborar lista de inconformidades e medidas corretivas em relação aos sistemas de combate e alarme a incêndios do SUG Barreiro.**
- **Elaborar *poster* explicativo de manuseamento de extintor de incêndio portátil.**

Competência K3.

- **Atualizar procedimento geral sobre higienização de salas de pequena cirurgia.**
- **Criar mapa de atividades de higienização de salas de pequena cirurgia com discriminação de atividades (diária, semanal e mensal).**

Uma gestão eficaz do PAC exigiu a melhor utilização possível da informação e dos recursos humanos disponíveis, nesta fase foram estabelecidas estratégias e atividades a desenvolver. Em apêndice XVIII é apresentado quadro resumo de planeamento de atividades

definidas para a concretização do PAC, indicadores de avaliação estabelecidos e identificados os profissionais do serviço com que se articulou a intervenção.

1.1. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Como em qualquer projeto, uma vez identificadas as oportunidades de melhoria em termos de qualidade e segurança, foi necessário proceder à calendarização das atividades (apêndice XIX). De acordo com cronograma a pesquisa bibliográfica iniciou-se em março e prolongou-se até junho de 2012. As reuniões com enfermeira coordenadora do SUG e enfermeira orientadora e coorientadora aconteceram no mesmo período, assim como as restantes atividades.

2. EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DO PAC

O desenvolvimento e execução do PAC obrigaram a um conjunto de atividades, que se realizaram cronologicamente no sentido de cumprir os objetivos definidos

Em todos os objetivos específicos uma das estratégias definidas foi a pesquisa bibliográfica que permitiu o aporte de conhecimentos necessários para o planeamento e realização do mesmo.

A revisão da literatura incidiu sobre as temáticas em apreço, consultamos a bibliografia disponível na biblioteca da ESS, envolveu também a utilização de motores de busca (*B-on; MedLine; Cuiden; EmBase; Medscape*) na pesquisa de *sites* científicos. Há que mencionar também os aportes teóricos em sala de aula.

Descreveremos de seguida as atividades planeadas e executadas no sentido de tornar os objectivos exequíveis e atingirmos as competências específicas atrás referenciadas.

- Elaborar dossiê temático sobre a morte e o luto em algumas culturas.

O enfermeiro especialista na busca da excelência no exercício profissional maximiza o bem-estar dos doentes e utiliza habilidades de relação de ajuda facilitadoras dos processos de luto e morte digna, (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Uma das estratégias para a materialização do objetivo foi a pesquisa bibliográfica sobre como a morte e o luto são vivenciados na cultura cigana, chinesa, africana, na religião islâmica, hindu e judaica, no sentido de aprofundarmos conhecimentos nesta área.

De seguida e de acordo com o estudado elaborámos o dossiê temático, “A Morte em algumas Culturas – Rituais e Tradições” (apêndice XX), pois estamos convictas que um maior conhecimento acerca das crenças religiosas, tradições, necessidades especiais e aspetos diferentes das principais culturas e religiões, permitirá aos enfermeiros responder adequadamente às necessidades individuais de cada pessoa/família e a um acompanhamento mais ajustado durante e após a morte, (Lopes, et al., 2009).

No sentido de recolher sugestões, o documento foi apresentado à enfermeira coordenadora do SUG, enfermeira da formação em serviço, enfermeira orientadora e coorientadora.

Após ter-se procedido às correções necessárias e de se ter obtido aprovação das enfermeiras acima citadas procedeu-se à impressão do dossiê temático. De acordo com sugestão de enfermeira responsável pela formação em serviço, o documento foi apresentado e divulgado à equipe de enfermagem no momento da formação realizada a 25 de junho de 2012, no contexto do PIS. Este dossiê ficou disponível para consulta de todo o serviço, arquivado em gabinete de enfermagem, conjuntamente com outros documentos pré-existentes.

- Elaborar procedimento setorial acerca da atuação de enfermagem à pessoa com *pacemaker* provisório.

O enfermeiro especialista previne complicações para saúde da pessoa a experienciar processos complexos de doença crítica ou falência orgânica, são elementos relevantes face à prevenção de complicações, o rigor técnico científico na implementação das intervenções de enfermagem, a adequada implementação de medidas de suporte avançado de vida e a gestão apropriada de protocolos terapêuticos, (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A elaboração de procedimento setorial acerca da atuação de enfermagem à pessoa com *pacemaker* provisório (apêndice XXI) pretendia uniformizar procedimentos e adequar a resposta da equipa de enfermagem do SUG do Hospital X às necessidades do doente cuja vida está ameaçada por falência de uma função vital e cuja sobrevivência depende de meios avançados de terapêutica e monitorização, assegurando uma intervenção precisa e eficiente Foi imprescindível a atualização e aprofundamento de conhecimentos sobre *pacemaker* provisório e cuidados de enfermagem ao doente portador de eletrocateter através de pesquisa bibliográfica.

O documento foi apresentado à enfermeira coordenadora que deu algumas sugestões de melhoria e corrigido em alguns campos que se encontravam pouco definidos ou estruturados. O procedimento foi construído de acordo com *layout* hospitalar, conforme recomendações do Gabinete de Comunicação e Imagem (GCI). Aguarda-se aprovação pelo Conselho de Administração (CA), codificação e disponibilização no portal interno do hospital.

- Integrar grupo de trabalho em serviço “Melhoria Contínua da Qualidade da Resposta à Reanimação Cardiorespiratória”.

O enfermeiro especialista deve assegurar/garantir a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados, a revisão de boas práticas no domínio da pessoa em

situação crítica, insere-se na procura da excelência no exercício profissional, (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A avaliação imediata de um doente em PCR ou em periparagem e o início precoce das manobras de ressuscitação ao doente em colapso admitido no SUG requerem a intervenção de uma equipa multidisciplinar, integrada e coesa que contribua para a otimização do desempenho e sucesso da equipa de reanimação. A abordagem do doente deve seguir orientações padronizadas e emanadas por organismos idóneos e cada elemento da equipa multidisciplinar deve concorrer para o seu cumprimento, numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade da resposta à PCR. É importante realçar que o sucesso da resposta à reanimação cardiorrespiratória passa pelo início imediato de compressões torácicas pelos profissionais de saúde (Suporte Básico de Vida), desfibrilhação automática precoce, assim como de intervenções de Suporte Avançado de Vida. A garantia da qualidade do procedimento advém da sua uniformização e da implementação de *guidelines* e protocolos de atuação emitidos pelo Conselho Europeu de Ressuscitação (CER).²²

A criação de procedimento setorial teve como objetivo garantir a qualidade do atendimento ao doente emergente em paragem cardiorrespiratória (PCR) ou eminente PCR, na sala de reanimação do SUG do Hospital X, assim como uniformizar o processo de prestação de cuidados ao doente em situação de PCR.

Para que se pudesse concretizar este objetivo realizámos pesquisa bibliográfica sobre o tema e consultámos as orientações da Direção Geral de Saúde, sobre organização do material de emergência nos serviços e unidades de saúde, foram também importantes os aportes teóricos recebidos em sala, no módulo Intervenções de Enfermagem a Clientes em Situação de Emergência.

Ao longo do ano de 2012 foram agendadas várias reuniões com o grupo de trabalho em serviço, do qual a estudante faz parte, neste contexto foram desenvolvidas as diretrizes e estratégias necessárias à sistematização e implementação de procedimentos, formação e motivação equipa da enfermagem para obtenção do objetivo proposto. Foram realizados, procedimento sectorial “Eficácia da Resposta à RCP na sala de Reanimação/Emergência SUG”, regulamento da sala de reanimação do SUG, normas de utilização do carro de reanimação cardiorrespiratória e registo de abertura do carro (apêndice XXII).

Foi produzida uma atualização de composição e organização de carros de reanimação do SUG e criada *checklist* de material de carro de reanimação (apêndice XXII).

²² Aporte teórico da Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica II. Módulo Seminário de Peritos.

Todos os documentos produzidos pelo grupo aguardam aprovação de direção do serviço e articulação com restantes serviços do hospital referido, de forma à uniformização e foram sujeitos à auscultação de enfermeira coordenadora, que aliás faz parte de grupo de trabalho.

- Criar dossiê temático sobre os sistemas de combate a incêndio (tipos de extintores, rede de incêndio armada) e sistemas de alarme de incêndios.

Relativamente a este propósito constitui-se como uma necessidade a pesquisa bibliográfica sobre o tema; consulta de legislação, consulta de normas e procedimentos do Hospital X, (Política de Gestão de Meios de Prevenção e Combate a Incêndios, Procedimento Geral - Atuação em caso de incêndio) e a leitura do Plano de Emergência Interno (PEI). Consideramos também importante o conhecimento do Plano Nacional de Catástrofe, e o estágio realizado no Departamento de Gestão de Risco, como forma de melhorar a resposta face à ocorrência de uma situação de catástrofe ou acidente grave. Neste contexto foram essenciais os aportes teóricos adquiridos em âmbito escolar especialmente os conteúdos transmitidos no Seminário de Peritos.

A leitura dos documentos acima referidos, permitiu identificar os fatores de risco interno e externo, reconhecer a estrutura orgânica da segurança do hospital em situações de emergência, as várias equipas de intervenção e os planos de evacuação e de comunicação ou seja adquirimos uma visão abrangente das orientações hospitalares em matéria de emergência e em particular dos sistemas de combate a incêndio.

Um dos tipos de sinistro mais frequentes em hospitais é o incêndio e todos os hospitais devem possuir meios de proteção passivos e ativos, dentro dos últimos englobam-se os extintores portáteis, redes de incêndio armado e sistemas de deteção de incêndio (Alves & Redondo, 1999).

Segundo o Plano de Emergência Interno do Hospital X (2008) as equipas de primeira intervenção em caso de sinistro são constituídas por profissionais da zona afetada e são elas que terão de concretizar as primeiras ações de tentativa de controlo do sinistro e/ou até à chegada de ajuda externa.

O Dossiê temático apresentado (apêndice XXIII), visou ser um contributo para a atualização dos conhecimentos dos enfermeiros acerca dos sistemas de combate a incêndios, tipos de fogos e legislação aplicável de forma a melhorar a resposta dos enfermeiros do SUG do Hospital X face à ocorrência de uma situação de catástrofe particularmente a atuação em caso de incêndio, de forma a reduzir os riscos de eclosão de incêndio; limitar a propagação do fogo, fumo e gases de combustão e facilitar a intervenção das equipas de emergência e dos bombeiros, conforme

designado em Procedimento Geral “Atuação em Caso de Incêndio (GIE.101) do Hospital X editado em 22-12-2011.

Após a elaboração de dossiê este foi apresentado e partilhado com enfermeiro do GGR, no sentido de auscultar a sua opinião relativamente ao mesmo, este considerou o documento pertinente e útil na concretização dos objetivos já mencionados, não tendo o mesmo sofrido correções.

O dossiê foi posteriormente apresentado à enfermeira coordenadora, diretor do SUG e enfermeiro responsável pela formação em serviço e aguarda divulgação por via intranet, após aprovação do CA.

- Elaborar lista de inconformidades e medidas corretivas em relação aos sistemas de combate e alarme a incêndios do SUG Barreiro.

De forma a planear intervenções que conduzam à melhoria da assistência em saúde e à eficiência na administração dos serviços de saúde é necessário realizar avaliações das estruturas e processos, é igualmente relevante a avaliação dos resultados obtidos para que se possam operar mudanças e melhorar a qualidade dos serviços (D'Innocenzo, Adami, & Cunha, 2006).

No âmbito do PAC, em que foi necessário o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista, em pessoa em situação crítica, nomeadamente a dinamização da resposta a situações de catástrofe, realizámos auditoria interna a sistemas de combate e alarme a incêndios do SUG do referido hospital.

A pesquisa bibliográfica envolvida na concretização deste objetivo incidiu sobre auditorias e legislação (Regime Jurídico de Segurança Contra Incêndios em Edifícios, decreto-lei nº 220/2008 de 12 de novembro). Foi consultado o documento de política de gestão de meios de prevenção e combate a incêndios do Hospital X, de 22-12 de 2011 e o procedimento geral de atuação em caso de incêndio do Hospital X, GIE-101, de 22-12 de 2011, para além do PEI. É de salientar que a realização de estágio de observação no Gabinete de Gestão de Risco e as aulas do módulo seminário de peritos completaram a aquisição de conhecimentos necessários para esta atividade.

Os edifícios hospitalares estão sujeitos a diversos tipos de acontecimentos que podem dar origem a situações de emergência, uma das características destes edifícios e o que os diferencia dos restantes é o tipo de ocupação com a presença de um elevado número de ocupantes em condições de deficiente capacidade de perceção e reação a uma condição de alarme, o que faz com que o aspeto fundamental em termos de segurança das instalações seja a prevenção de

ocorrência de situações indesejáveis ou caso estas venham a acontecer, limitar ao máximo a sua disseminação de modo a reduzir a necessidade de evacuação dos ocupantes, (Alves & Redondo, 1999).

Os meios ativos e passivos de combate a incêndio devem-se encontrar em conformidade com as disposições contidas no Regime Jurídico de Segurança Contra Incêndios em Edifícios, decreto-lei nº 220/2008 de 12 de novembro, onde se encontram definidas as disposições regulamentares de segurança contra incêndios aplicáveis a todos os edifícios, recintos e a todas as utilizações de edifícios, de forma a garantir as condições de segurança das instalações e ocupantes, (ANPC, 2009).

Tivemos como objetivo identificar áreas que requeressem atenção e problemas que carecessem de solução, propondo a partir daí sugestões de medidas corretivas, com vista a superar as deficiências detetadas de acordo com a legislação e os regulamentos em vigor, para isso elaborámos lista de inconformidades e medidas corretivas em relação aos sistemas de combate e alarme a incêndios do SUG do Hospital X (apêndice XXIV).

Este objetivo impôs a necessidade de realização de auditoria a sistemas de alarme e combate e esta por sua vez conglomerou a necessidade de elaboração de vários instrumentos de trabalho para a sua concretização, nomeadamente plano de auditoria, grelha de auditoria, guia orientador do preenchimento de grelha de auditoria e relatório final. Todos estes documentos foram construídos em *layout* hospitalar conforme recomendações do Gabinete de Comunicação e Imagem do hospital e todos eles se encontram em anexo de apêndice XXIV.

Segundo o Instituto Português de Apoio e Desenvolvimento (IPAD, 2009), existem diversos tipos de auditoria, os quais têm uma denominação consoante o seu objeto, a finalidade, o âmbito, a extensão, a periodicidade e o agente executante.

As auditorias internas são aquelas executadas pela própria organização e podem ser divididas em auditorias de sistema em que se examina a eficiência do sistema de qualidade; auditoria de processos em que se avalia a proximidade entre métodos e procedimentos constituídos e a prática real; auditoria de itens, produtos e ou serviços que estabelece a conformidade de produtos e /ou serviços com as especificações técnicas, (IPAD, 2009).

Uma auditoria inclui todas as atividades necessárias para projetar, preparar e providenciar recursos para a sua condução eficaz e eficiente, dentro de um enquadramento temporal específico, os diversos autores dividem-nas em um número maior ou menor de etapas, optamos por efectuar a gestão da auditoria em questão, de acordo com Procedimento Geral do Hospital X, (CHBM-QUA.102, 2012).

Após estabelecido o tipo de auditoria, auditoria ao produto/serviço, sistemas de combate e alarme de incêndios do SUG e determinado os itens a auditar respetivamente: bocas-de-incêndio, extintores portáteis e botoneiras, procedeu-se à elaboração de grelha de auditoria. Esta grelha foi elaborada com base nas disposições contidas no Regime Jurídico de Segurança Contra Incêndios em Edifícios, decreto-lei nº 220/2008 de 12 de novembro, conjuntamente com as diversas portarias complementares, onde se encontram definidas as disposições regulamentares de segurança contra incêndios aplicáveis a todos os edifícios e recintos e a todas as utilizações de edifícios. Esta foi discutida e validada com o enfermeiro elo de ligação e com o enfermeiro do Gabinete de Gestão de Risco, tendo sido considerada adequada à finalidade em causa, não tendo sofrido alterações.

A equipa auditora foi constituída por enfermeiro auditor coordenador (enfermeiro do GGR do Hospital X) e estudante.

No processo de auditoria, os auditores respeitaram os seguintes princípios, definidos em regulamento interno do Hospital X:

- Conduta ética.
- Apresentação imparcial.
- Devido cuidado profissional.
- Independência.
- Abordagem baseada em evidências.

Após a elaboração e verificação do plano, o auditor comunicou ao auditado a data de realização da auditoria, efetuada no dia 15 de junho de 2012.

Nesta etapa a equipa de auditores, no período estabelecido, percorreram a área e através de observação direta conferiram a conformidade dos itens de acordo com lista de verificação construída.

Foi realizado relatório de auditoria onde foram registadas as conformidades e não conformidades observadas, bem como citadas sugestões de ações correctivas, este foi entregue à enfermeira coordenadora do SUG auditado e ao GGR.

- Elaborar *poster* explicativo de manuseamento de extintor portátil de incêndio.

De acordo com o PEI do Hospital X (2007) cada funcionário é responsável pela sua segurança e a de terceiros e deve assegurar o cumprimento das normas de segurança, neste contexto optámos por realizar *poster* explicativo da utilização de um extintor de incêndio, (apêndice

XXV) para afixação no SUG junto a cada extintor, contribuindo para uma intervenção segura em caso de incêndio.

De forma a obter conhecimentos acerca do tema realizamos pesquisa bibliográfica sobre extintores de incêndio (tipo, uso e manuseamento), classes de incêndio, agentes extintores e orientações acerca de elaboração de *posters*. Mais uma vez a realização de estágio no GGR permitiu atualizar conhecimentos acerca do tema em epígrafe.

O *poster* foi submetido a validação e recolha de opiniões do enfermeiro do GGR, enfermeira coordenadora do SUG, enfermeira orientadora e coorientadora. Procederam-se às correções identificadas e foi entregue em modelo A4 à enfermeira coordenadora do SUG.

Após aprovação por Conselho de Administração o material educativo será divulgado e afixado por Gabinete de Comunicação e Imagem do Hospital X.

- Atualizar procedimento geral sobre higienização de sala de pequena cirurgia.

O enfermeiro especialista na sua atuação face à complexidade das situações e à necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas, deve liderar a implementação de planos de intervenção e controlo da infeção, particularmente no que respeita ao estabelecimento de circuitos e procedimentos, na definição de estratégias a implementar no serviço/unidade, assim como a capacitação das equipas de profissionais associadas aos cuidados na área da prevenção da infeção, (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Nos objetivos planeados para o PAC salienta-se a reformulação do procedimento geral de higienização de salas de pequena cirurgia do Hospital X, que esperamos que contribua para a uniformização de atuação, a minimização dos riscos de contaminação e a prevenção da transmissão da infeção, (apêndice XXVI).

Como atividade desenvolvida recorreremos uma vez mais à pesquisa bibliográfica sobre: princípios gerais de limpeza hospitalar; detergentes e desinfetantes utilizados em ambiente hospitalar; material e equipamento de limpeza; esquema de limpeza e práticas de limpeza recomendadas para salas operatórias.

Queremos salientar a importância dos aportes teóricos dados em sala de aula no módulo de Cuidados ao Cliente com Múltiplos Sintomas, essencial para fundamentar as restantes atividades envolvida, assim como a pertinência da realização de estágio na Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar, onde nos foi permitido aprofundar o conhecimento do Programa Nacional de Prevenção e Controle das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (PNCI), este evidencia que uma das

linhas estratégicas utilizadas internacionalmente para reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) passa por “*incentivar e promover o ambiente seguro na Unidade de Saúde e as boas práticas de higienização*”, (Direcção Geral da Saúde, 2007).

O risco de um doente adquirir uma infeção numa unidade hospitalar depende da relação entre diversos fatores, entre eles o tipo de procedimento, a sensibilidade do hospedeiro, o comportamento do pessoal que executa, o grau de limpeza (em termos microbiológicos) dos dispositivos médicos utilizados e do ambiente. De forma a controlar o risco de IACS é necessário minorar, reduzir ou eliminar a contaminação microbiana de tudo o que está em contacto com o doente, (CCIH, 2004).

A limpeza e a manutenção das superfícies estruturais do ambiente são medidas fundamentais para o controlo da qualidade do ambiente hospitalar. A limpeza implica um processo de remoção da sujidade e dos micro-organismos nela contidos e da matéria orgânica que facilita a sobrevivência e proliferação dos mesmos. As funções da limpeza são diversas e têm em conta duas vertentes, a vertente microbiológica, sendo que através dela são eliminados pela remoção da sujidade os micro-organismos do ambiente o que torna as superfícies seguras para doentes e profissionais, e a vertente não microbiológica que consiste em garantir o aspeto, restabelecer a função e evitar a deterioração das superfícies. Protocolos de higienização adaptados a cada área hospitalar, de acordo com as áreas de risco, podem contribuir de modo significativo para a diminuição das IACS e facilitar o cumprimento das atividades, (Direcção Geral da Saúde, 2007).

As salas de pequenas cirurgias classificam-se como áreas de risco crítico, para o controlo efetivo da infeção é necessário uma boa higienização destas áreas. As atividades de higienização das salas diferem consoante os diversos períodos do dia e funcionamento das mesmas, por outro lado a periodicidade de execução dos procedimentos de higienização de superfícies, materiais e equipamentos, deverão ser adequados às necessidades, tendo em vista a correta higienização da unidade, (Direcção Geral da Saúde, 2007).

Após a consolidação de conhecimentos na área da prevenção e controlo da infeção hospitalar foi elaborado procedimento geral “Higienização de Sala da Pequena Cirurgia” em conformidade com *layout* hospitalar e cuja aplicação é para todos os serviços do Hospital X, com salas de pequena cirurgia. Em anexo a este procedimento consta documento auxiliar de como utilizar equipamento de proteção individual e ficha técnica de desinfetantes e medidas a tomar em caso de acidentes com desinfetantes.

Foi apresentado o documento para aprovação, aos elementos pertencentes à CCIH, enfermeira coordenadora, enfermeira elo de ligação, enfermeira orientadora e coorientadora, tendo

sido realizadas as correções necessárias. Este foi divulgado aos assistentes operacionais e auxiliares de limpeza do SUG, durante as passagens de turno, tendo-se verificado a adoção de grande parte das medidas preconizadas. Verificou-se contudo, com base na opinião manifestada pelos profissionais envolvidos (em contactos informais), que a parcial adesão ao procedimento se deve à escassez de tempo e sobrecarga de trabalho que se verifica no SUG. Aguardamos a sua divulgação por via intra net que se encontra dependente da aprovação do CA.

A monitorização da implementação do procedimento far-se-á periodicamente através de *checklist* de higienização de salas de pequena cirurgia (diária, semanal e mensal) que consta como anexo a procedimento geral e supervisão da limpeza da sala. Como sugestão de enfermeira coordenadora ficou previsto que a estudante efetuará formação neste âmbito aos assistentes operacionais em caso de pertinência. O controlo do desempenho dos assistentes operacionais ajuda à avaliação da necessidade de formação, (Martin & Henderson, 2004).

- Criar mapa de atividades de higienização de sala de pequena cirurgia com discriminação de atividades (diária, semanal e mensal).

As atividades preconizadas para concretização deste objetivo sobrepõem-se às acima referidas pelo que não nos alongaremos na sua descrição. Saliemos a elaboração de mapa de atividades de higienização de salas de pequena cirurgia com discriminação de atividades/periodicidade (diária, semanal e mensal) como documento orientador da atuação de assistentes operacionais e auxiliares de limpeza e cuja necessidade de existência já tinha sido verbalizada, por ambas as classes profissionais em várias ocasiões, motivo também pelo qual se considerou a sua criação. Este documento encontra-se em anexo de procedimento geral (apêndice XXVI).

No sentido de aprofundamento de competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, concretamente a K2 e a K3, foram realizados dois estágios, por opção do formando, na unidade de cuidados onde decorreram os estágios I, II, III. O relatório de estágio encontra-se em apêndice XXVII.

O primeiro estágio concretizou-se na Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar (CCIH) do Hospital X. O estágio decorreu sob orientação da enfermeira MRR e da enfermeira TA, no período compreendido entre 16 e 29 de abril de 2012, com a duração de 16 horas.

A Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar do Hospital X é um órgão de assessoria técnica do Conselho de Administração, funciona desde 2004 e tem como função planear, implementar e monitorizar o Plano Operacional de Prevenção e Controlo da Infeção de acordo com as diretivas nacionais e regionais e as características e especificidades das unidades de saúde. As vertentes fundamentais do Plano Operacional são: vigilância epidemiológica, elaboração e monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boas práticas, formação e informação a profissionais, utentes e visitantes, consultadoria e apoio, (CCIH, 2012).

Tem como Missão ser *“reconhecida como um serviço de referência na Instituição em matéria de prevenção e controlo de infeção, assumindo-se como parceira privilegiada do Conselho de Administração e dos profissionais prestadores de cuidados (...)”* e como finalidade *“Prevenir as infeções evitáveis protegendo os doentes e os profissionais”*, (CCIH, 2012).

O objetivo principal da CCIH visa construir um ambiente que permita reduzir os riscos de adquirir e transmitir infeções entre doentes, profissionais, funcionários e familiares, bem como minimizar as IACS. Durante o período de estágio participámos em reunião programada da CCIH, cuja ordem de trabalhos teve como objetivo definir quais e quantos doentes entram na instituição infetados ou colonizados por bactérias multirresistente, controle dos números de infeções relacionadas com cateter central (uma das infeções nosocomial mais frequentes são as associadas a dispositivos intravasculares), informação relacionada com consumo de antissépticos, perfis de suscetibilidade dos isolamentos e definição de estratégias na resolução de objetivos.

Participámos na Comissão de escolha de material clínico onde foram definidas as características de material clínico a comprar pelo hospital, avaliando a sua adequação.

Colaborámos na programação de ação de formação para assistentes operacionais sobre limpeza e desinfeção de superfícies e equipamento hospitalar a efetuar pela CCIH. Observámos a monitorização e vigilância epidemiológica das infeções nosocomiais, trabalho efetuado diariamente pela enfermeira T através de acesso informático aos resultados laboratoriais com deteção de microrganismos multirresistentes e a informação dos resultados aos chefes de serviços assim como a recomendação de boas práticas e necessidade de início de isolamento do doente. Paralelamente é feita pesquisa através dos processos dos doentes internados, pesquisando informações como data de admissão, proveniência, dias de internamento, fatores de risco intrínseco e extrínseco (dispositivos invasivos), origem da infeção (primária ou desconhecida ou secundária), que permitirão classificar a infeção e que constarão no relatório anual de vigilância epidemiológica. Participámos em reunião com enfermeira chefe do serviço de medicina com a CCIH, no sentido de definir as melhores práticas em relação aos isolamentos versus material disponível e da apresentação de

resultados acerca do objetivo de diminuir os doentes algaliados no serviço e definição de novas estratégias de forma a limitar o risco de infeções, minimizando os procedimentos invasivos. Uma das infeções nosocomiais mais comuns é a infeção urinária e devem ser estabelecidas políticas de prevenção e monitorização do seu cumprimento.

Assistimos à colaboração entre CCIH e Serviço de Gestão Hoteleira na emissão de parecer sobre aspetos relacionados com aquisição de equipamentos e bens de consumo e serviços, assim como colaboração com Serviço de Instalações e Equipamentos em parecer relacionado com projeto e execução de obras a efetuar em serviço do hospitalar, de forma a minimizar o risco de transmissão de infeção.

A CCIH deve ser informada das obras previstas na instituição e dar o seu acordo prévio, após ter avaliado a complexidade da obra em termos de produção de poeira/entulho e da sua duração e deve avaliar também o risco para o doente. O planeamento e a execução das obras devem ter o acompanhamento de uma equipa multidisciplinar que inclui os profissionais da comissão de controlo de infeção, (PNCI, 2007).

Durante o período de estágio efetuámos pesquisa bibliográfica disponível na CCIH sobre infeção hospitalar, normas e procedimentos, tendo sido possível adquirir novos conhecimentos e consolidar os já existentes fundamentais para o desenvolvimento de competências.

O segundo estágio realizou-se no Gabinete de Gestão de Risco e Segurança do Doente do Hospital X (GGR). O estágio decorreu sob orientação do enfermeiro JFF no período compreendido entre 30 de abril e 13 de maio de 2012, com a duração de 16 horas. O relatório de estágio encontra-se em apêndice XXVIII.

O referido hospital, no âmbito do projeto de acreditação pela Joint Commission International implementou a gestão do risco clínico e não clínico com a finalidade de prestar cuidados de saúde com maior segurança e qualidade, nesse sentido decidiu desenvolver um programa de gestão do risco com o objetivo de promover a prestação de cuidados de saúde com qualidade, promover a segurança de pessoas e bens, identificar, monitorizar e controlar os riscos e acontecimentos indesejáveis, tendo criado por isso o serviço de Gestão da Qualidade e do Risco, (CHBM, 2006).

Durante o período de estágio efetuámos pesquisa bibliográfica disponível no GGR sobre políticas de gestão do risco e segurança do doente e tomámos conhecimento do Plano de Emergência Interno tendo sido possível adquirir novos conhecimentos e consolidar os já existentes, fundamentais para o desenvolvimento de competências nesta área.

Participámos em ação de formação no serviço de cirurgia geral sobre a aplicação de plataforma de registo de incidente, realizada por enfermeiro do GGR.

Observámos análise de incidentes críticos com realização de propostas de melhoria e recomendações de alerta efetuadas pelo enfermeiro JF. A ocorrência registada através da aplicação informática é enviada simultaneamente ao grupo local (diretor de serviço, enfermeiro chefe/coordenador) e grupo de análise (por tipo de incidente). A análise da ocorrência é feita de acordo com o tipo, causa ou fator contribuinte, tipos de erro e gravidade. Após a resolução do incidente é enviado relatório ao grupo local com recomendações/alertas ou propostas de ação a realizar.

O processo inclui a obtenção e análise de informações, a identificação dos riscos existentes e dos erros cometidos e a recomendação de ações corretivas.

3. SÍNTESE FINAL DO PAC

O enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, atendendo a uma exigência cada vez maior de padrões de qualidade na assistência em saúde, deve assumir um papel preponderante no que concerne à implementação de cuidados especializados de qualidade no Sistema Nacional de Saúde Português, intervindo de uma forma holística, (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Na Constituição da República Portuguesa está consagrado no artigo 64º o direito à proteção da saúde e o dever de a promover, a Lei de Bases da Saúde estabelece que a proteção da saúde constitui um direito dos indivíduos e o Código Deontológico dos Enfermeiros nos seus artigos 78º, 88º, 90º e 91º, refere-se à competência e ao aperfeiçoamento profissional, à excelência do exercício e ao dever de promover a qualidade dos cuidados. Assente nestes pressupostos legais, éticos e deontológicos pudemos concluir, que é dever do enfermeiro promover os melhores cuidados com os recursos disponíveis.

Nesse sentido cabe ao enfermeiro especialista o desenvolvimento e a mobilização de um perfil de competências específicas, que lhe permita ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos da vida das pessoas (DR - 2ª Série, 2011), a materialização do PAC no âmbito da frequência do 1º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na ESS, pretendeu demonstrar a forma como se adquiriram e desenvolveram as referidas competências.

Após a análise do percurso desenvolvido, considerámos que os objetivos foram adequados e as estratégias escolhidas foram apropriadas e uma vez realizadas permitiram atingir os propósitos definidos. Embora algumas atividades se tivessem prolongado até princípios de julho de 2012, essencialmente porque decorreram em simultâneo com as atividades programadas para o PIS, o que acarretou sobrecarga de tarefas, todas elas foram realizadas. Por outro lado houve necessidade de articulação com outros intervenientes, nomeadamente com enfermeiros do GGR do Centro Hospitalar e da Comissão de CCIH, enfermeira responsável pela formação do SUG, enfermeira coordenadora do SUG, enfermeiras elos de ligação, enfermeira orientadora e coordenadora, o que acarretou algum atraso, devido ao elevado número de intervenientes, mas que por sua vez se constituíram como participações basilares e fortalecedoras.

Os atrasos na divulgação prevista de alguns documentos elaborados prendem-se com regras institucionais em relação ao circuito de material educativo, que prevê a intervenção do serviço de gestão da qualidade e do risco, GCI, CA, chefias hierárquicas e funcionais, não permitindo a agilização do processo.

A concretização dos objetivos gerais definidos foi complementada por outras atividades como a participação em ações e formação em serviço sobre a higienização das mãos, equipamentos de proteção individual, a dor como quinto sinal vital, úlceras de pressão, funcionamento de equipamentos de emergência e ventilador portátil, que decorreram entre maio e junho de 2012 no SUG.

IV. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Para Benner (2005) competências e práticas competentes referem-se aos cuidados de enfermagem desenvolvidos em situações reais, assim o desenvolvimento de competências ao longo da experiência profissional conduz a uma maior segurança na tomada de decisão em enfermagem, constituindo uma mais-valia para o avanço da enfermagem enquanto ciência. Aos enfermeiros não é somente exigido um conjunto de saberes ao nível das habilidades, destreza e segurança, como também lhes são exigidas competências que concorram para o desenvolvimento da profissão, (Abreu, 2007).

Todo o percurso formativo e as atividades desenvolvidas ao longo da frequência deste curso tiveram como objetivo desenvolver competências que a Ordem dos Enfermeiros Portugueses (2003, p. 14) define como “(...) *um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades (...)*”, ou seja, houve a necessidade de desenvolver um conjunto de capacidades, comportamentos e aptidões que permitissem a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade a doentes em situação crítica.

O enfermeiro especialista é aquele que tem um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, o que lhe possibilita uma atuação especializada tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. O conjunto de competências clínicas especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e são quatro: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria da qualidade; Gestão dos cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais, (DR - 2ª Série, 2011).

Qualquer que seja a área de especialidade, o enfermeiro especialista compartilha um conjunto de Domínios, competências comuns, aplicadas em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde.

1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Com o desenvolvimento do PIS podemos desenvolver as seguintes competências, enunciadas no Modelo de Desenvolvimento profissional, (Ordem, 2009) **“A2 –Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”, “B2- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade”, “B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.”**

Através deste projeto esperamos melhorar o acesso das comunidades ciganas ao SUG permitindo que recebam cuidados de enfermagem culturalmente adequados e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados culturais prestados pela equipa de enfermagem do serviço de Urgência do Hospital X, aos doentes/famílias de etnia cigana, assumindo assim a defesa dos valores humanos, tal como descrito no Artigo 81º do Código deontológico, promovendo o respeito pelos valores, costumes, crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos na equipa de enfermagem do SUG, e promovendo a sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural, como parte das perceções da segurança de um indivíduo/ grupo.

Transversalmente tivemos que nos conhecer a nós próprios, examinar os nossos valores, atitudes, crenças e preconceitos e principalmente aprender a olhar o mundo através de outra perspectiva, a respeitar e reconhecer que cada grupo tem as suas forças e fraquezas e cada cultura o seu valor como igual e não como inferior, ou seja desenvolver o auto conhecimento e a assertividade, reconhecendo as situações que possam interferir no estabelecimento de relações terapêuticas, reconhecendo e aceitando os direitos dos outros. A nossa constituição como enfermeiro de referência para a comunidade cigana possibilitou utilizar adequadamente as técnicas de resolução de conflitos, reconhecer e antecipar situações de eventual conflitualidade, tendo uma conduta preventiva e antecipatória.

Aprendemos a não julgar, ou seja a não utilizar as nossas crenças e valores como medida para o comportamento dos doentes culturalmente diferentes de nós, reconhecendo e aceitando os direitos dos outros, mantendo um processo efetivo de cuidado mesmo quando confrontado com valores diferentes; pelo exposto supra referido desenvolvemos assim a competência **“D1 – Desenvolve o auto conhecimento e a assertividade.”**, unidades de competência **“D1.1 – Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.”** e **“D1.2 – Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional.”**

Na passagem de turno as informações que irão permitir a continuidade dos cuidados são feitas junto do doente, como tal enquanto estudante promovemos a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral, na equipa de enfermagem onde estivemos inseridos, promovemos práticas de cuidados que garantissem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, ampliando a competência **"A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais"**, unidades de competência : **"A2.1 Promove a proteção dos direito humanos."**, **"A2.2 - Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente."** A passagem de turno estabelece um momento de reflexão sobre e para a ação, compreende o conhecimento do indivíduo enquanto doente, do processo de doença e visa a continuidade dos cuidados, é caracterizada por uma análise e reformulação da prática, tendendo à tomada de decisão no planeamento, através do confronto dos problemas do doente, (Serrano, Costa, & Costa, 2011).

A concretização do projeto de intervenção, nas suas várias etapas, nomeadamente a fase de diagnóstico, planeamento e execução, permitiram-nos adquirir diversas competências das quais evidenciamos a **"B2 - Concebe, gere e colabora em programas de melhoria da qualidade"**, unidade de competência **"B2.2 – Planeia programas de melhoria contínua"** e **"B2.3 - Lidera programas de melhoria"**, na medida em que identificámos uma oportunidade de melhoria através da aplicação de um questionário e da construção de uma análise SWOT e que após a obtenção dos resultados, seleccionámos uma área de intervenção, estabelecemos prioridades e seleccionamos estratégias de aperfeiçoamento. Por outro lado a implementação do projeto e a sua continuidade, permitiu-nos supervisionar os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade, referentes à unidade de competência **"B2.3 – Lidera programas de melhoria."**

É da responsabilidade do enfermeiro do SUG, o estabelecimento de prioridades de intervenção, planear, executar e avaliar os cuidados de enfermagem prestados, de acordo com as necessidades do doente, previamente identificadas, neste aspeto criando um ambiente terapêutico seguro e gerindo o ambiente centrado na Pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, procurando atuar de forma a promover a envolvimento adequada ao bem-estar, gerindo o risco e realizando a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem de forma a garantir a segurança e qualidade dos cuidados, neste contexto foi desenvolvida a competência **"B3 - Cria um ambiente terapêutico seguro."**, unidade de competência **"B3.1 – Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo."**

Com a realização do poster, dossiê temático de incêndios e de auditoria de sistemas de alarme e combate a incêndios do SUG do Hospital X, pudemos contribuir para assegurar a capacidade de intervenção própria do Hospital, no sentido de atenuar ao mínimo as consequências ocasionadas por situações de risco como é o caso dos incêndios e que possam evoluir para sinistros potencialmente causadores de situações de emergência o que permitiu desempenhar um papel dinamizador no domínio da melhoria qualidade, aprofundado a competência comum, **"B1- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica."**, unidade de competência **"B1.1 – Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade."** e **"B3 - Cria um ambiente terapêutico seguro."**, unidade de competência **"B3.2 – Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais."**

Os conhecimentos adquiridos nesta área temática permitiram maximizar a prestação de cuidados de enfermagem em ambiente não controlável e condições imprevistas. Como coordenadora de equipa de enfermagem é essencial fortalecer a intervenção dos elementos da equipa em situações de risco, crise ou catástrofe e como tal liderar a atribuição e desenvolvimento dos papéis dos membros da equipa.

Após estágio no GGR, ampliámos a perceção da importância de identificação e controle dos riscos de acontecimentos indesejáveis e a sua referenciação ao referido gabinete, este estágio foi fundamental no desenvolvimento da competência **B3**.

O enfermeiro chefe de equipa tem com função a gestão dos recursos humanos e materiais e a coordenação da equipa de enfermagem e de assistentes operacionais, neste contexto foi essencial o aprofundamento da competência **"C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional."**, que permitiu a gestão dos cuidados, otimizando a resposta e a articulação da equipa de enfermagem e seus colaboradores e prestando assessoria aos enfermeiros e equipa.

Através do desenvolvimento da competência **C1** podemos-nos constituir como o elo de ligação entre os pares, entre os pares e as outras classes profissionais e estabelecer a ponte entre os vários profissionais e o doente/família. Ao longo deste ano colaborámos nas decisões da equipa multiprofissional, assistindo à passagem de turno da equipa médica, intervindo nas decisões respeitantes ao doente, fornecendo informações que pudessem ajudar ao processo de cuidar, e referenciando para outros prestadores de cuidados de saúde, principalmente assistente social, pois são inúmeras as situações de necessidade de apoio social no SUG e esta articulação é fundamental.

A elaboração de procedimentos geral e setorial contribuiu igualmente para o desenvolvimento da competência acima mencionada, ao criar um guia orientador de práticas a delegar, a demonstração destas e supervisionando os cuidados prestados, foi possível garantir a segurança e a qualidade dos cuidados delegados.

Podemos então pelo acima citado, referir as unidades de competência **“C1.1 – Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.”** e **“C1.2 – Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.”**.

Desenvolvemos também a competência **“D2 – Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”**, no objetivo proposto de formar a equipa de enfermagem, unidade de competência **D2.1** em que o estudante se **“responsabilizou por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho”**, atuando como formador oportuno em dispositivos formativos formais, na sequência da realização de ação de formação em serviço sobre a especificidade cultural dos doentes de etnia cigana. Este momento e os questionários aplicados foram uma oportunidade de diagnosticar necessidades formativas, no planeamento da sessão de formação foi permitida a conceção de programas e dispositivos formativos e na realização da sessão formativa foi possibilitado o favorecimento da aprendizagem e o desenvolvimento de habilidades e competências dos formandos e do próprio formador, foi avaliado igualmente o impacto da formação através das práticas exercidas pela equipa de enfermagem.

Queremos referir igualmente o aprofundamento da competência **D2**, unidade de competência **“D2.2 – Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade.”**, em que através do PIS e após termos identificado uma lacuna de conhecimento (défice de conhecimentos acerca da cultura cigana) e uma oportunidade relevante de investigação, atuámos como dinamizadores e gestores da incorporação de novos conhecimentos no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos indivíduos/ famílias de etnia cigana e também de outras culturas, através da sensibilização dos enfermeiros do SUG, para a prestação de cuidados culturalmente competentes. Na divulgação dos dados resultantes da aplicação do questionário efetuado aos enfermeiros do serviço foi possível a interpretação e organização de dados provenientes da evidência alcançada, que contribuíram para o desenvolvimento da enfermagem.

2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO - CIRÚRGICA

O enfermeiro especialista em enfermagem em Pessoa em Situação Crítica é um profissional que, para além das competências comuns, reúne um conhecimento aprofundado, que lhe faculta a possibilidade de prestar cuidados altamente qualificados à pessoa em situação crítica. As competências específicas são as competências definidas para cada área da especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas, (DR - 2ª Série, 2011).

O planeamento do PAC e a concretização das atividades planeadas, permitiram uma prestação de cuidados de maior complexidade na área do doente crítico, a mobilização de conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística, a demonstração de um nível aprofundado de conhecimentos ou seja, o desenvolvimento das competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros para o enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.

A realização de Procedimento setorial acerca da atuação de enfermagem à pessoa com *pacemaker* provisório e a integração de grupo de trabalho em serviço com o objetivo de melhorar a qualidade da resposta à reanimação cardiorrespiratória, permitiram o desenvolvimento da competência **“K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.”**, demonstrando a gestão de protocolos terapêuticos complexos, conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida, a implementação de respostas apropriadas às complicações e a execução de cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a viver processos de doença crítica e ou falência orgânica, unidades de competência **“K.1.1 – Presta cuidados á pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.”** e **“k.1.2 – Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos.”**

Na continuidade da aquisição da competência **K1**, criámos dossiê temático sobre a morte e o luto em algumas culturas, sendo-nos assim possível demonstrar conhecimentos e habilidades facilitadoras da “dignificação da morte”, dos processos de luto e a comunicação de más notícias, o que nos permitiu assistir à pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica, de uma forma holística, unidade de competência **“K.1.4 – Assiste à pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência**

orgânica .”.

A realização de folheto de acolhimento para a comunidade cigana ao gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa /família face à situação de complexidade do seu estado de saúde, demonstrou conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação em pessoa com “barreiras à comunicação” e facultou o desenvolvimento da competência **K1**, unidade de competência **“K.1.5 – Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.”.**

No SUG o enfermeiro desempenha um papel fundamental na transmissão de informações aos familiares. Em Balcão os doentes permanecem acompanhados com a pessoa significativa existindo partilha de informações com os enfermeiros sempre que desejado. No período das 10,00 às 10,30 horas e das 22,00 às 22,30 horas são dadas informações personalizadas pelo enfermeiro chefe de equipa, existindo um período de visita das 15,00 às 15,30 horas Estes momentos foram essenciais pois aproveitámos para demonstrar apoio e solidariedade para com os familiares, desenvolvendo a gestão da comunicação interpessoal com a família face à situação de alta complexidade do estado de saúde dos doentes, adaptando a linguagem à situação, assistindo à pessoa e família nas perturbações decorrentes da sua situação de doença e gerindo o impacto emocional imediato decorrente da situação crítica vivenciada.

Os enfermeiros do SUG tentam sempre possíveis estratégias não farmacológicas no controlo da dor, alguns enfermeiros têm inclusive cursos específicos em terapêuticas complementares no combate à mesma. Neste âmbito foi possível a aprendizagem com a equipa de enfermagem de conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor e a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor utilizando as escalas adaptadas para o serviço, providenciando medicação em SOS e fomentando a necessidade do uso de analgesia adequada à necessidade de cada doente, aprofundando deste modo a competência **K1**, o enfermeiro maximiza o bem-estar do doente e têm como responsabilidade a gestão diferenciada e eficaz da dor, unidade de competência **“K.1.3 – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas.”.**

Relativamente à competência **“K2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação.”.**, constitui-se como uma necessidade o conhecimento do Plano Nacional de catástrofe, a leitura do Plano de Emergência Interno do Hospital X e o estágio previsto no Departamento de Gestão de Risco do mesmo hospital, como forma de melhorar a resposta face à ocorrência de uma situação de catástrofe ou acidente grave. O

desenvolvimento desta competência, facultou-nos a intervenção na conceção de planos institucionais e a liderança da resposta a situações de catástrofe e multi-vítimas, concebemos nesse sentido, dossiê temático sobre os sistemas de combate a incêndio e elaborámos *poster* sobre como manipular extintor portátil de incêndio. Realizámos igualmente auditoria aos sistemas de combate a incêndio do SUG, o que permitiu introduzir medidas corretivas de atuação e desempenhar um papel dinamizador no domínio da melhoria qualidade, aprofundado a competência comum, "B1, querendo mencionar de igual forma as unidades de competência **"K.2.1 – Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência."**, **"K.2.2 – Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe"** e **"K.2.3 – Gere os cuidados em situações de Emergência e ou Catástrofe"**.

Todas as intervenções de enfermagem a um doente envolvem a possibilidade de erro e um determinado nível de segurança deste, é fundamental uma clara identificação dos fatores que conduzem ao aparecimento de erros para que possam ser prevenidos, (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

Enquanto enfermeiros, procurámos promover a aplicação dos princípios relevantes, de forma a garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares, realizar uma gestão eficaz dos recursos humanos, já que a falta de recursos humanos é um dos fatores que podem conduzir aos erros e promover uma política de prevenção, responsabilidade e precaução. De acordo com o código deontológico o enfermeiro deve orientar a sua atividade pela responsabilidade intrínseca ao papel assumido perante a sociedade, o respeito pelos direitos humanos na sua relação com os doentes e a excelência na profissão em geral e na relação com outros profissionais, (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

O aprofundamento e a aquisição de conhecimentos na área da infeção hospitalar conhecendo o Programa Nacional de Prevenção e Controle das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, o estágio no Departamento de Controle de Infeção Hospitalar do Hospital X e o assistir como formanda a ações de formação em serviço, constituíram um investimento suplementar no desenvolvimento da competência **"K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controle da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas."** e um modo de fundamentar os cuidados de enfermagem na área de prevenção das IACS, fundamental no SUG, onde o risco é relevante devido à complexidade do doente, às limitações do espaço e manipulações invasivas.

Neste âmbito diagnosticámos as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo da infeção e estabelecemos estratégias pró ativas que pudéssemos implementar no serviço, atualizámos assim o procedimento geral sobre higienização de sala de pequena cirurgia e criámos mapa de atividades de higienização no sentido de fazer cumprir o procedimento estabelecido.

Ser capaz de conceber um plano de prevenção e controlo da infeção e liderar o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, foi uma mais-valia conquistada neste percurso.

O controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde exige do enfermeiro a obtenção de competências e conhecimentos que permitam um combate efetivo a estas infeções. O período de estágio permitiu a reflexão sobre a prática e proporcionou a aquisição de conhecimentos que irão contribuir para adoção de medidas no âmbito da prevenção e controlo da infeção ao nível da prática profissional no SUG, por outro lado a responsabilidade acrescida do enfermeiro especialista enquanto agente de mudança e promotor da eficácia da prevenção da infeção, tornou-se absoluta. Neste sentido tentámos fazer cumprir os procedimentos relacionados à prevenção da infeção, atuando como modelo de referência no seio da equipa de enfermagem. Do exposto em epígrafe poderemos referir as unidades de competência seguintes: **"K.3.1 – Concebe um plano de prevenção e controle da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situaça crítica e ou falência orgânica."** e **"K.3.2 – Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica."**

Enquanto protagonistas intervenientes no processo de cuidar, consideramos que evidenciámos o desenvolvimento de competências, nomeadamente através da reflexão e intervindo ao longo do percurso, na resolução de problemas. A frequência do mestrado transformou o conhecimento que nos levou ao "estar em situação" e ao "agir em contexto, (Serrano, Costa, & Costa, 2011).

A nível pessoal verificou-se "a consciência de si" e a "consciência do outro" procurando conhecer o doente em situação crítica, de forma a poder coadjuva-lo a evoluir no seu processo de saúde/doença, consciência das tarefas a executar, conhecendo a legação enquanto cuidador com a finalidade de intervenção, a definição de estratégias adequadas e a "consciência do contexto" identificando recursos físicos, materiais, humanos e temporais e o desenvolvimento do domínio da capacidade, promotor de competências como ouvir e compreender o outro, (Serrano, Costa, & Costa, 2011).

Na prestação de cuidados diferenciados, mobilizámos comportamentos específicos do enfermeiro especialista, que pela sua constância, espelham as competências adquiridas. No território do cuidar o aperfeiçoamento de competências caracterizou-se por um cuidar centralizado na singularidade e na individualização do ato de cuidar, (Serrano, Costa, & Costa, 2011), o PIS centra-se nesse aspeto fundamental e permitiu inovar a ação.

Na dimensão dos saberes identificámo-nos como enfermeiros que aprendem, totalizando novas formas de interpretar o saber e integrando uma aprendizagem significativa, que resultou da experiência vivida e da formação em contexto escolar, refletida e partilhada, e enfermeiro formador, inscrevendo-se numa rede de relações e interação social, que pela sua dinâmica promove o desenvolvimento de competências e um processo de cooperação ativo, (Serrano, Costa, & Costa, 2011).

3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO - CIRÚRGICA

A definição de mestre em enfermagem inclui um conhecimento altamente especializado e vanguarda de conhecimentos numa determinada área de estudo, capacidade de reflexão original, aptidões especializadas e de articulação entre diferentes espaços e um conjunto de atitudes que permitam gerar e transformar contextos complexos e universais com abordagens novas, deter um domínio teórico e de experiência e reconhecimento dos pares e dos outros.²³

A estudante durante a frequência do 1º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica aprofundou e desenvolveu os conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo de estudos em enfermagem e adquiriu novos conhecimentos; em conjunto estes facultaram, sustentaram e constituíram a base para o desenvolvimento de um quadro de competências profissionais necessárias à obtenção do grau de mestre, nomeadamente:

Realizámos **o desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas**, (Diário da República - I Série, 2006) (**art 15º, alínea e**), a frequência do 1º Mestrado em Enfermagem Médico - cirúrgica possibilitou-nos a identificação de necessidades formativas, adequando ao nosso projeto pessoal/profissional e valorizando a formação como complemento essencial de desenvolvimento.

Em contexto do PIS, demonstrámos possuir capacidades de compreensão e conhecimento que permitiram e constituíram a base de desenvolvimento originais em contexto de investigação, (Diário da República - I Série, 2006) (**art 15º, alínea a**).

No contexto da ação de formação realizada e do seu planeamento, a estudante **demonstrou ser capaz de comunicar as suas conclusões, os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes**, (Diário da República - I Série, 2006) (**art 15º alínea d**) aos enfermeiros do SUG, de uma forma clara, participando na formação contínua do serviço, formando também outros profissionais aquando da atualização de procedimento setorial sobre higienização de salas de pequena cirurgia; desenvolvendo deste modo a capacidade de análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular.

²³ Lucília Nunes, in Módulo Estágio III.

O desenvolvimento do PIS permitiu formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma criativa e autónoma, participar e promover a investigação em serviço, evidenciar compreensão comparativamente às implicações da investigação na prática, promover o auto desenvolvimento pessoal e profissional e associar à prática os resultados da investigação alcançados, (Setúbal, 2011). A frequência do mestrado permitiu-nos igualmente a obtenção de uma base sólida de conhecimentos em várias áreas o que nos possibilitou um crescimento profissional, este crescimento foi evidente na possibilidade de aplicação de políticas e procedimentos de gestão de cuidados contribuiu igualmente para a melhoria do desempenho do papel de chefe de equipa no nosso local de trabalho, na fundamentação dos métodos de organização de trabalho e na melhoria da organização e coordenação da equipa que coordenamos.

No mesmo âmbito, integrámos o grupo de trabalho específico do SUG “Melhoria contínua da qualidade da resposta à reanimação cardiopulmonar”, desenvolvemos em articulação com elementos do grupo as directrizes e estratégias necessárias à sistematização e implementação do procedimento, neste contexto efectuámos formação aos profissionais de saúde, realizamos estudos estatísticos dos dados obtidos e propusemos indicadores de resultado, demonstrando assim **capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas e desenvolver soluções**, (Diário da República - I Série, 2006)(art 15º alínea c).

A supervisão do exercício profissional incluiu, por um lado velar pela qualidade dos cuidados e por outro a promoção do desenvolvimento profissional e pessoal da equipa de enfermagem, (Ordem dos enfermeiros, 2007).

A qualidade dos cuidados é fundamental para o bom funcionamento de um serviço, significando ganhos em saúde para o doente. São elementos importantes face ao bem-estar e ao auto cuidado da pessoa em situação crítica, entre outros, a supervisão das atividades que concretizem as intervenções de enfermagem e a responsabilização do enfermeiro especialista pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e pelos que delega, (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2007, p. 1) entende-se por delegação “(...) a *transferência, para um individuo competente, da autoridade para realizar uma determinada tarefa de enfermagem, escolhida numa situação concreta e por supervisão, a provisão de orientação, avaliação e acompanhamento pelo enfermeiro, do desempenho da tarefa delegada.*”.

Relativamente a esta área e em âmbito da nossa atuação enquanto futuros especialistas, exercemos supervisão do exercício profissional promovemos o desenvolvimento profissional de outros enfermeiros, orientamos a decisão relativa às tarefas a delegar e tomámos decisões

fundamentadas atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades éticas, sociais e legais.

A aprendizagem em ambiente de prestação de cuidados de enfermagem, em estágio pressupõe o prolongamento de uma prática reflexiva em análogo ao desenvolvimento de competências, (Deodato S. , 2009).²⁴

A Supervisão de Cuidados enquanto Unidade Curricular do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica possibilitou-nos, enquanto estudantes, o desenvolvimento de competências no domínio da tomada de decisão em enfermagem, no que respeita à decisão diagnóstica e de planeamento, bem como no domínio da avaliação dos resultados obtidos e o incremento da capacidade de autorreflexão e raciocínio crítico sobre o processo de aprendizagem, bem como o aquisição de competências clínicas específicas na concepção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem.

Seguindo esta linha orientadora, desenvolvemos um trabalho, (apêndice XXIX, "Registo de Sessão de Supervisão de Cuidados") que se construiu seguindo as fases do Processo de Enfermagem e que nos possibilitou seleccionar os meios e estratégias mais adequados à resolução de um determinado problema, de forma fundamentada e avaliar os resultados, em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e da perspectiva das repercussões em sentido ético e deontológico.

Foi identificada uma situação vivida em contexto de prestação de cuidados, delimitaram-se os diagnósticos de Enfermagem, posteriormente formularam-se os resultados esperados, comparando com o verificado efetivamente na situação real. As intervenções subjacentes à resolução dos problemas identificados foram equacionadas entre o planeado e os cuidados que foram realizados, procedeu-se à avaliação sobre os resultados alcançados, enunciando novos critérios que pudessem ser utilizados em situações idênticas.

Considerámos que este momento foi primordial para a ajuda à tomada de Decisões e à formulação de raciocínios que conduzem à construção e aplicação de argumentos rigorosos e à seleção de meios e estratégias mais adequados à resolução de um determinado problema, relacionado com o seu contexto de trabalho. A reflexão favoreceu a análise sobre o vivido e possibilitou a mobilização de conhecimentos, relevando-se como uma experiência significativa.

A identificação de fenómenos e planeamento de intervenções de enfermagem para o doente internado no SO foi feita através da utilização da linguagem CIPE, que visa uniformizar

²⁴ Professor adjunto na ESS, unidade curricular "Supervisão de Cuidados".

conceitos e classificar diagnósticos de Enfermagem, resultados e intervenções, criando uma nomenclatura comum a todos os enfermeiros, (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A abordagem desta linguagem foi importante, no plano de estudos do Mestrado, especialmente porque a sua utilização permite aos enfermeiros disporem de uma classificação que pode ser utilizada para descrever os cuidados de enfermagem, o uso de uma linguagem comum, autoriza a descrição dos contributos específicos dos enfermeiros nos cuidados de saúde, constituindo-se como uma ferramenta essencial para a eficácia e qualidade dos mesmos “(...) *através da disponibilização da informação adequada à tomada de decisão, que favorece a continuidade de cuidados.*”, (Sousa, 2006, p. 306).

Do exposto em epígrafe e através de uma análise reflexiva foi possível proceder à identificação de um conjunto de competências que nos conduziu a este patamar, no fundo percorremos um caminho de “noviço a perito” e entendemos ter adquirido e desenvolvido as competências profissionais necessárias à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

“(...) somos seres que aprendem (...) não estamos terminados, antes pelo contrário, temos a possibilidade de mudar, adaptar, crescer, desenvolver (...) De agir hoje melhor que ontem (...) E logo melhor que agora.”, Nunes (2001 p.25).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente colocam-se aos enfermeiros portugueses inúmeros desafios relacionados com a complexidade das condições de saúde e doença, entre eles, destacam-se o do paradigma do cuidar numa visão de saúde, enquanto necessidade da humanidade e o aumento da complexidade das situações profissionais. Outros desafios relacionam-se com os direitos e deveres do cidadão, a diversidade, a diferença, o multiculturalismo e o desafio da formação e dos cuidados, que constituem em conjunto, uma aposta de credibilidade e dignidade profissional, obrigando assim à adoção de novas estratégias para um novo posicionamento da profissão em relação à sociedade em que vivemos, em que “*aprender ao longo de toda a vida*” é a marca preponderante e fundamental, (Santos, 2004).

É neste contexto que surge a necessidade de aprofundar o conhecimento num domínio específico de enfermagem, tendo em consideração as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, representada no obter de um conjunto de competências clínicas especializadas em relação a um campo de intervenção e traduzida na frequência do primeiro Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da ESS de Setúbal.

A formação profissional oferece às pessoas a possibilidade de adquirirem ou aperfeiçoarem “*(...) os conhecimentos, as qualificações e os comportamentos necessários para assumirem com competência as funções atuais e as que lhe virão a ser exigidas no futuro, assumindo-se deste modo, como um fator estratégico para o desenvolvimento das organizações (...)*”, (Abreu, 2007).

Embora de caráter avaliativo, este trabalho de projeto facultou uma oportunidade de reflexão sobre a prática profissional diária e tornou mais consciente a importância do desenvolvimento pessoal e profissional. O processo de aprendizagem é contínuo, pois como refere Costa (1998, p. 27) “*Reflectir sobre uma experiência significa de que o processo de aprendizagem se prolonga na, com e pela prática, tornando consciente algum saber tácito – criticando, examinando e melhorando.*” As competências adquiridas irão permitir uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo autónomo e auto orientado.

Segundo Costa (2002) no decurso da vida, a escola concorre para uma dimensão fundamental, legitimando os saberes e a sua ligação com o mundo profissional, embora a estudante

exerça profissionalmente num serviço de urgência há vinte e nove anos, a frequência do 1º Mestrado em Enfermagem Médico- cirúrgica, legitimou as competências já adquiridas no seu exercício profissional e permitiu a construção de uma nova identidade assente, na obtenção e aprofundamento de novos conhecimentos e novas formas de “olhar”, *“A formação comporta a legitimação de novas identidades pela alteração do corpo dos saberes e das relações no trabalho.”*, (Abreu, 2007, p. 68).

De um outro prisma, os estágios decorrentes deste curso tornaram-se mais ricos porque a nossa experiência profissional pôde ser ampliada e valorizada, e a estudante tornou-se atora num processo de mudança em que um conjunto de competências adquiridas e desenvolvidas, lhe permitirá o diferenciar do cuidar do doente em situação crítica, mas também melhorar as respostas a situações de catástrofe e a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica.

Os vários aportes teóricos e disciplinares deste mestrado, foram fundamentais na persecução do desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, permitiram o aprofundamento de conhecimentos em áreas específicas da enfermagem e o ganho de consciência crítica para os problemas atuais relacionados com a prática profissional.

Alguns constructos foram fundamentais para a melhoria dos cuidados a doentes de etnia cigana e ao reconhecimento da diversidade cultural, outros indispensáveis para a prestação de cuidados de enfermagem em situação de maior complexidade na área da pessoa a viver processos complexos de doença. Neste aspeto pensamos que soubemos aplicar os nossos conhecimentos e a nossa capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas, em contexto alargado e multidisciplinar, com rigor técnico e científico na implementação das intervenções de enfermagem especializadas.

Na nossa ação e reflexão sobre os problemas na prática, derivativos do nosso campo de intervenção, enquadrámos a aprendizagem modificando a nossa forma de aprender, alicerçado nas aprendizagens efetuadas, refletimos sobre o nosso contexto de trabalho e perspetivámos novas aprendizagens, nesse sentido podemos afirmar que desenvolvemos e aprofundámos os conhecimentos já obtidos, e que estes permitiram e constituíram a base do desenvolvimento da estudante, e a sua aplicação no desenvolvimento original de um projeto de intervenção em serviço, suportado por um contexto investigativo e nos valores éticos e deontológicos da profissão, conforme exigido por regulamento do curso para obtenção de grau de mestre.

A capacidade para integrar novos conhecimentos foi desenvolvida através da pesquisa bibliográfica, e em teor de estágio, supervisionado por enfermeira orientadora e coorientadora e

aportes curriculares. Neste período lidamos com questões complexas, relacionadas com a intervenção ao doente crítico, nomeadamente na abordagem ao doente na sala de emergência e sob ventilação invasiva na UIPA, os cuidados ao doente em PCR, choque, choque séptico, foram fundamentais no desenvolvimento de soluções de forma fundamentada, porque suportada por um conjunto de conhecimentos adquiridos, não negligenciando as implicações éticas e sociais que resultaram dessas decisões ou juízos.

No seu trajeto formativo a estudante desenvolveu a capacidade de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes de uma forma clara, neste contexto elaborámos um artigo, que se encontra em apêndice XXIX, " Emfermagem Multicultural num Serviço de Urgência ".

O objetivo principal deste artigo foi propor o desenvolvimento da competência cultural dos enfermeiros, através da sua constituição como profissionais de referência para os doentes/famílias de etnia cigana num Serviço de Urgência e da utilização de um conjunto de competências, fundamentadas nas competências do enfermeiro de cuidados gerais definidas pela Ordem dos Enfermeiros, para que se possam estabelecer como uma ferramenta para a edificação de relações interculturais.

Este artigo realizou-se sobre a temática do PIS e sob a orientação da professora tutora e enfermeiras orientadoras.

Este período de crescimento pessoal e profissional, não poderia ser concretizado sem as suas contribuições, as Sras. enfermeiras constituíram-se, através da sua orientação e disponibilidade, como atores fundamentais para a concretização do trabalho do projecto; o *feedback* do trabalho desenvolvido, o acompanhamento, a avaliação e a reflexão conjunta, constituíram momentos de valorização profissional.

Nesta fase, gostaríamos de considerar a metodologia do curso que possibilitou no primeiro semestre as bases da aprendizagem necessária para o desenvolvimento do PIS e nos restantes semestres o conhecimento necessário para alicerçar as intervenções em contexto de estágio.

Este trabalho possibilitou a descrição das atividades desenvolvidas durante os períodos de estágio e a nomeação das competências adquiridas ao longo deste percurso de aprendizagem; durante este ciclo podemos apreender a relevância do papel do enfermeiro especialista, particularmente na especialidade médico-cirúrgica, que se inscreve na assistência de enfermagem avançada ao doente em estado crítico. Queremos ressaltar dois aspetos, o desenvolvimento de competências no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência

orgânica e a contribuição para cuidados culturalmente competentes ao doente/família de etnia cigana.

A enfermagem é uma profissão centralizada em inter-relações, onde cada indivíduo, por viver um processo de saúde/doença se torna singular, único e indivisível num momento único do cuidar. O processo de cuidar pressupõe o desafio no desenvolvimento de capacidades, conhecimentos e recursos, ou seja o desenvolvimento de competências, (Serrano, Costa, & Costa, 2011), neste âmbito e de acordo com o regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, partindo da reflexão acerca do seu percurso e das atividades construídas, a estudante considera que atingiu os objetivos propostos no início deste relatório, assim como os objetivos estabelecidos quer para o PIS quer para o PAC e que adquiriu as competências profissionais necessárias e diferenciadas para intervir, suportadas na evidência e no código ético e deontológico da profissão, nos diferentes níveis de atuação do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.

“A capacidade para desempenhar tarefas de enfermagem segura e competentemente é essencial (...), mas são as atitudes e emoções que a acompanham que estabelecem a diferença (...)”, (McKenna, 1994, p. 35).

BIBLIOGRAFIA

- Abreu. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico*. Coimbra: Formasau.
- Abreu, W. C. (2008). *Transições e contextos multiculturais. Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. coimbra.
- Alexandre, V., & et. al. (1999). *Novos racismos, perspectivas comparativas*. Oeiras: Celta editora.
- Alonso, L. (2000). A construção de um referencial de competências chave para a cidadania e a empregabilidade. *Saber mais- revista para o desenvolvimento da educação e formação de adultos*.
- Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural, IP. (maio de 2007). 44 Ideias simples para promover a tolerância e celebrar a diversidade. Lisboa, Lisboa, Portugal: ACIDI.
- Alves, A., & Redondo, J. (2 de 1999). Plano de Emergência Hospitalar. *Comissão de Planeamento da Saúde de Emergência*. Portugal: Ministério da Saúde, Instituto de Emergência Médica.
- ANPC. (09 de 2009). Segurança Contra Incêndios em Edifícios. *Compilação Legislativa - 1ª Edição*. Carnaxide, Lisboa, Portugal: Europress.
- Apóstolo, J., & Gameiro, M. (Dezembro de 2005). Referências Onto Epistemológicas e Metodológicas da Investigação- uma análise crítica.
- APSEI. (09 de 2006). Ficha Técnica n.º 5. Lisboa, Lisboa, Portugal: Associação Portuguesa de Segurança Electrónica e de Protecção Incêndio.
- Ardèvol, E. (1994). *Vigências y cambio en la cultura de los gitanos. In san roman*. Madrid: Alianza editorial.
- Atienza, R. C. (2006). *Puesta al dia Y Prática en Catástrofes Sanitárias* . Jaén: Formacion Alcalá.
- Aveiro, C. D. (16 de 05 de 2012). Obtido de Ciga-nos: http://www.ciga-nos.pt/UserFiles/Files/S.G._retrato%20social%20Comunidade%20Cigana%20de%20Aveiro.pdf
- Barbosa, G. (14 de 05 de 2012). *O luto judaico*. Obtido de <http://www.icp.com.br/85contexto.asp>
- Benner, P. (2003). *De iniciado a perito*. Lisboa: Quarteto editora.
- Béresniak, A., & Duru, G. (1999). *Economia da Saúde* . Lisboa: Climepsi editora.
- Botelho, J. (julho de 1996). O trabalho do projecto na prática do enfermeiro. *Enfermagem em foco*.
- Branco, G. F., & Afonso, A. I. (2003). *Retóricas sem fronteiras*. Oeiras: Celta editora.

-
- C. A. L., & Seda, J. M. (2005). *Respuesta Hospitalaria a las Catástrofes*. Madrid: Edicions Arán SL .
- Camala, N. (1998). O cuidar em situação de multiculturalidade. *Dissertação apresentada à ESEFR*. Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Carmo, H., & Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da investigação: guia para a auto aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carrondo, E. M. (Março de 2006). Formação profissional de enfermeiros e desenvolvimento da criança : contributo para um perfil centrado no paradigma salutogenico. Minho, Portugal: Instituto de estudos da criança .
- Carvela, E. C. (setembro de 2003). Encontro com os ciganos. *Sinais Vitais*, pp. 23-29.
- Castro, A. (2005). Hospital aproxima-se da comunidade cigana. *O Público*.
- Castro, A. (2007). *A mobilidade dos ciganos e os outros: incertezas na relação com o território*.
- Castro, A. (27 de 12 de 2011). *Repositório ISCTE*. Obtido de Sociologia, problemas e práticas: <http://www.repositorio.iscte.pt/bitstream/10071/903/1/10.pdf>
- Castro, A., & Santos, M. (2010). *Na busca de Consensos para a Promoção da coesão Social - O Percurso Profissional dos Mediadores Municipais Ciganos*. CET - Centro de Estudos Territoriais ISCTE.
- Castro, A., & Santos, M. (2011). *Monitorização e Avaliação do Projecto Mediadores Municipais: Relatório de Síntese*. Lisboa: Centro de Estudos sobre a Mudança Socio-Económica e o Território ISCTE.
- Castro, A., Santos, M., & Knapie, S. (2010). *Projecto Mediadores Municipais - Relatório Final de Avaliação*. CET - Centro de Estudos Territoriais ISCTE.
- CCIH. (12 de 2004). Limpeza Desinfecção e Esterilização no Hospital. Barreiro, Setúbal, Portugal.
- CCIH. (30 de 05 de 2012). Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar. Barreiro, Setúbal, Portugal.
- Cerri, A., & Hellen Roehrs, L. M. (julho/ setembro de 2011). Problemas Éticos no Cuidado ao Paciente Crítico. *Cogitare enfermagem* .
- CHBM - GIE.101. (22 de 12 de 2011). Procedimento Geral - Actuação em caso de incêndio. Barreiro, Setúbal, Portugal.
- CHBM. (06 de 2006). Política de Gestão do Risco e Segurança do Doente. Barreiro, Setúbal, Portugal: CHBM.
- CHBM. (22 de 12 de 2011). Política de Gestão de Meios de Prevenção e Combate a Incêndios. Barreiro, Setúbal, Portugal: Hospital X .
- CHBM. (quatro de Abril de 2012). Procedimento Geral, Elaboração e circuito do material educativo - EDF.103. Barreiro, Portugal.

-
- CHBM-QUA.102. (04 de 04 de 2012). Procedimento Geral - Auditorias Internas. Barreiro, Setúbal, Portugal: Hospital X .
- Código Deontológico do Enfermeiro . (2005). Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Coelho, A. (1995). *Os ciganos de Portugal: um estudo sobre o calão*. Lisboa: Dom Quixote.
- Collière, M. (1999). *Promover a vida, da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos enfermeiros portugueses, edições técnicas.
- Collin Murray Parkes, P. L. (2003). *A morte e o luto através das culturas*.
- Constituição da República Portuguesa. (s.d.). Portugal.
- Corrêa, L. (25 de 8 de 2012). *einstein*. Obtido de <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1069-EC%20v6n4%20194-196.pdf>.
- Correia, T. (2008). Mediador de etnia cigana é caso de sucesso no hospital. *Jornal de Notícias*, 1-2.
- Cortesão, L., & al, e. (1995). *O povo cigano: cidadãos na sombra: processos específicos e ocultos de exclusão*. Porto: Afrontamento.
- Cortesão, L., & al, e. (2005). Pontes para outras viagens. *Alto comissariado para a imigração e minorias étnicas*.
- Costa. (1998). *Enfermeiros: dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Fim de século.
- Costa. (2002). *Formação, práticas e competências dos Enfermeiros* . Coimbra: Formasau.
- Costa, E. M. (1996). *O Povo Cigano em Portugal da História à Escola* . Setúbal.
- Costa, J. A., & Melo, A. S. (1975). *Dicionário da língua Portuguesa*. Porto: Porto Editora.
- Costa, J. S. (outubro de 2004). Métodos de prestação de cuidados. *Revista Millennium*.
- Cunha, S. R. (novembro de 2001). A comunidade cigana e a saúde. *Educação em enfermagem*, pp. 35-41.
- Deodato, S. (Outubro- dezembro de 2009). Supervisão de Cuidados : Uma Estratégia Curricular Em Enfermagem. *Percursos*, pp. 3-7.
- Desantis, L. (1994). Making anthropology clinically relevant to nursing care. *Journal of advanced nursing*.
- DGS. (2008). Programa Nacional de Controlo da Dor . Ministério da Saúde.
- DGS. (2009). *PNCI, Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção*.
- DGS. (2010). Programa Nacional de Cuidados Paliativos.
- Diário da República. (18 de fevereiro de 2011). p. 8648.
- Dias, E. C., & al, e. (2001). *Comunidades ciganas: representações e dinâmicas de exclusão/integração*. Lisboa: Alto Comissariado para a imigração e minorias étnicas.

-
- D'Innocenzo, M., Adami, N., & Cunha, I. (01 de 2006). Revista Brasileira de Enfermagem. *O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem*, pp. 85-87.
- Direcção Geral da Saúde. (março de 2007). Obtido de Programa nacional de prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados de saúde: http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SP_ManualdeOperacionalizacao.pdf
- DR - 2ª Série. (18 de 02 de 2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, pp. 8648 - 8657.
- DR 2a série. (30 de setembro de 2008). Programa Nacional de Controlo da dor. *Diário da Republica*, p. 40750.
- Duarte, I., & al, e. (2005). Coexistência interétnica, espaços e representações sociais: os ciganos vistos pelos outros. *Alto comissariado para a imigração e minorias étnicas*.
- Enfermagem, I. P.-D. (2011). Guia Orientador para Elaboração de Trabalhos Escritos. Setúbal, Portugal.
- Enfermeiros, O. d. (Outubro de 2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.
- Faria, L., & Azevedo, A. (2010). *Matemática Dinâmica*. Porto: Porto Editora.
- Fernandes, J. J. (2001). O doente de etnia cigana: uma visão dos enfermeiros.
- Ferrari. (16 de 05 de 2012). *O Mundo passa - uma etnografia dos Calon e suas relações com os brasileiros*. Obtido de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8134/tde-02082010-191204/pt-br.php>
- Ferreira, P. (1999). *Guia do Animador -Animar uma Atividade de Formação*. Multinova.
- Ferro, A. M. (26 de Fevereiro de 1999). Na Rota da Pedagogia. Lisboa, Portugal: Edições Colibri.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação. Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Frederico, M., & Leitão, M. d. (1999). Princípios da Administração para Enfermeiros. Lisboa, Lisboa, Portugal: Formação.
- Fundación Secretariado Gitano. (2007). Guia para a Intervenção com a comunidade Cigana nos Serviços de Saúde. Madrid: REAPN.
- Funerária On Line. (15 de 05 de 2012). Obtido de FOL: <http://www.funerariaonline.com.br/Dicas/Default.asp?idnews=4047>
- George, J. B., & et al. (1993). *Teorias de enfermagem*. Brasil: Edições artes médicas.
- Giddens, A. (2001). *Sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Giménez, C. R. (2006). *Modelos de Mediation y Suaplicación en Mediation Intercultural*. Granada.

-
- Gomes, I., & Soares, M. G. (janeiro de 1999). Doença morte e luto na etnia cigana: uma questão para a enfermagem. *Sinais vitais*, pp. 48-50.
- Grupo Memorial. (22 de 05 de 2012). *Religiões*. Obtido de Vida perpétua: <http://www.nossotemplo.com.br/islamismo.asp>
- Heredia, J. d. (1974). *Nós os ciganos*. Braga: Editorial Franciscana.
- Hill, M., & Hill, A. (2009). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- HNSR - EPE. (2007). Quadro de referência. Barreiro, Setúbal, Portugal.
- HNSR,EPE-Barreiro. (Julho de 2007). Plano de Emergência Interno. Barreiro, Setúbal, Portugal: Hospital Nossa Senhora do Rosário.
- Huot, R. (2002). *Métodos Quantitativos para as ciências humanas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- International Council of Nurses, ICN. (2011). *Closing The Gap: Increasing Acces and Equity* (Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros - abril de 2011 ed.). (H. Castro, Trad.) Genève, Suíça: International Council of Nurses, ICN.
- IPAD. (04 de 2009). *Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento*. Obtido de Manual de Auditoria Interna: <http://www.ipad.mne.gov.pt>
- IPSESS - Departamento de enfermagem. (setembro de 2011). Fundamentos, enquadramento e roteiro normativo do trabalho de mestrado. Setúbal.
- IPSESS - Departamento de enfermagem. (2011). Guia orientador dos estágios, 2º e 3º semestres. Setúbal.
- Kérouac. (1994). *La pensée infirmière*. Quebec: Editions études vivantes.
- Lawrence, D. H. (1988). *A virgem e o cigano*. Lisboa: Circulo de leitores.
- Lei de Bases da saúde. (s.d.).
- Leininger, M. (1998). *Enfermagem transcultural: imperativo da enfermagem mundial*.
- Leininger, M., & McFarland, M. (2002). *Transcultural Nuursering, concepts, theories, research et pratique*. MC Graw- Hill.
- Liégeois, G. P. (1989). *Ciganos itinerantes: dados sócio culturais - dados sócio políticos*. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.
- Lopes, J. C., Santos, M. C., Matos, M. S., Ribeiro, O. P., Machado, M. C., Abreu, W., Martins, R. M. (2009). *Multiculturalidade - perspectivas da enfermagem contributos para melhor cuidar*. Loures: Lusociência - Edições técnicas e científicas, Lda.
- M.Basto. (1998). *Da intenção de mudar à mudança - um caso de intervenção num grupo de enfermeiras*. Lisboa: Rei do livro.

-
- Machado, P. (03 de janeiro de 2012). *A etnia cigana em Portugal*. Obtido de Janus Online:
http://janusonline.pt/sociedade_cultura/sociedade_2001_3_3_10_c.html
- Martin, V., & Henderson, E. (2004). *Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais*. Projetos e Edições Lda.
- Marum, S. (janeiro de 2012). *Apontamentos das aulas de 1º mestrado em enfermagem médico cirúrgica*. Setúbal.
- Mendes, M. (2005). *Nós os ciganos e os outros: etnicidade e exclusão social*. Lisboa: Livros Horizonte, lda.
- Mendes, M. M. (23 de 05 de 2012). Obtido de Associação Portuguesa de Sociologia:
http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR462dca6711183_1.PDF
- Mendes, M. M. (13 de 01 de 2012). *Um olhar sobre a identidade e a alteridade: nós, os ciganos e os outros, os não ciganos*. Obtido de Associação Portuguesa de Sociologia:
http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR462dca6711183_1.PDF
- Miguel, C. M. (25 de 05 de 2012). Obtido de Observatório da Imigração:
http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Col_Percursos_Intercultural/2_PI_Cap5.pdf
- Miguel, C. M. (13 de 01 de 2012). *Homens de respeito - etnias tradicionais e sua identidade*. Obtido de Observatório da imigração:
http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Col_Percursos_Intercultural/2_PI_Cap5.pdf
- Miranda. (10 de 05 de 2012). Obtido de <http://mundoestranho.abril.com.br/materia/como-as-grandes-religoes-encaram-o-momento-da-morte>.
- Moleiro, C., & Gonçalves, M. (20 de 11 de 2011). *SciELO Portugal*. Obtido de www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-82312010000300010&script=sci...
- Nunes, O. (1996). *O povo cigano*. Lisboa: Obra nacional da pastoral dos ciganos.
- O. d. (2009). Modelo de desenvolvimento profissional. *Ordem dos enfermeiros*, pp. 14-16.
- Oliveira, A., Galego, C., & Godinho, L. (2005). *Mediação Sócio Cultural - Um Puzzle em Construção*. Lisboa: Observatório de Imigração.
- Ordem dos Enfermeiros. (Outubro de 2003). *Divulgar- Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (6 de 2006). *Tomada de Posição Sobre Segurança do Cliente*. Lisboa, Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos enfermeiros. (Abril de 2007). *Delegação: Tomada de posição*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*.

-
- Ordem dos Enfermeiros. (outubro de 2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Médicos. (2008). *Transporte de Doente Crítico - Recomendações*. Lisboa: Centro Editorial Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Ortega, M. H. (1994). *Evolution y Contexto Histórico de los Gitanos Espanoles*. Madrid: Alianza Editorial.
- Parlamentares, A. C.-S. (2011). Estratégia Nacional para a Integração das comunidades Ciganas.
- Pearson, A., & Vaughan, B. (1982). *Modelos para o exercício de enfermagem*. Lisboa.
- Percursos. (Janeiro de 2010). Metodologia do projecto coletânea descritiva de etapas. *Percursos*.
- Pereira, P. (setembro de 2011). Salvar a Pessoa : Contributos para a competência cultural dos enfermeiros nos processos de doença. *Pensar Enfermagem*, pp. 14-25.
- Pinto. (julho - agosto de 2000). Participação da família no processo terapeutico no doente idoso internado num serviço de medicina. *Servir*.
- Pinto, F. (1995). A cigarra e a formiga - Contributos para a reflexão sobre o entrosamento da etnia cigana na sociedade portuguesa. *Dissertação de mestrado*. Porto.
- Pires, A., & Abreu, M. (14 de Março de 2006). Higienização de Salas de Pequena Cirurgia . Barreiro, Setúbal, Portugal: CHBM.
- Pires, D. (setembro - outubro de 2009). *Revista Brasileira de Enfermagem*, pp. 739-44.
- Pires, M. H. (1995). Cuidar em Fim de Vida. Lisboa: Dissertação da Escola Superior de Enfermagem Francisco Gentil .
- PNCI. (17 de 02 de 2007). *Higienização do Ambiente nas Unidades de Saúde - Recomendações de boas Práticas*. Obtido de PNCI: <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0>
- PNCI. (17 de 02 de 2007). *Prevenção de Infecções Adquiridas no hospital - Um guia prático*. Obtido de PNCI: <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0>
- Polit, D. F., & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre : Artes médicas.
- Ramos, A. W. (04 de 1990). *Revista Produção*. Obtido de <http://www.revistaproducao.net/arquivos/websites/32/v01n2a03.pdf>
- REAP. (22 de novembro de 2011). *REAPN*. Obtido de www.reapn.org
- Reis, E. (1996). *Estatística Descritiva*. Lisboa: Edições Sílabo.

-
- REPE. (4 de setembro de 1996). Ordem dos enfermeiros. Obtido de Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- REPE. (1996). Regulamento Profissional dos Enfermeiros. 161/96, Dec Lei. Lisboa: Diário da Republica.
- Ross, E. K. (1998). *Sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo.
- Rowland, R. (1987). *Antropologia, História e Diferença : Alguns aspetos*. Porto: Afrontamento .
- Santos, T. S., Duarte, M. E., & Lousada, C. (2004). *A declaração de Bolonha e a formação na área da enfermagem*.
- Serrano, M. T., Costa, A. d., & Costa, N. M. (março de 2011). Cuidar em Enfermagem: Como Desenvolver a (s) Competência (s). *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 15-23.
- Setúbal, I. P. (Fevereiro de 2011). Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Setúbal: Departamento de Enfermagem.
- Silva, A. M., & et al. (1995). Modelo teórico de Nancy Roper. Lisboa: ESEMFR.
- Silva, L. (2001). *Saúde dos ciganos portugueses*. Lisboa: Fundação para a ciência e tecnologia.
- Silva, L. F. (2005). *Atitude e comportamentos de saúde materna das mulheres ciganas em Portugal*. Lisboa: Alto Comissariado para a imigração e minorias étnicas.
- Silva, L., Sousa, F., Magano, O., & Oliveira, L. (13 de janeiro de 2011). *Associação Portuguesa de Sociologia*. Obtido de A comunidade cigana e o etnocentrismo da instituição médica da saúde comunitária: http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR462dc924ecdba_1.PDF
- Sousa. (2006). *Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem entre contextos de cuidados de saúde*. Lisboa: Formasau- Formação e Saúde, Lda.
- Sousa, J. E. (2006). *Os emigrantes ucranianos em Portugal e os cuidados de saúde*. Lisboa: Alto comissariado para a emigração e minorias étnicas.
- Sousa, J. P. (Janeiro - Fevereiro de 2012). A Resposta da Medicina Intensiva em Situações de Múltiplas vítimas e Catástrofe. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, pp. 37- 43.
- Sousa, M. (1973). *A Formação Permanente e o Pessoal Hospitalar*. Escola Nacional de Saúde Pública.
- Stanhope, M. (1999). *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Lisboa: Lusodidata.
- Stigar, R. (11 de 05 de 2012). Obtido de <http://www.webartigos.com/artigos/o-conceito-de-deus-no-islamismo-allah/5582/>
- Strauss, C. (1989). *Antropologia Estrutural dois*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

-
- Strauss, C. L. (1996). *Raça e História*. Lisboa: Presença.
- Tavares, A. (1990). Métodos e técnicas de planeamento em saúde. Ministério da saúde. Obtido de <http://www.hbarreiro.mn-saude.pt/NoticiasEventos/Artigos/historia-Hospital.htm>
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra - 5ª edição*. Loures: Lusociências.
- Tylor. (1920). *Primitive Culture: Researches into the Development of Mythology, Philosophy, Religion, Language, Art, and Custom*. Londres: John Murray.
- Vivas, P. (Julho de 2008). A Morte e o Luto na perspectiva do Híduismo e do Judaísmo.
- Waldon, V. R. (2004). *O Cuidado na Saúde - As Relações entre eu, o outro, e o cosmo*. Rio de Janeiro: Vozes.

APÊNDICES

APÊNDICE I

FICHA DE DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

FICHA DE DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Definição do Problema

Estudante: Anabela Carvalho Sequeira Pires
Instituição: Hospital X
Serviço: Serviço de Urgência
Título do Projeto: Interculturalidade no Serviço de Urgência Geral - O Doente/Família de etnia cigana, papel do enfermeiro.
<p>Explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha (250 palavras):</p> <p>A diversidade étnica e cultural e a proximidade entre pessoas de várias proveniências são uma realidade crescente e um dos traços fundamentais do nosso tempo, o que exige uma resposta dos serviços de saúde. A diversidade cultural e a especificidade destas populações devia ser um elemento essencial na planificação dos cuidados e o que se verifica é que por vezes os serviços não estão ajustados a estes grupos, havendo alguma dificuldade no relacionamento e comunicação entre profissionais de saúde e utentes devido às diferenças culturais, num encontro que se pretende intercultural (Moleiro e Gonçalves, 2010).</p> <p>Estas diferenças incluem diferentes visões do mundo, bem como representações distintas de saúde e doença. Cada cultura é singular e as crenças, valores, expectativas face ao corpo, conceitos e comportamentos dos indivíduos são diferentes e os enfermeiros devem desenvolver competências que lhes permitam cuidar de pessoas em contexto de diferença cultural, “<i>Os cuidados de enfermagem representam um assunto vasto e de uma grande complexidade. São de carácter Universal e Multidimensional, singularizando-se em cada cultura (...).</i>”, (Collière, 1999, p. 21).</p> <p>Cuidados de enfermagem baseados na promoção do respeito pelos valores, costumes e práticas específicas dos indivíduos e grupos mesmo quando em confronto com valores culturais muito diferentes. Compreender as divergências culturais entre os utilizadores</p>

e os prestadores dos cuidados permite, “*aprender a utilizar as interferências culturais ao invés de as negar*” (Collière, 1999, p. 42).

Em contexto da minha atividade profissional e durante a fase de diagnóstico que decorreu no serviço de urgência do hospital X , verifiquei que frequentemente surgem conflitos e dificuldades quando se prestam cuidados a doentes / famílias de etnia cigana e após entrevista não estruturada com enfermeira coordenadora do serviço conclui que a mesma partilha dessa opinião.

A realização de um projeto de intervenção partindo da análise da prática profissional, tem como objetivo a identificação de competências a desenvolver, de forma a integra-las na prestação dos cuidados, promovendo a qualidade dos mesmos (Tavares, 1990). Pretende-se a aprendizagem e mobilização de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, tendo em conta o interesse e motivação pessoal, assim como a observação e contactos informais com prestadores de cuidados, durante o período de estágio, optou-se por uma área de projeto que irá permitir o desenvolvimento das seguintes competências, enunciadas no Modelo de Desenvolvimento profissional (MDP, 2009, p. 14-16): **A2 –Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, B2- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade, B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro** e tendo em conta a área identificada, fragmentado numa área de intervenção restrita ao desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem a indivíduos de etnia cigana.

Deste modo ao refletir sobre a minha vivência enquanto enfermeiro e no âmbito do desenvolvimento de um projeto de intervenção em serviço, senti a necessidade de aprofundar um tema que sinto ser útil ao exercício profissional e que permite o desenvolvimento de capacidades académicas e profissionais que promovam a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, quer meus, quer de toda a equipe de enfermagem do serviço de urgência, reconstruindo a prática e fundamentando-a nos valores e conceitos de Enfermagem. O desenvolvimento deste tema tem como finalidade melhorar conhecimentos sobre a cultura e comportamentos perante a saúde/ doença de indivíduos / famílias de etnia cigana de forma a integrá-los nos cuidados de enfermagem, no sentido de melhorar a relação existente entre os intervenientes e maximizar o potencial de saúde.

Diagnóstico de situação

Definição geral do problema

Diariamente recorrem ao serviço de Urgência Geral (SUG) do Hospital X, elementos de comunidades culturalmente distintas, especialmente africanas, do leste europeu e cidadãos pertencentes à comunidade cigana.

Com a criação do Centro Hospitalar, a sua área de abrangência aumentou e este fenómeno tornou-se mais visível, notando-se com frequência conflitos e dificuldades na prestação de cuidados a estes doentes e com maior incidência aos doentes e familiares de etnia cigana, este facto levou-me a questionar se a equipa de enfermagem do SUG, possui conhecimentos acerca da cultura, diversidade de valores, costumes, tradições e comportamentos perante a saúde / doença dos doentes e familiares de etnia cigana, que pode influenciar a prática dos cuidados de enfermagem a estes doentes/ famílias.

Análise do problema (contextualização, análise com recurso a indicadores, descrição das ferramentas diagnósticas que vai usar, ou resultados se já as usou – 500 palavras) :

Os enfermeiros do Serviço de urgência do Hospital X, frequentemente prestam cuidados a indivíduos/famílias de etnia cigana, não raras vezes com alguma reserva, por tudo o que significa. O acampamento da família à porta do serviço, entrada constante de vários membros da família independentemente do horário das visitas, a constante tentativa de “furar o sistema” com subterfúgios vários, o apelo constante à atenção dos enfermeiros, as manifestações “exuberantes” perante a dor e a morte, o choro “cantado” dos familiares, são comportamentos que causam nos profissionais, algumas dificuldades no cuidar. Durante o meu exercício profissional constato que os conflitos que surgem, com ameaças verbais e por vezes físicas, criam nos profissionais receio pela sua integridade física, levando a uma postura defensiva. Estes conflitos verificam-se em todo o espaço físico do serviço, mas segundo a minha observação são particularmente relevantes na sala de triagem e balcão. Nesta perspetiva será que a dificuldade de comunicação que surge com elementos desta comunidade e por vezes a dificuldade encontrada na resolução dos conflitos, tem origem no défice de conhecimento acerca da cultura cigana, que pode influenciar a prática dos cuidados de enfermagem?

Porque cada cultura é singular, os enfermeiros devem desenvolver competências que lhes permitam cuidar de pessoas em contexto de diferença cultural (Collière, 1999) pretendo assim desenvolver um projeto de intervenção em serviço, que permita o desenvolvimento de capacidades de prestar cuidados de enfermagem adaptados às necessidades da população de etnia cigana.

Para a definição do problema é necessário recolher dados objetivos, não bastando a percepção adquirida durante a fase de diagnóstico. Para concretização do estudo foram utilizadas ferramentas diagnosticas que permitiram a análise mais sistemática do problema e fundamentação do mesmo, de acordo com a realidade.

Deu-se conhecimento das intenções do estudo à enfermeira coordenadora do SUG e aos enfermeiros do serviço.

Pediu-se autorização á enfermeira coordenadora do SUG para aplicação de questionários à equipa de enfermagem do serviço, no sentido de auscultá-la relativamente à temática que se pretende estudar.

Após obtenção de parecer favorável da enfermeira coordenadora do SUG e de se ter realizado pré teste dos questionários, estes foram aplicados no período de 9 a 14 de janeiro de 2012.

Foram garantidos os princípios éticos e deontológicos, efetuado pedido de autorização para realização do estudo à enfermeira coordenadora do SUG, com esclarecimento da temática em estudo e aplicado consentimento informado aos enfermeiros que responderam ao questionário. Foi garantido o anonimato e confidencialidade e a liberdade de recusar a resposta as questões colocadas, foram também explicitados os objetivos do estudo.

Colheita de dados

Foi elaborado questionário composto por três blocos temáticos.

- Caracterização da equipa de enfermagem do serviço de urgência geral relativamente a aspetos biográficos, habilitações académicas, profissionais e experiência profissional.
- Nível de formação da equipa de enfermagem do serviço de urgência geral no âmbito da enfermagem multicultural.
- Opinião dos enfermeiros relativamente ao tema em estudo.

Validação do instrumento de colheita de dados

No sentido de testar a funcionalidade e a validade do questionário, foi realizado questionários a três enfermeiras especialistas.

De acordo com Polit (1995, p. 65) "(...) *um pré teste constitui uma tentativa para que se determine, o quanto possível, se o instrumento esta enunciado de uma forma clara, livre*

das principais tendências e além disso, se ele solicita o tipo de informação que se deseja .”.

Após pré teste, realizaram-se correções ortográficas na Parte II do questionário e por se verificarem dúvidas em relação ao conteúdo da pergunta 2. b), optou-se por anular a respetiva questão.

População

Fortin (1994, p. 373) define população como “(...) conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação.”.

Como participantes do estudo considerou-se o universo dos enfermeiros do serviço de urgência geral do Hospital X . Os enfermeiros que constituíram a população obedeceram aos seguintes critérios de inclusão:

- De ambos os sexos que prestam cuidados diretos aos utentes.
- Que estejam interessados em participar no estudo e que deem o seu consentimento.

Procedimento da análise de dados

Os dados foram tratados informaticamente recorrendo ao programa *Excel*.

Para sistematizar e relevar a informação fornecida pelos dados sócio demográficos utilizou-se a estatística descritiva e analítica, nomeadamente, medidas de tendência central:

- Moda (\hat{x})
- Média aritmética (\bar{x})
- Mediana (\tilde{x})

A amostra dos enfermeiros é constituída maioritariamente por enfermeiros do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 24 e os 57 anos.

Têm entre 2 e 37 anos de serviço com uma média de 13 anos de atividade profissional.

São maioritariamente licenciados (75%) e trabalham no SUG entre 1 e 27 anos.

Dos inquiridos, 85% nunca fez formação em enfermagem na área da multiculturalidade, atribuindo importância e reatividade à criação de dossiê temático (67%) e guia de acolhimento (54%) assim como à existência de interlocutor de referência (56%) consideram que permita informar/esclarecer o doente/família de etnia cigana, 56% dos inquiridos consideram também importante a realização de formação que lhes permitam

adquirir conhecimentos acerca da cultura cigana.

Cerca de 53% dos enfermeiros indicaram o Homem ou Mulher de respeito como a quem dirigir-se em caso de interação, só 9% responderam como sendo o “tio” e 34% responderam ao familiar mais próximo.

Os ciganos sempre trataram os ciganos mais velhos por “tio” ou “tia”, como forma carinhosa e próxima de se dirigirem à pessoa que pelo seu passado e experiência de vida deve ser respeitado e ouvido. O enfermeiro deve dirigir-se a este, enquanto máxima autoridade do grupo presente. Cabe aos Homens de respeito (Homens de entre os mais velhos, eleitos entre as várias comunidades) a aplicação da lei cigana, resultante de ao longo da vida terem agido com honra e respeito (Miguel 2012). Dos dados infere-se que os enfermeiros têm a perceção necessária para a intervenção, mas não há dados que permitam a avaliação do conhecimento acerca do papel de cada membro dentro da comunidade cigana.

Em relação a necessidade que os doentes ciganos têm de ser sempre os primeiros a serem atendidos, 55% dos enfermeiros responderam que os doentes associam os sintomas a morte, denotando um conhecimento adequado. Um dos aspetos relevantes da comunidade cigana em relação à saúde/doença é a sua conceção de saúde como ausência de doença e a doença como um fenómeno “incapacitante” ligado à morte, sendo que o imediatismo está associado à rapidez da resolução dos sintomas (REAP, 2012). No entanto 38% dos inquiridos atribuem este comportamento a outra causa.

As técnicas invasivas do corpo representadas pelas vacinas e intervenções cirúrgicas, são assustadoras e vivenciadas como contaminadoras da comunidade cigana pela comunidade não cigana. Este medo de contaminação é representado simbolicamente pela alimentação hospitalar que muitas vezes é recusada e substituída pela comida que os familiares fornecem ao doente (Silva, 2012). Dos enfermeiros inquiridos 67% atribuiu a não-aceitação de alimentos a hábitos alimentares diferentes e 7% a não gostarem da comida hospitalar. No SUG não é permitida a entrada de alimentos pelos familiares e a não compreensão desta realidade provoca por vezes conflitos.

Para os ciganos a perceção da doença situa-se num registo de tipo mágico-religioso, em que a doença é atribuída ao “mau-olhado”, “maldições” ou “invejas”, “alguém lhe que mal”, com recurso por vezes a práticas alternativas como a atos supersticiosos e a curandeiros (Silva, 2012). Dos inquiridos, 85% revelou conhecimento adequado deste facto.

Para fundamentar a pertinência da área temática, análise do ambiente, identificação de elementos que permitiram estabelecer prioridades e para facilitar o planeamento de

estratégias, definir riscos e problemas a resolver, foi utilizada a Análise SWOT.

Da análise SWOT efetuada, pode-se salientar a importância da oportunidade para os enfermeiros do SUG Do Hospital X de proporcionarem cuidados de enfermagem culturalmente adequados às comunidades ciganas e desta forma respeitar a sua identidade como minoria étnica, contribuindo para a prevenção de possíveis conflitos.

São diversos os fatores que podem influenciar este projeto, como por exemplo o tempo que o enfermeiro tem para atender cada doente e as características do serviço no qual presta cuidados, as características da população que atende, a motivação do enfermeiro e a receptividade à formação que habitualmente é elevada.

Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral (150 palavras)

- Défice de conhecimentos na área da competência cultural.
- Inexistência de documento de acolhimento relativamente ao funcionamento do serviço de urgência vocacionado para indivíduos de etnia cigana.
- Inexistência de profissionais de referência (mediador cultural, elo de ligação ou enfermeiro de referência).
- Linguagem não adaptada às comunidades ciganas, o que conduz a barreiras comunicacionais.

Determinação de prioridades

- Pesquisa bibliográfica.
- Criar guia de acolhimento a fornecer aos indivíduos / familiares de etnia cigana com mensagens escritas e visuais.
- Compilar glossário com termos sobre a cultura cigana.
- Formar a equipa de enfermagem sobre as características e aspetos culturais da comunidade cigana.

Objetivos (geral e específicos, centrados na resolução do problema. Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo):

OBJETIVO GERAL

- Contribuir para a prestação de cuidados de enfermagem culturalmente congruentes aos doentes / famílias de etnia cigana no serviço de urgência do Hospital X.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Criar glossário sobre aspetos e termos culturais da etnia cigana.
- Elaborar um guia de acolhimento.
- Identificar profissionais de referência.
- Formar a equipa de enfermagem.

Referências Bibliográficas (Norma Portuguesa)

Moleiro, Carla e Gonçalves, Marta. Saúde na diversidade: Desenvolvimento de serviços de saúde mental sensíveis à cultura. *Aná. Psicológica*. [online]. set. 2010, vol. 28, nº. 3

[citado 01 Dezembro 2011], p. 505-515. Disponível na World Wide Web:

http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312010000300010&lng=pt&nrm=iso. ISSN 0870-8231.

Collière, M.F. Promover a Vida. Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Edições Técnicas, 1999.

Tavares, António. Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde, 1990.

Hill, Manuela e Hill, Andrew. Investigação por Questionário. Lisboa: Edições Sílabo, 2009.

Data: 19-02-2012

Assinatura: Anabela Pires

APÊNDICE II
ANÁLISE SWOT

ANÁLISE S.W.O.T

		Forças (S)	Fraquezas (W)
Origem dos fatores	Internas	Originalidade do tema	Desmotivação dos enfermeiros
		Recetividade à formação	Etnocentrismo
		Colaboração e apoio da Enfermeira chefe	Indisponibilidade (falta de tempo) dos enfermeiros por sobre carga de trabalho
		Interesse dos enfermeiros em contribuir para a qualidade dos cuidados culturais prestados aos doentes / famílias de etnia cigana	
	Externas	Oportunidades (O)	Ameaças (T)
		Aumentar a satisfação do doente/família de etnia cigana	Pouca recetividade da comunidade cigana
		Definir profissionais de referência	Pouco reconhecimento do enfermeiro de referência
		Criar glossário temático	Pouca recetividade ao guia de acolhimento devido à baixa escolaridade da comunidade cigana
		Elaborar guia de acolhimento	
		Promover a qualidade dos cuidados multiculturais	

APÊNDICE III
QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO

No contexto da frequência do 1º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Instituto Politécnico de Setúbal, encontro-me a desenvolver um Projeto Intervenção em Serviço, subordinado ao tema da multiculturalidade, “Papel do Enfermeiro junto da comunidade cigana”. Neste sentido, através deste questionário pretendo auscultar a opinião dos enfermeiros relativamente ao tema acima mencionado.

O presente documento encontra-se dividido em três partes. A primeira parte pretende caracterizar a equipa de enfermagem do serviço de urgência geral relativamente a aspetos biográficos, habilitações académicas, profissionais e experiência profissional. A segunda pretende conhecer o nível de formação da equipa de enfermagem relativamente à Enfermagem Multicultural e a última auscultar a equipa de enfermagem relativamente ao tema do projeto. Para tal gostaria de contar com a sua colaboração, respondendo a este questionário.

As suas opiniões e experiências são importantes, as respostas são anónimas, confidenciais e para uso exclusivo deste projeto.

Caso assim o entenda, poderei facultar-lhe os resultados obtidos.

Agradeço desde já a colaboração e o tempo despendido. Ao dispor para qualquer esclarecimento, a colega.

Anabela Pires

Parte I

As seguintes questões pretendem caracterizar a equipa de enfermagem do serviço de urgência geral do Hospital X.

Sexo: Masculino Feminino

Idade: _____ (anos)

Habilitações Literárias: _____

Habilitação Académica e Profissional: _____

Anos de atividade profissional: _____ (anos)

Anos de experiência profissional no serviço de urgência: _____ (anos)

Parte II

Esta parte do questionário pretende conhecer o nível de formação no âmbito da enfermagem multicultural da equipa de enfermagem do serviço de urgência geral do Hospital X.

Já fez formação em Enfermagem na área da multiculturalidade?

Sim Não

Se sim, há quanto tempo? _____ (anos) E em que contexto?

Complemento

Pós Graduação

Mestrado

Especialidade

Outros

Parte III

As seguintes perguntas têm como objetivo auscultar a sua opinião relativamente ao papel do Enfermeiro do SUG , junto da comunidade cigana. Pedindo-se que assinale com um X, a alternativa que está mais de acordo com a sua opinião.

1. De acordo com a escala que se segue, qual a importância que atribui a:

1. Nada importante.
2. Pouco importante.
3. Importante.
4. Muito importante.
5. Bastante importante.

a) Existência no SUG de dossiê temático sobre a cultura cigana.	1 2 3 4 5
b) Existência no SUG de Interlocutor de referência que permita informar/ esclarecer o doente/família de etnia cigana.	1 2 3 4 5
c) Existência no SUG de folheto de acolhimento sobre funcionamento e normas do SUG, direcionado às comunidades ciganas.	1 2 3 4 5
d) Realização de formação que lhe permita adquirir conhecimentos acerca da cultura cigana?	1 2 3 4 5

2. Assinale com um **X** a alternativa que ache mais adequada.

a) A pessoa a quem o enfermeiro se deve dirigir em caso de transmissão de más notícias, informações relativamente à doença/hospitalização ou resolução de conflitos, é:

- O familiar mais próximo.

- O homem ou mulher de respeito.

- O “tio”.

b) A pessoa a quem o enfermeiro se deve dirigir em caso de transmissão de informações relacionadas com o tratamento, é:

- A esposa.

- A pessoa mais velha.

- O familiar homem mais próximo.

c) A necessidade que os doentes de etnia cigana têm em ser sempre os primeiros a serem atendidos deve-se a:

- Acharem-se superiores em relação aos gentios (não ciganos).

- Associarem os sintomas a morte

-Não gostarem de esperar.

d) A causa de não aceitação de alimentos preparados pelo hospital deve-se a:

- Hábitos alimentares diferentes.

- Não gostarem da comida hospitalar.

- Receio de contaminação.

e) Para os ciganos a doença deve-se a:

- Contágio.

- “Mau-olhado”, “maldição” ou “invejas”.

- Falta de prevenção da doença.

APÊNDICE IV
PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Ano Lectivo 2011/2012

Exma. Sra. Enf. Coordenadora do Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar Barreiro Montijo – EPE, Enf. Filomena Sanches

Assunto: Pedido de autorização para a aplicação de um questionário aos Enfermeiros, na prestação directa de Cuidados, no Serviço de Urgência Geral – Unidade do Barreiro

Eu, Anabela Carvalho Sequeira Pires, Enfermeira da Instituição supra mencionada, a exercer funções no Serviço de Urgência Geral, com o nº mecanográfico 31238, encontro-me a frequentar o 1º Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgico na Escola Superior de Enfermagem de Setúbal e neste âmbito a realizar um Estágio que irá decorrer no período de 26 de Setembro de 2011 a 28 de Fevereiro de 2012 no Serviço acima citado. Com o objectivo de dar resposta a um dos trabalhos solicitados, pretendo desenvolver um projecto de intervenção no Serviço de Urgência Geral – Unidade Barreiro, na área da Multiculturalidade, “Papel do Enfermeiro junto da Comunidade Cigana”.

Por este motivo venho por este meio solicitar a V. Exª autorização para aplicar um questionário à Equipa de Enfermagem do SUG, Unidade do Barreiro, no sentido de conhecer a opinião dos Enfermeiros relativamente ao tema referido.

Junto em anexo exemplar de questionário a aplicar.

Todos os dados obtidos serão tratados confidencialmente.

Agradecendo antecipadamente a atenção dispensada, aguardo resposta, disponibilizando para qualquer esclarecimento acerca do projecto acima referido.

Barreiro, 09 de Janeiro de 2012

Atenciosamente



Anabela Pires

*É do interesse do
serviço a realização
do estudo
09/2/01/09
enf. Sanches*

APÊNDICE V
CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO

Caro Colega.

Eu, Anabela Carvalho Sequeira Pires, encontro-me a frequentar o 1º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Instituto Politécnico de Setúbal e a estagiar no serviço de urgência.

O meu objetivo é conhecer a opinião da equipa de enfermagem do SUG, acerca do papel do enfermeiro junto da comunidade cigana, através do questionário em anexo.

Deste modo, venho por este meio solicitar a sua participação neste estudo, visto que se trata de um questionário essencial ao meu projeto. Ao assinar este documento, permite que os dados recolhidos possam ser divulgados.

Eu, declaro que participo de forma voluntária no preenchimento do questionário em anexo. Mais declaro que:

- Fui informado acerca:
 - Do autor, âmbito, e objetivo do estudo, e de que a instituição de ensino promotora do estudo é a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal;
 - Da garantia da confidencialidade dos dados, sendo que este é o único documento onde consta a minha identificação.
 - Que posso abandonar a participação no estudo em qualquer altura.
 - Que posso conhecer os resultados, se assim o pretender.

- Autorizo a utilização dos resultados obtidos, no âmbito deste estudo.
- Participo de forma voluntária e esclarecida.

O participante:

Barreiro, _____ de janeiro 2012.

APÊNDICE VI
OPÇÕES METODOLÓGICAS
APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS
DO QUESTIONÁRIO EFETUADO À EQUIPA DE
ENFERMAGEM DO SUG



OPÇÕES METODOLÓGICAS
APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS DO
QUESTIONÁRIO À EQUIPA DE ENFERMAGEM DO
SUG

Professora orientadora_
Enfermeira Elsa Monteiro

Enfermeiro orientadora_
Teresa Lourenço

Enfermeira co-orientadora_
Natália Pereira

Realizado por_ Anabela Pires #03,
estudante do 1º Mestrado
em Enfermagem Médico - Cirúrgica

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n.º 1. Distribuição da amostra por género – enfermeiros	10
Gráfico n.º 2. Distribuição da amostra por idade – enfermeiros	10
Gráfico n.º 3. Distribuição da amostra por habilitações literárias – enfermeiros	10
Gráfico n.º 4. Distribuição da amostra por habilitações académicas e profissionais – enfermeiros	11
Gráfico n.º 5. Distribuição da amostra por anos de atividade profissional	11
Gráfico n.º 6. Distribuição da amostra por anos de experiência profissional no SUG	12
Gráfico n.º 7. Gráfico representativo da formação realizada na área da enfermagem multicultural pela equipa de enfermagem do SUG	13
Gráfico n.º 8. Distribuição, em anos, de há quanto tempo os enfermeiros do SUG não realizam formação na área da enfermagem multicultural	13
Gráfico n.º 9. Gráfico representativo do contexto em que os enfermeiros do SUG fizeram formação	14
Gráfico n.º 10. Gráfico representativo da importância que os enfermeiros do SUG atribuem à existência de dossiê temático no SUG sobre a cultura cigana	15
Gráfico n.º 11. Gráfico representativo da importância que os enfermeiros do SUG atribuem à existência no SUG de interlocutor de referência	15
Gráfico n.º 12. Gráfico representativo da importância que os enfermeiros do SUG atribuem à existência no SUG de folheto de acolhimento	16
Gráfico n.º 13. Gráfico representativo da importância que os enfermeiros do SUG atribuem há realização de formação acerca da cultura cigana	16
Gráfico n.º 14. Gráfico representativo do conhecimento da pessoa a quem o enfermeiro se deve dirigir em caso de transmissão de más notícias, informações relativamente à doença/hospitalização ou resolução de conflitos	17
Gráfico n.º 15. Gráfico representativo do conhecimento dos enfermeiros acerca da necessidade que os doentes de etnia cigana têm em ser sempre os primeiros a serem atendidos	18
Gráfico n.º 16. Gráfico representativo do conhecimento dos enfermeiros acerca da causa de não-aceitação de alimentos preparados pelo hospital	18
Gráfico n.º 17. Conhecimento dos enfermeiros acerca das causas da doença para os doentes de etnia ciganos	19

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela n.º1. Estatística descritiva	12
---	----

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	5
1. OBJETIVOS DE ESTUDO	5
2. TIPO DE ESTUDO	5
3. DEFINIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO	6
4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	7
4.1. QUESTÕES ÉTICAS	8
4.2. PRÉ TESTE	9
4.3. LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS	9
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	9
CONCLUSÃO	20

INTRODUÇÃO

Para a definição do problema referente ao projeto de intervenção em serviço, foi necessário recolher dados objetivos, não bastando a percepção adquirida durante a fase de diagnóstico. Para a consolidação do estudo foi utilizado como ferramenta diagnóstica o questionário, que permitiu a análise mais sistematizada do problema e fundamentação do mesmo de acordo com a realidade.

Este trabalho tem como finalidade a apresentação e análise dos resultados do questionário efetuado aos enfermeiros do SUG do Hospital X, realizado no âmbito de estágio I e II do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, sob orientação de estágio da enfermeira TL e enfermeira co orientadora NP e professora EM.

1. OBJETIVOS DE ESTUDO

O estudo teve como objetivo conhecer o nível de formação da equipa de enfermagem do SUG do Hospital X relativamente à enfermagem multicultural e auscultar a opinião dos mesmos relativamente ao tema do projeto de intervenção em serviço “Papel do enfermeiro junto da comunidade cigana”.

A pessoa, individuo, família, comunidade, não podem ser dissociadas da sua componente cultural, alguns comportamentos e práticas de saúde/doença da população, são em grande parte determinados e definidos pela sua cultura, o conhecimento da herança sócio-cultural dos indivíduos é fundamental para que lhes seja garantida a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

2. TIPO DE ESTUDO

No sentido de obtermos uma compreensão do problema em estudo seleccionamos o questionário enquanto ferramenta diagnóstica, que nos permitiu colher dados de forma sistemática e quantificável. As questões foram construídas com o objetivo de colhermos informação factual sobre os indivíduos ou as situações conhecidas dos indivíduos (Fortin, 1999). Procuramos estar atentos à

clareza, ausência de tendenciosidade e nível de leitura, as perguntas foram formuladas com o objetivo de estimular a colaboração e a franqueza (Polit & Hungler, 1995). Foi construído um questionário de perguntas fechadas, composto por três blocos temáticos:

- O primeiro pretendia caracterizar a equipa de enfermagem do serviço de urgência geral relativamente a aspetos biográficos, habilitações académicas, profissionais e experiência profissional.
- O segundo pretendia conhecer o nível de formação da equipa de enfermagem do serviço de urgência geral no âmbito da enfermagem multicultural.
- O terceiro conhecer a opinião da equipa de enfermagem relativamente ao papel do enfermeiro do SU junto da comunidade cigana.

A elaboração do questionário foi efetuada durante o mês de dezembro de 2011, revisto por professora EM enfermeira orientadora, enfermeira coorientadora e corrigido até à versão definitiva.

Foi efetuado pedido de autorização para realização do estudo à enfermeira coordenadora do SUG, onde constava identificação do aluno e esclarecimento da temática em apreço, a este pedido juntou-se exemplar do instrumento de colheita de dados.

Após ter sido recebido parecer favorável do órgão de gestão e após ter sido realizado o pré teste, deu-se início à aplicação dos questionários no período de 9 a 14 de janeiro de 2012, que foram distribuídos 55 questionários a enfermeiros do SUG e recolhidos 53.

3. DEFINIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO.

Fortin (1999, p. 373) define população como *“conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação”*.

Como participantes do estudo consideramos os enfermeiros que exercem funções no SUG Barreiro, na prestação direta de cuidados aos doentes e que se mostraram disponíveis a participar no mesmo.

Fortin (1999, p. 203) define amostra como *“um subconjunto duma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população”*.

A constituição de uma amostra envolve um processo de seleção que se denomina de amostragem.

Optamos por selecionar uma amostra não probabilística de conveniência, pois tal como refere Carmo e Ferreira (1998, p. 197) “na amostragem de conveniência utiliza-se um grupo de indivíduos que esteja disponível”, tendo obedecido a seleção da amostra aos seguintes critérios de inclusão:

- Enfermeiros de ambos os sexos, que prestam cuidados diretos aos doentes.
- Que estejam interessados em participar no estudo.

4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Os dados foram tratados informaticamente recorrendo ao programa *Excel*.

Para sistematizar e relevar a informação fornecida pelos dados sócio demográficos utilizou-se a estatística descritiva e analítica, nomeadamente, medidas de tendência central:

- Moda (\hat{x}) que se define como o valor que encerra o maior número de observações ou seja o que ocorre com maior frequência.
- Média aritmética (\bar{x}) que consiste no quociente da soma dos valores observados pelo número de observações registadas
- Mediana (\tilde{x}) que é uma medida de tendência central, um número que caracteriza as observações de uma determinada variável (Faria & Azevedo, 2010)

Para Reis (1996, p. 15) “A estatística descritiva consiste na recolha, análise e interpretação de dados numéricos através da criação de instrumentos adequados: quadros, gráficos e indicadores numéricos” e Hout (2002, p. 60) acrescenta que este tipo de estatística consiste num “conjunto das técnicas e das regras que resumem a informação recolhida sobre uma amostra ou uma população, e isso sem distorção nem perda de informação”.

4.1. QUESTÕES ÉTICAS.

Ao realizarmos este projeto, foi nossa intenção respeitar os princípios éticos e deontológicos. Foi efetuado pedido de autorização para realização do estudo à enfermeira coordenadora do SUG do Hospital X, com esclarecimento da temática em estudo. Foram levados em consideração os princípios éticos que salvaguardam os direitos e a dignidade humana, Fortin (1999, p. 116) refere que se devem “(...) *tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdade das pessoas que participam nas investigações*”. “*Na persecução de aquisição de conhecimentos, existe um limite que não deve ser ultrapassado: este limite refere ao respeito pela pessoa (...)*”, (Fortin, 1999, p. 113).

Neste sentido foram inseridas neste trabalho as preocupações éticas consideradas e referidas no relatório Belmont, em que se articulam três princípios éticos, “*nos quais se baseiam os padrões de conduta ética em pesquisa: Beneficência, Respeito à Dignidade Humana e Justiça*”, (Polit & Hungler, 1995, p. 295).

O primeiro refere que “(...) *acima de tudo não causar dano*”, Polit (1995, p. 295) e inclui vertentes múltiplas como a proteção dos sujeitos contra danos físicos e psicológicos.

O princípio do respeito pela dignidade humana inclui o direito à autodeterminação e o respeito que os sujeitos do estudo nos merecem “(...) *respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino*”, (Fortin, 1999, p. 116). Neste estudo foi aplicado consentimento informado aos enfermeiros que responderam ao questionário, a esclarecer os objetivos, a natureza do estudo, da liberdade de participar nele ou não e do direito de recusar em qualquer momento a participação no mesmo. O sujeito tem “(...) *direito de se retirar a qualquer momento do estudo no qual consentiu previamente*”, (Fortin, 1999, p. 116).

O princípio da justiça que garante “(...) *direito a receber um tratamento justo e equitativo, antes, durante e após a sua participação num estudo*”, Polit (1995, p. 300). Respeitando este princípio foi assegurada a privacidade dos sujeitos envolvidos e o anonimato, a confidencialidade dos dados e a garantia de sigilo que implica que a informação obtida não será revelada publicamente e que as informações não serão utilizadas para outros fins. “*Os sujeitos possuem o direito de esperar que qualquer dado colectado durante o desenrolar de um estudo seja mantido no mais absoluto sigilo (...) o anonimato ocorre quando até mesmo o pesquisador não é capaz de associar um sujeito aos dados sobre ele*”, (Polit & Hungler, 1995, p. 300).

4.2. PRÉ TESTE

De acordo com Polit & Hungler (1995, p. 65) "(...) *um pré teste constitui uma tentativa para que se determine, o quanto possível, se o instrumento está enunciado de uma forma clara, livre das principais tendências e além disso, se ele solicita o tipo de informação que se deseja.*"

No início do mês de janeiro foram aplicados pré testes a três enfermeiros especialistas para verificar se as questões estavam explícitas e de acordo com os objetivos predefinidos. Após pré teste, realizaram-se correções ortográficas na Parte II do questionário e por se verificarem dúvidas em relação ao conteúdo da pergunta 2.b), optou-se por anular a respectiva questão.

4.3. LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS

Em qualquer estudo que se realize há sempre limitações, segundo Polit (1995, p. 17) "(...) *não somos capazes de obter estudos perfeitamente delineados e executados (...)*" e estas limitações podem condicionar os resultados obtidos, pelo que não podem ser ignorados.

As principais limitações encontradas foram:

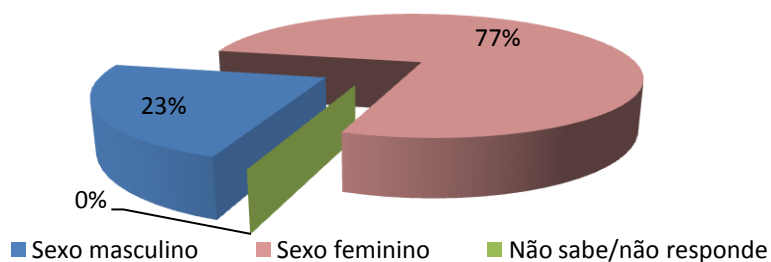
- Inexperiência do Investigador.
- Escassez de literatura.
- Limitações de ordem temporal.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Parte I

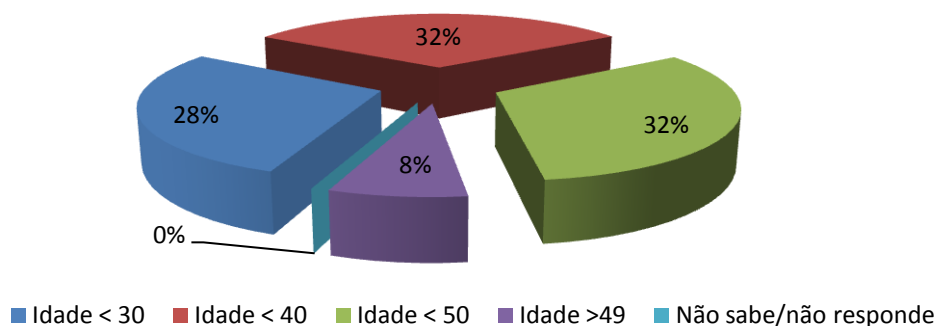
A parte I do questionário pretendia caracterizar seis parâmetros: sexo, idade, habilitações literárias, habilitações académicas e profissionais, anos de atividade profissional e anos de experiência profissional no serviço de urgência. Assim da amostra obtida verifica-se predominância de enfermeiros de sexo feminino (77%) em relação ao sexo masculino (23%).

Gráfico n.º 1. Distribuição da amostra por género – enfermeiros



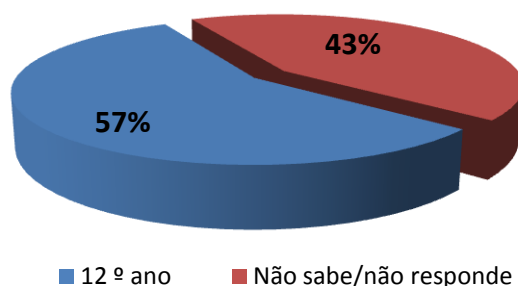
Dos enfermeiros inquiridos 28% têm menos de 30 anos, 32% têm entre 30 a 40 anos, 32% entre os 40 a 50 anos e 8% acima dos 50 anos. Existe uma maior percentagem de enfermeiros com idades compreendidas entre os 30 e 50 anos

Gráfico n.º 2. Distribuição da amostra por idade – enfermeiros



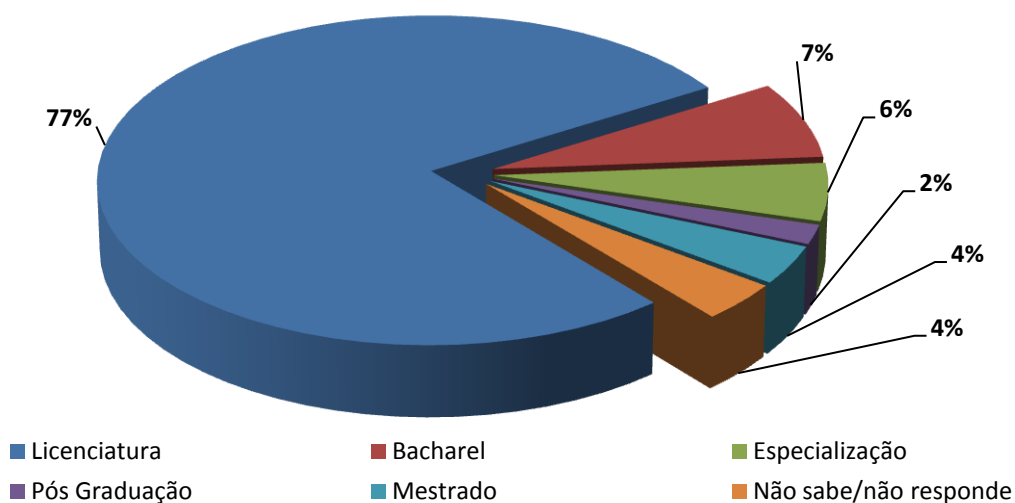
Relativamente às habilitações literárias dos enfermeiros, constata-se que 57% dos inquiridos têm o 12º ano de escolaridade e que os restantes 43% não responderam à pergunta.

Gráfico n.º 3. Distribuição da amostra por habilitações literárias – enfermeiros



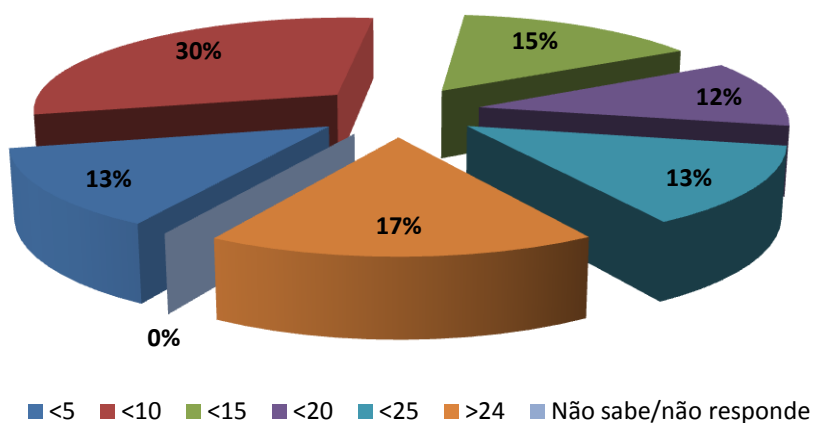
Quando questionados relativamente às habilitações académicas, podemos inferir que 89% dos inquiridos são licenciados em enfermagem, 7% têm o curso de bacharelato em enfermagem e 4% não responderam, dos enfermeiros licenciados 6% são especialistas, 4% tem o curso de mestrado, 2% têm pós graduações.

Gráfico n.º 4. Distribuição da amostra por habilitações académicas e profissionais – enfermeiros



Dos enfermeiros inquiridos, podemos inferir que os anos de experiência profissional oscilam entre os 2 e os 37 anos, verifica-se uma maior incidência nos intervalos entre os 5 e os 10 anos.

Gráfico n.º 5. Distribuição da amostra por anos de atividade profissional



Relativamente aos anos de experiência profissional no SUG do Barreiro, podemos concluir que os enfermeiros apresentam em média 13 anos de experiência profissional.

Gráfico n.º 6. Distribuição da amostra por anos de experiência profissional no SUG

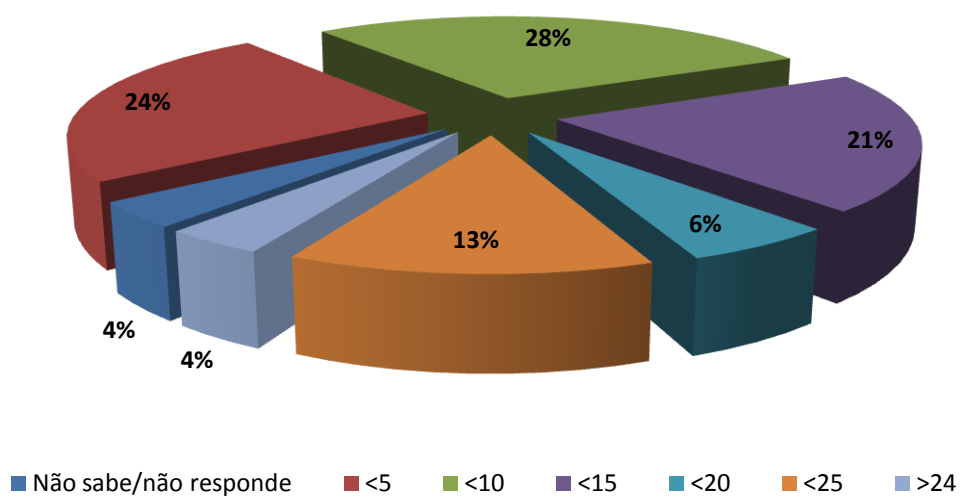


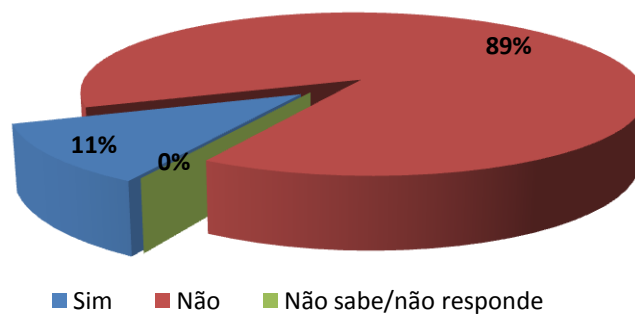
Tabela n.º1. Estatística descritiva

	Idade	Anos atividade profissional	Anos experiência profissional SUG
Média	36	13	9
Moda	31	5	13
Mediana	35	12	7
Mínimo	24	2	0
Máximo	57	37	27

PARTE II

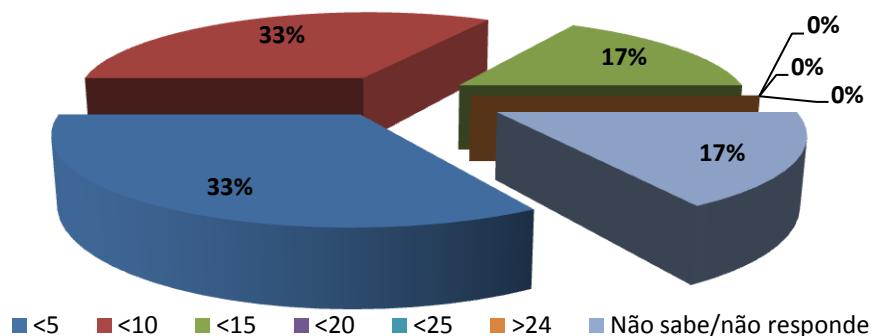
A Parte II, pretendia conhecer o nível de formação da equipa de enfermagem relativamente à enfermagem multicultural, e era constituída por duas questões. Assim, quando questionados os enfermeiros relativamente ao seu grau de formação no âmbito da enfermagem multicultural, podemos inferir que 89% nunca fez formação na área.

Gráfico n.º 7. Gráfico representativo da formação realizada na área da enfermagem multicultural pela equipa de enfermagem do SUG



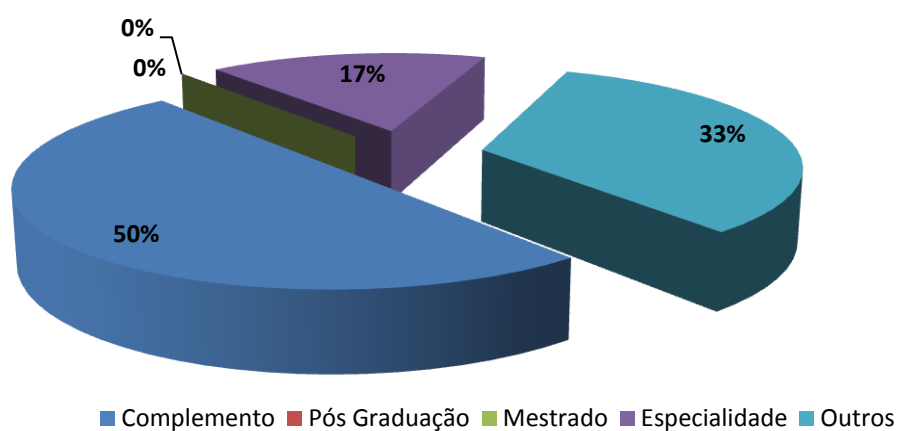
Quando questionados há quanto tempo é que realizaram a formação na área supracitada, dos 11% que realizaram formação, 33% realizou entre 5 e 10 anos e em igual percentagem há menos de 5 anos.

Gráfico n.º 8. Distribuição, em anos, de há quanto tempo os enfermeiros do SUG não realizam formação na área da enfermagem multicultural



Dos 11% dos enfermeiros que fizeram formação na área da enfermagem multicultural, 50% realizou-a em contexto de Complemento e 17% em contexto de Especialidade e os restantes 33% em outros contextos não especificados.

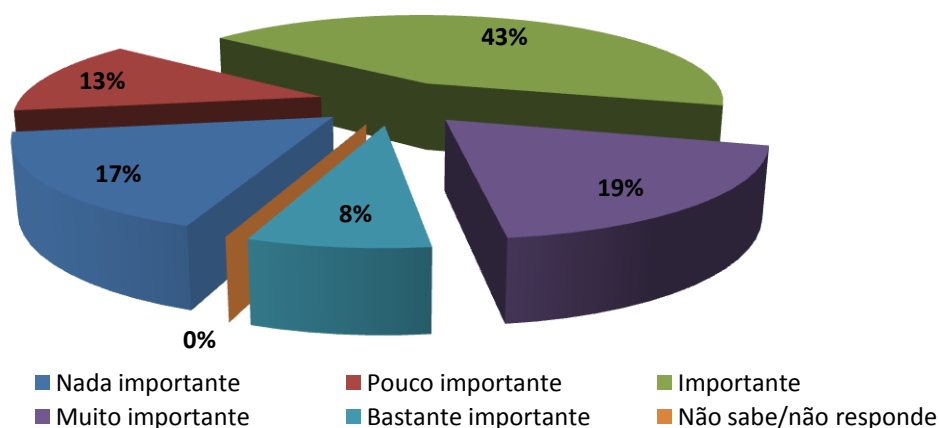
Gráfico n.º 9. Gráfico representativo do contexto em que os enfermeiros do SUG fizeram formação



PARTE III

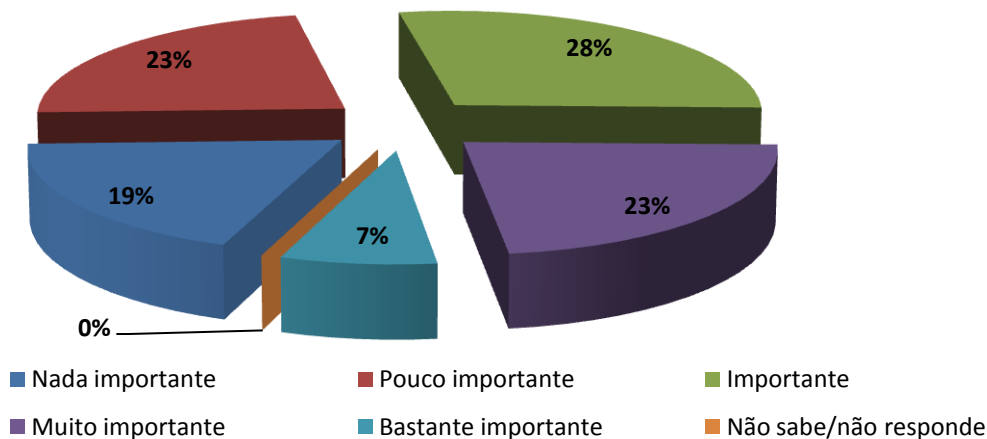
Na última parte do questionário, pretendia-se auscultar a opinião dos enfermeiros do SUG do Hospital X relativamente ao papel do enfermeiro junto da comunidade cigana. Assim, quando colocada a questão qual a importância que os enfermeiros do SUG atribuem à existência de dossiê temático no SUG sobre a cultura cigana, 19% respondeu muito importante e 43% importante.

Gráfico n.º 10. Gráfico representativo da importância que os enfermeiros do SUG atribuem à existência de dossiê temático no SUG sobre a cultura cigana



No que concerne ao grau de importância que os enfermeiros atribuem à existência no SUG de interlocutor de referência, 7% dos inquiridos consideram bastante importante, 23% muito importante e 28% dos inquiridos considera importante.

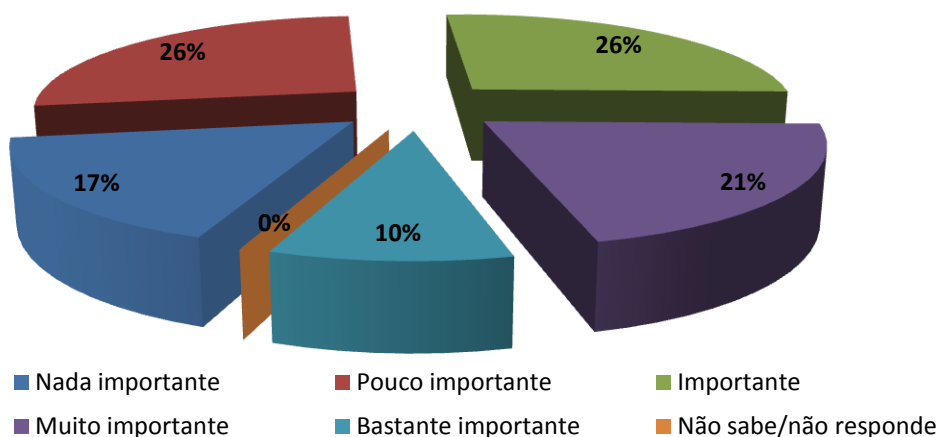
Gráfico n.º 11. Gráfico representativo da importância que os enfermeiros do SUG atribuem há existência no SUG de interlocutor de referência



Quando inquiridos de qual a importância que os enfermeiros do SUG atribuem à

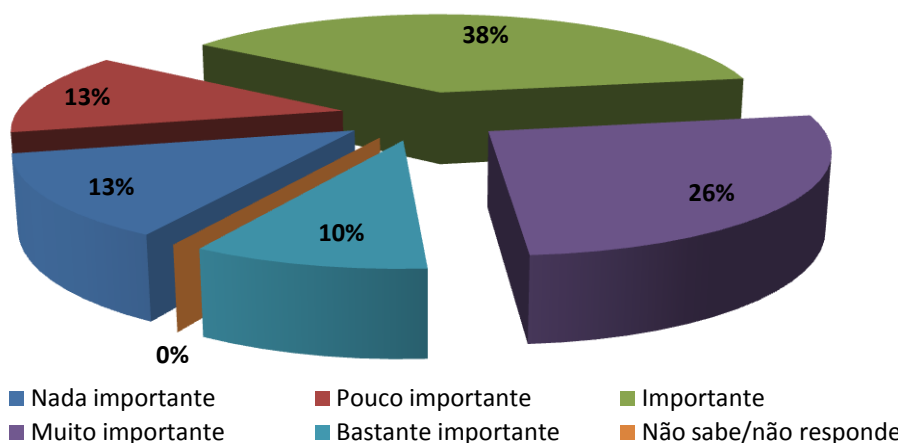
existência no SUG de folheto de acolhimento, verifica-se que 10% dos enfermeiros consideram bastante importante, 21% dos inquiridos consideram muito importante e 26% dos inquiridos considera importante.

Gráfico n.º 12. Gráfico representativo da importância que os enfermeiros do SUG atribuem á existência no SUG de folheto de acolhimento



No que respeita à questão sobre a importância que os enfermeiros do SUG atribuem à realização de formação acerca da cultura cigana, 10% consideram bastante importante, 26% dos inquiridos consideram muito importante e 38% considera importante.

Gráfico n.º 13. Gráfico representativo da importância que os enfermeiros do SUG atribuem há realização de formação acerca da cultura cigana

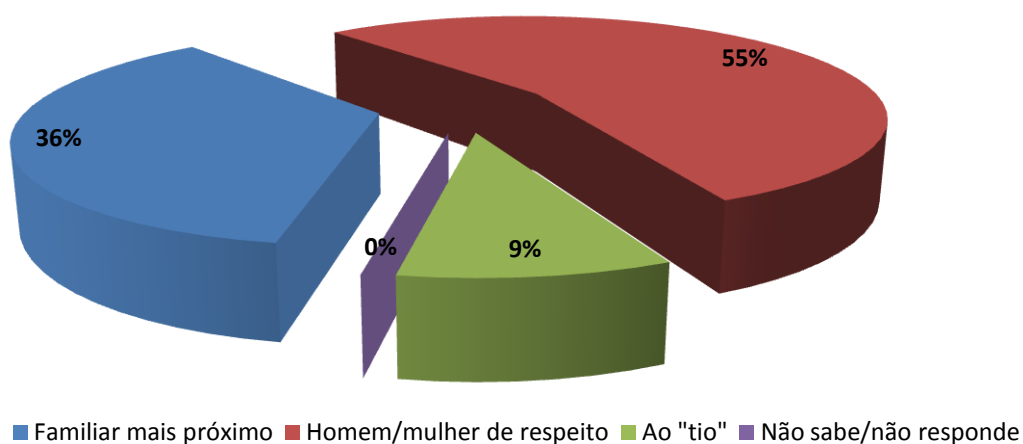


Relativamente à questão de qual a pessoa a quem o enfermeiro se deve dirigir em caso

de transmissão de más notícias, informações relativamente à doença/hospitalização ou resolução de conflitos, cerca de 55% dos enfermeiros indicaram o Homem ou Mulher de respeito como a quem dirigir-se em caso de interação, só 9% responderam como sendo o “tio” e 36% responderam ao familiar mais próximo.

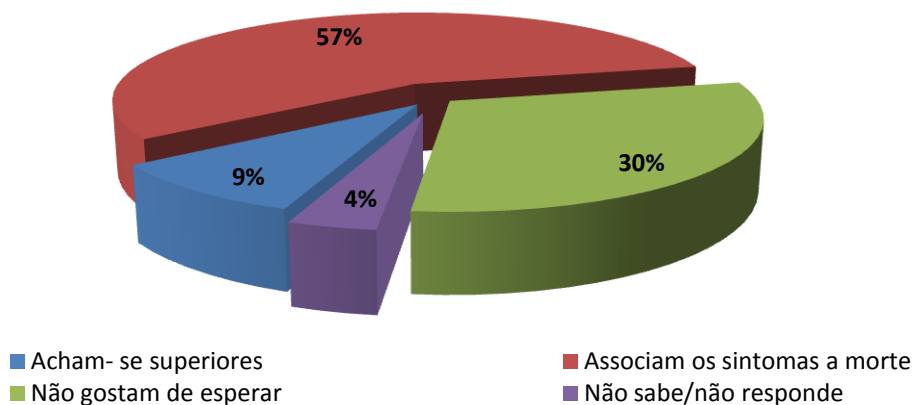
Os ciganos sempre trataram os ciganos mais velhos por “tio” ou “tia”, como forma carinhosa e próxima de se dirigirem á pessoa que pelo seu passado e experiência de vida deve ser respeitado e ouvido. O enfermeiro deve dirigir-se a este, enquanto máxima autoridade do grupo presente. Cabe aos Homens de respeito (Homens de entre os mais velhos, eleitos entre as várias comunidades) a aplicação da lei cigana, resultante de ao longo da vida terem agido com honra e respeito (Miguel C. M., 2012).

Gráfico n.º 14. Gráfico representativo do conhecimento da pessoa a quem o enfermeiro se deve dirigir em caso de transmissão de más notícias, informações relativamente à doença/hospitalização ou resolução de conflitos



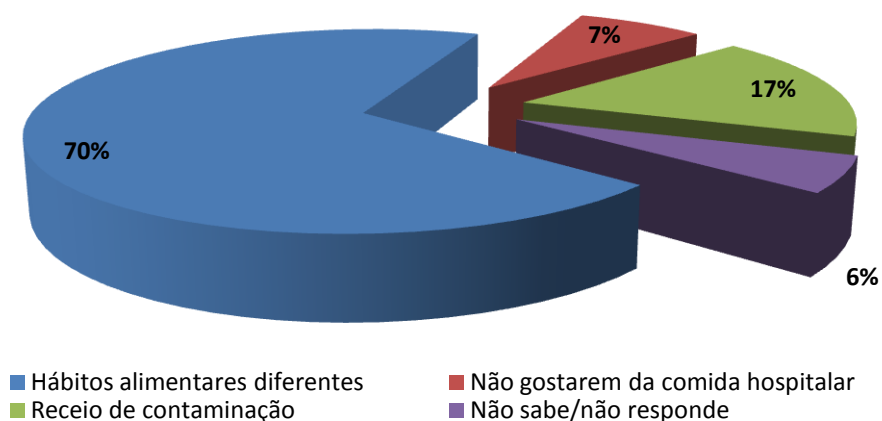
No que concerne à necessidade que os doentes ciganos têm em ser sempre os primeiros a serem atendidos, 57% dos enfermeiros responderam que os doentes associam os sintomas à morte, denotando um conhecimento adequado. Um dos aspetos relevantes da comunidade cigana em relação à saúde/doença é a sua conceção de saúde como ausência de doença e a doença como um fenómeno “incapacitante” ligado à morte, sendo que o imediatismo está associado à rapidez da resolução dos sintomas (Fundación Secretariado Gitano, 2007). No entanto 39% dos inquiridos atribuem este comportamento a outra causa.

Gráfico n.º 15. Gráfico representativo do conhecimento dos enfermeiros acerca da necessidade que os doentes de etnia cigana têm em ser sempre os primeiros a serem atendidos



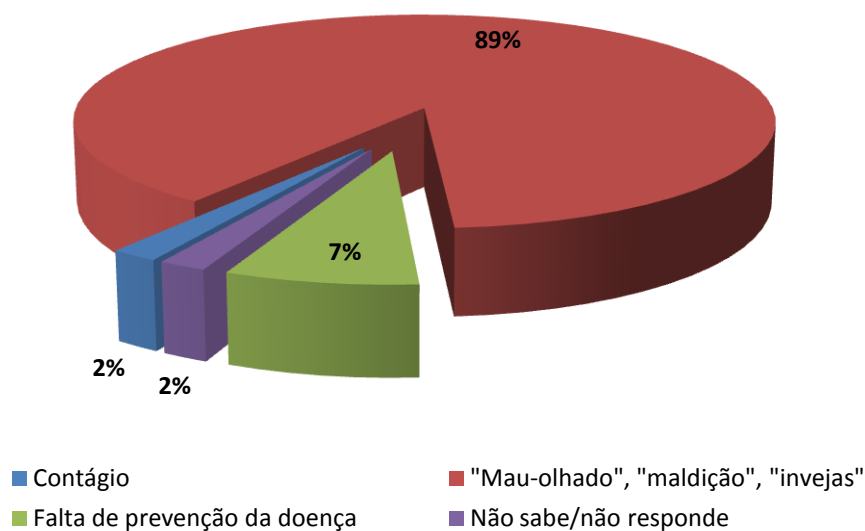
As técnicas invasivas do corpo, representadas pelas vacinas e intervenções cirúrgicas, são assustadoras e vivenciadas como contaminadoras da comunidade cigana, pela comunidade não cigana. Este medo de contaminação, é representado simbolicamente pela alimentação hospitalar que muitas vezes é recusada e substituída pela comida que os familiares fornecem ao doente (Silva L. , 2001). Dos enfermeiros inquiridos 70% atribuiu a não-aceitação de alimentos a hábitos alimentares diferentes e 7% a não gostarem da comida hospitalar. Só 17% denotaram conhecimento adequado acerca das causas de não-aceitação de alimentos. No SUG não é permitida a entrada de alimentos pelos familiares e a não compreensão desta realidade provoca por vezes conflitos.

Gráfico n.º 16. Gráfico representativo do conhecimento dos enfermeiros acerca da causa de não-aceitação de alimentos preparados pelo hospital



Para os ciganos a perceção da doença situa-se num registo de tipo mágico religioso, em que a doença é atribuída ao “mau-olhado”, “maldições” ou “invejas”, “alguém lhe quer mal”, com recurso por vezes a práticas alternativas como a atos supersticiosos e a curandeiros (Silva L. , 2001). Dos inquiridos 89% respondeu que os ciganos atribuem como causa de doença “mau-olhado”, “maldição” e “invejas”, 7% a falta de prevenção da doença, 2% a contágio e 2% não responde.

Gráfico n.º 17. Conhecimento dos enfermeiros acerca das causas da doença para os doentes de etnia ciganos



CONCLUSÃO

A amostra dos enfermeiros é constituída maioritariamente por enfermeiros do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 24 e os 57 anos.

Têm entre 2 e 37 anos de serviço com uma média de 13 anos de atividade profissional.

São maioritariamente licenciados (89 %) e trabalham no SUG entre 1 e 27 anos.

Dos inquiridos, 89% nunca fez formação em enfermagem na área da multiculturalidade, atribuindo importância e receptividade à criação de dossiê temático (70%) e guia de acolhimento (57%) assim como à existência de interlocutor de referência (70%) que permita informar/esclarecer o doente/família de etnia cigana, 74% dos inquiridos consideram também importante a realização de formação que lhes permitam adquirir conhecimentos acerca da cultura cigana.

Cerca de 55% dos enfermeiros indicaram o Homem ou Mulher de respeito como a quem dirigir-se em caso de interação, só 9% responderam como sendo o “tio” e 36% responderam ao familiar mais próximo. Dos dados infere-se que os enfermeiros têm a perceção necessária para a intervenção, mas não há dados que permitam a avaliação do conhecimento acerca do papel de cada membro dentro da comunidade cigana.

Da observação dos resultados pode-se verificar que os enfermeiros inquiridos demonstram algum conhecimento acerca da cultura cigana, nomeadamente em relação à forma como a comunidade cigana percebe as causas da doença e o motivo pelo qual têm a necessidade de ser sempre os primeiros a serem atendidos quando recorrem aos serviços de saúde. Em situações mais específicas como a alimentação é necessário uma sensibilização dos enfermeiros do SUG do Hospital X para as particularidades culturais dos doentes/famílias de etnia cigana.

APÊNDICE VII
QUADRO RESUMO DO PLANEAMENTO DO
PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO (PIS)

Planeamento do Projeto	
Estudante: Anabela Carvalho Sequeira Pires	Orientador: Enfermeira Especialista Teresa Lourenço
Instituição: Hospital X	Serviço: Urgência Geral
Título do Projeto:	
<p>Objetivos (geral específicos, centrados na resolução do problema. Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo, <u>já discutidos com o professor e o orientador</u>):</p> <p><u>OBJETIVO GERAL</u></p> <p>Contribuir para a prestação de cuidados de enfermagem culturalmente congruentes aos doentes / famílias de etnia cigana, no serviço de Urgência do Hospital X.</p> <p><u>OBJETIVOS Específicos</u></p> <p>Criar Glossário temático sobre aspetos e termos culturais da etnia cigana.</p> <p>Elaborar um guia de acolhimento destinado aos doentes/ famílias de etnia cigana do SUG.</p> <p>Formar a equipa de enfermagem.</p> <p>Identificar profissional de referência para a comunidade cigana e descrever as suas competências.</p>	
<p>Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção (chefia direta, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)</p>	

Enfermeira Tutora, Sr.^a Enfermeira T. L.

Enfermeira coordenadora do Serviço de Urgência do CHBM- unidade Barreiro, Sr.^a Enfermeira F. S.

Enfermeiras Responsáveis por Formação em Serviço do Serviço de Urgência: Sr.^a Enfermeira D. P., Sr.^a Enfermeira N. P.

Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência.

Data: _____ / _____ / _____

Assinatura: _____

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
Criar Glossário temático sobre aspetos e termos culturais da etnia cigana.	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica sobre o tema. • Elaboração do Glossário temático. • Reunião com Enfermeira coordenadora do Serviço de Urgência, enfermeira responsável de formação em serviço, Enfermeira orientadora e co-orientadora, para apresentação do Glossário e eventuais sugestões e/ou correções e auscultar a equipa de enfermagem. • Proceder a eventuais alterações sugeridas e ou necessárias ao Glossário temático. • Pedido de aprovação à enfermeira coordenadora do SUG. • Proceder à impressão do Glossário. • Apresentação e Divulgação do Glossário no momento da formação a realizar de acordo com quarto objetivo. • Pedido de aprovação à administração hospitalar. 	<p>Enfermeira responsável do Serviço de Urgência.</p> <p>Enfermeira orientadora e co-orientadora.</p> <p>Enfermeiras responsáveis por formação em serviço.</p> <p>Equipa de Enfermagem do SUG.</p> <p>Enfermeira orientadora e co-</p>	<p>Material bibliográfico: Livros e Revistas Científicas.</p> <p>Monografias Publicações Periódicas</p> <p>Material informático: Sites Científicos Motores de busca Computador</p> <p>Material</p>	<p>De Outubro de 2011 a Maio de 2012</p> <p>Junho de 2012</p> <p>De outubro</p>	<p>Glossário temático</p> <p>Formação em serviço</p> <p>Guia de</p>
Elaborar um guia de	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica sobre o tema e guias de 				

<p>acolhimento destinado aos doentes/ famílias de etnia cigana do SUG.</p>	<p>acolhimento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização de esboço de guia de acolhimento. • Reunião com Enfermeira coordenadora do Serviço de Urgência e enfermeira responsável de formação em serviço, Enfermeira orientadora e co- orientadora, para apresentação do Guia de Acolhimento e eventuais sugestões e /ou correções. • Proceder a eventuais alterações sugeridas e ou necessárias ao Guia de Acolhimento. • Pedido de aprovação à enfermeira coordenadora do SUG. • Encontros informais com responsáveis de equipa e enfermeiros para recolha de sugestões do Guia de Acolhimento durante a passagem de turno. • Apresentação e Divulgação do Guia no momento da formação a realizar de acordo com o quarto objetivo. 	<p>orientadora. Enfermeira responsável por serviço de urgência. Enfermeiras responsáveis por formação. Equipa de Enfermagem do SUG.</p>	<p>bibliográfico: Livros e Revistas Cientificas. Monografias Publicações Periódicas Material informático: Sites Científicos Motores de busca Computador</p>	<p>de 2011 a Maio de 2012</p> <p>Junho de 2012</p>	<p>Acolhimento destinado aos doentes e familiares de etnia cigana do SUG do Hospital X.</p>
<p>Formar a equipa de enfermagem.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica sobre etnia cigana • Reunião com enfermeira coordenadora do SUG e enfermeiras responsáveis por formação, para 	<p>Enfermeira coordenadora do SUG.</p>	<p>Material bibliográfico:</p>	<p>De Outubro a junho</p>	<p>Ação de formação.</p>

	<p>discussão de aspetos relacionados com a ação de formação.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reunião com enfermeira orientadora e co-orientadora para discussão de aspetos relacionados com a ação de formação. • Planeamento de ação de formação no SUG • Fazer plano de sessão. • Construir slides. • Realizar cartaz de divulgação de ação de formação, • Marcar data de sessão em articulação com enfermeira responsável por formação • Divulgar a ação de formação através de cartaz afixado em placard existente no gabinete de enfermagem com a seguinte informação: Tema da formação, data, hora, local, tempo previsto, grupo destinatário e nome do formador. • Realizar ação de formação. • Apresentar Guia de Acolhimento, Glossário temático e dossiê temático sobre a morte e o luto realizado no âmbito do PAC, no momento de ação de formação. 	<p>Enfermeira orientadora e coorientadora.</p> <p>Enfermeiras responsáveis por formação em serviço.</p> <p>Enfermeiros do serviço de urgência geral.</p>	<p>Livros e Revistas Científicas.</p> <p>Monografias Publicações Periódicas</p> <p>Material informático: Sites Científicos Motores de busca Computador</p> <p>Projektor.</p> <p>Sala de reuniões do SUG.</p>	<p>de 2012</p>	<p>Plano de sessão.</p> <p>Slides da ação de formação.</p> <p>Cartaz da ação de formação</p> <p>Dossiê temático sobre a morte e o luto</p>
--	--	--	--	----------------	--

<p>Identificar profissional de referência para a comunidade cigana e descrever as suas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proceder ao tratamento de dados da avaliação. • Participação em Seminário Internacional dia 15 de março de 2012, submetido ao tema “Ciganos Portugueses, Olhares Plurais e Novos Desafios numa Sociedade em Transição”. <ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica sobre o tema. • Elaboração de guião de entrevista semi estruturada a mediador sócio cultural de Hospital Pediátrico. • Visita ao Hospital Pediátrico com a finalidade de 	<p>Enfermeira responsável por serviço de urgência geral.</p> <p>Enfermeiras chefes</p>	<p>Material bibliográfico: Livros e Revistas Científicas. Monografias</p>	<p>Março de 2012</p> <p>De outubro de 2011 a junho de 2012</p>	<p>Guia de acolhimento Glossário temático Resultados de tratamento de dados da avaliação da ação de formação.</p> <p>Quadro de Descrição de Competências.</p>
--	---	--	---	---	--

competências.	<p>conhecer o papel do mediador cultural para os doentes de etnia cigana e as estratégias de resolução de conflitos, entrevista semi estruturada a mediador cultural da instituição.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reunião com Enfermeira coordenadora do Serviço de Urgência e enfermeira responsável de formação em serviço, Enfermeira orientadora e co- orientadora e enfermeiros chefes de equipa, para criação do profissional de referência. • Criação do profissional de referência para a comunidade cigana. • Elaboração de documento orientador sobre as funções e competências do profissional de referência. • Apresentar/discutir quadro de competências com o grupo de interlocutores. • Proceder a correções. • Dar a conhecer o profissional de referência à equipa de enfermagem durante a formação em serviço a realizar para concretização do quarto objetivo. 	de equipa. Mediador cultural de Hospital Pediátrico.	Publicações Periódicas Material informático: <i>Sites Científicos</i> Motores de busca Computador		Guião de entrevista
---------------	---	---	---	--	---------------------

	<ul style="list-style-type: none"> • Reunião com Enfermeira coordenadora do Serviço de Urgência, enfermeira responsável de formação em serviço e enfermeiros responsáveis de equipa (grupo de interlocutores) para apresentação do documento orientador e eventuais sugestões e/ou correções. 				
<p>Orçamento:</p> <p><u>Recursos Materiais:</u> Gastos com impressão de Guia de acolhimento e Glossário Temático.</p> <p><u>Recursos Humanos:</u> Não se preveem gastos adicionais.</p>					

Data ___/___/_____

Assinatura: _____

Docente: _____

APÊNDICE VIII
CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DO PIS

APÊNDICE IX
GLOSSÁRIO TEMÁTICO

GLOSSÁRIO TEMÁTICO

Realizado por Anabela Pires, estudante do 1º curso de Mestrado
em Enfermagem Médico - Cirúrgica

Professora Orientadora_ Enfermeira Elsa Monteiro
Enfermeira Orientadora_ Teresa Lourenço



GLOSSÁRIO TEMÁTICO

Realizado por Anabela Pires, estudante do 1º curso de Mestrado
em Enfermagem Médico - Cirúrgica

Professora Orientadora_ Enfermeira Elsa Monteiro

Enfermeira Orientadora_ Teresa Lourenço

BREVE NOTA INTRODUTÓRIA

Este Glossário foi construído com a finalidade de partilhar com os enfermeiros do SUG do Hospital X alguns conceitos e termos linguísticos da cultura cigana com o objetivo de melhorar o conhecimento acerca desta comunidade. O conhecimento dos códigos culturais que estas comunidades apresentam como por exemplo a linguagem, as tradições e os costumes é uma condição importante para o reforço da interculturalidade nos serviços de saúde.

Na Península Ibérica os ciganos falam entre si uma língua chamada Caló que tem a mesma origem histórica que é o Romanó, embora existam variações linguísticas entre os vários grupos de ciganos, o Romanó ou Caló, é o termo pelo qual os ciganos de Portugal designam a sua língua que corresponde segundo (Coelho, 1995) ao *“Espanhol influenciado pelo Português”*. O Romanó tem sido um dos elementos culturais que tem resistido à assimilação e funciona como uma “língua secreta” que os ciganos acionam em situações pontuais e não quotidianamente, fala-se o Romanó com o objetivo de não serem entendidos pelo “outro”. A maioria dos ciganos utiliza a língua Portuguesa (com exceção para os ciganos mais velhos) que permite uma melhor inserção e evita a discriminação.

GLOSSÁRIO DE TERMOS DA CULTURA CIGANA

C e ou c, s. m. terceira letra e segunda consoante do alfabeto português.

Cabaças, “Dar às cabaças”, expressão utilizada para designar o romper por parte da mulher de um casamento combinado. Esta constitui, talvez, a situação em que a mulher cigana se encontra numa relação de maior poder face ao homem, esta é a única que, mais tarde, pode quebrar o contrato de casamento ou segundo o termo cigano “dar as cabaças”, sem qualquer dano para as famílias (Miguel C. M., 2012).

Chavorrilho, rapaz cigano (Fundación Secretariado Gitano, 2007).

Cultura Agrafa, a população cigana rege-se por um conjunto de normas e costumes que determinam o comportamento da comunidade cigana, estas embora não estejam escritas são conhecidas por todos os membros da comunidade e são transmitidas oralmente de geração em geração (Fundación Secretariado Gitano, 2007).

D, (dê), s. m. quarta letra do alfabeto português e terceira das consoantes.

Doença, uma imagem, um conceito, uma crença (Fundación Secretariado Gitano, 2007).

Donos das suas aldeias, existe uma lei cigana pouco conhecida relativa á distribuição geográfica das comunidades, sobretudo no mundo rural. Cada comunidade, que muitas vezes é constituída por uma família alargada, dispõe de um território para a sua instalação. Nenhum membro de outra comunidade se instalará de forma definitiva neste território, salvo no caso de união matrimonial.

E, s. m. quinta letra e segunda vogal.

Etnia, “*Conjunto de indivíduos que, podendo pertencer a raças e a nações diferentes, estão unidos por uma civilização e particularmente por uma língua comum*”, (Costa & Melo, 1975, p. 608). A etnia é suportada pela raça, religião, nacionalidade ou por uma combinação destes fatores e baseia-se na partilha de padrões culturais semelhantes tais como valores, crenças, costumes, comportamentos e tradições (Fundación Secretariado Gitano, 2007).

F (éfe), s. m. sexta letra e quarta consoante.

Fugimento, uma forma possível de união conjugal é o casamento por “fuga”, esta é uma das formas mais utilizadas pelos jovens com o objetivo de apressar a união. Acontece geralmente em duas situações, quando a escolha é protagonizada pela jovem cigana ou quando os pais não concordam com as escolhas dos filhos, principalmente quando estas recaem sobre indivíduos “estranhos” ao grupo étnico cigano (Fundación Secretariado Gitano, 2007).

G, s. m. sétima letra do alfabeto português e quinta consoante.

Gadjó, indivíduo não cigano (Miguel C. M., 2012).

H (agá), s. m. oitava letra do alfabeto português.

Homem/Mulher de Respeito, cabe aos homens mais velhos e de entre estes aos Homens de Respeito a aplicação da Lei Cigana, pelo respeito de que usufruem no seio da comunidade cigana, resultante ao longo da vida de terem agido com honra e respeitado a tradição. As suas opiniões e decisões têm uma grande importância para os outros membros da comunidade e ajudam na resolução de problemas, este é o termo mais correto a utilizar em vez de patriarca que é um termo não cigano (Fundación Secretariado Gitano, 2007).

K (cá ou capa), s. m.

Kris Romani, tribunal cigano. Em caso de desavenças pode haver intervenção de um “*tribunal que dá opiniões*”, constituído por elementos de linhagens distintas e conhecedores da tradição cigana. Este tribunal tem como função arbitrar discórdias que vão surgindo, regularizar assuntos de casamentos, de infidelidade conjugal, etc.

L (éle), s. m. oitava consoante e undécima letra.

Lei Cigana, código moral com normas culturais e de carácter religioso e que garante a estabilidade

do grupo, quem infringe é votada ao ostracismo e censura. A lei cigana é aplicada através de um mecanismo semelhante à figura do tribunal arbitral, existindo um conflito é chamado um Homem de Respeito que não seja familiar dos oponentes e seja aceite pelas partes envolvidas (Miguel C. M., 2012).

Língua, embora existam variações linguísticas entre os vários grupos de ciganos, constata-se que todos falam um idioma que tem a mesma origem histórica que é o Romanó (Nunes, 1996). O Romanó ou Caló é o termo pelo qual os ciganos de Portugal designam a sua língua que corresponde segundo Coelho (1995 p. 71) ao “*Espanhol influenciado pelo Português*”.

M(ême), s. m. décima segunda letra do alfabeto português.

Medicina popular, com base em vegetais ou minerais acompanhados de palavras, rituais e feitiços (Fundación Secretariado Gitano, 2007).

Moço, expressão utilizada para se referirem a raparigas solteiras, este termo é utilizado a partir dos 12 anos de idade (Fundación Secretariado Gitano, 2007).

Morte, para os ciganos existe um reino dos mortos. Um cigano não deve morrer sozinho. O morto nunca fica só e é velado dia e noite durante três dias conforme lei cigana (Miguel C. M., 2012).

Mulo, morto que volta (Ferrari, 2012).

N(ene), s. m. décima terceira letra do alfabeto português.

Namoro, quando começam a namorar os ciganos não podem falar um com o outro, mandam recados por outra pessoa. Os homens ciganos não podem recusar um compromisso de casamento/namoro, enquanto as mulheres podem recusar “dando cabaças” (Fundación Secretariado Gitano, 2007).

O(ó), s. m. décima quarta letra do alfabeto português.

Os contrários, nas comunidades ciganas existem regras destinadas a regular as relações entre indivíduos. Uma dessas regras fundamentais é a lei dos contrários, que rege as

relações entre famílias em conflito. Após uma labuta – briga em cigano, reúne-se o chamado tribunal cigano, que decidirá das consequências para os diferentes indivíduos envolvidos. Este tribunal é composto por “Homens de respeito”. As famílias envolvidas são então decretadas como contrárias, não se podendo juntar sem correr o risco de se repetir e alargar o conflito em causa (Miguel C. M., 2012).

***P*(pê), s. m. décima quinta letra do alfabeto português.**

Payo, pessoa não cigana (Fundación Secretariado Gitano, 2007).

Pedimento, cerimónia para conceder a mulher cigana em casamento. Os noivos apresentam as suas famílias e cria-se um compromisso formal entre ambos, esta cerimónia implica que a família aceita o relacionamento dos filhos, a expressão é “estar pedida” e equivale a um “pedido de mão” (Fundación Secretariado Gitano, 2007).

Povo cigano, “Povo cigano” ou “Povo Roma” são formas de se designar o conjunto de ciganos de todo o mundo. O povo cigano está oficialmente reconhecido como tal pelo Direito Internacional (Fundación Secretariado Gitano, 2007).

Primo/Prima, expressão que os indivíduos ciganos utilizam para se referir entre eles. Está relacionado com a pertença ao mesmo grupo étnico e não com relações de parentesco (Fundación Secretariado Gitano, 2007).

***R*(érre), s. m. décima sétima letra do alfabeto português.**

Raça, o conceito é definido antropologicamente “*Como um agrupamento natural de homens que apresentam um conjunto comum de caracteres hereditários independentemente da língua, dos costumes, da cultura e que a opõe à etnia.*”, (Costa & Melo, 1975, p. 1189). A raça acaba por ser uma classificação social primária e assenta em marcas físicas como a cor da pele, de forma a identificar a pertença ao grupo.

Religião, os ciganos não têm uma religião própria, não reconhecem um Deus próprio e geralmente adotam a religião do país em que vivem. Denominador comum é a crença num Deus único, bom e poderoso, esta fé em Deus para o cigano é algo absoluto (Fundación Secretariado Gitano, 2007).

Roma (Rom/Romi), a tradução de cigano em Romanó é Roma, Rom masculino e Romi feminino. O termo Roma significa cigano e identifica todos os indivíduos ciganos do mundo, no

entanto conforme as regiões e os países os ciganos podem ser designados de ciganos, tsiganes, gysies. De origem indiana e derivado do sânscrito significa Homem – Homem livre (Fundación Secretariado Gitano, 2007).

S(esse), s. m. décima oitava letra do alfabeto português.

Sastipen, saúde em Romanó (Fundación Secretariado Gitano, 2007).

Símbolos ciganos, o símbolo da roda de carro e a fogueira. Oito de abril, dia internacional dos ciganos. Vinte e quatro de junho, noite de São João (Fundación Secretariado Gitano, 2007).

T(tê), s. m. décima nona letra do alfabeto português.

Tio, chama-se Tio ao homem mais velho e/ou mais respeitado pela comunidade e a quem é pedido conselhos e orientações para resolver problemas (Fundación Secretariado Gitano, 2007).

V(vê), s. m. vigésima primeira letra do alfabeto português.

Virgindade, a virgindade da mulher antes do casamento é um dos costumes e de identidade mais importantes da cultura cigana. As meninas ciganas saem da escola mais cedo para não conviverem com rapazes. O momento mais importante na boda cigana, segundo as suas leis, é a da prova da virgindade, associada à ideia de honra. Esta prova só pode ser realizada por uma anciã com experiência reconhecida, assistida pela mãe da noiva, pela sogra e por um pequeno grupo de mulheres casadas de ambas as famílias. Esta tradição constitui uma marca de distinção face aos não ciganos e um marcador de reconhecimento (Fundación Secretariado Gitano, 2007).

Viúva, as mulheres rapam o cabelo, a trança vai com o marido, vestem-se de preto para toda a vida, usam lenço na cabeça, cobrem tudo o que possuírem de mais importante em casa com um pano preto e visitam o cemitério quase diariamente levando flores e velas. Antigamente não tomavam banho e não podiam voltar a casar. Para a maioria, a mulher nova que volte a casar deixa de ser “mulher séria e de respeito”. Os ciganos

consideram a viúva que conserva “a recordação do marido” de grande prestígio e influência (Nunes, 1996).

BIBLIOGRAFIA

- Coelho, A. (1995). *Os ciganos de Portugal: um estudo sobre o calão*. Lisboa: Dom Quixote.
- Costa, J. A., & Melo, A. S. (1975). *Dicionário da língua Portuguesa*. Porto: Porto Editora.
- Ferrari. (16 de 05 de 2012). *O Mundo passa - uma etnografia dos Calon e suas relações com os brasileiros*. Obtido de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo:
<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8134/tde-02082010-191204/pt-br.php>
- Fundación Secretariado Gitano. (2007). *Guia para a Intervenção com a comunidade Cigana nos Serviços de Saúde*. Madrid: REAPN.
- Miguel, C. M. (25 de 05 de 2012). Obtido de Observatório da Imigração:
http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Col_Percursos_Intercultura/2_PI_Cap5.pdf
- Nunes, O. (1996). *O povo cigano*. Lisboa: Obra nacional da pastoral dos ciganos.

APÊNDICE X
GUIA DE ACOLHIMENTO



FOLHETO DE ACOLHIMENTO PARA DOENTE/FAMÍLIA DE ETNIA CIGANA.

Professora orientadora_
Enfermeira Elsa Monteiro

Enfermeiro orientadora_
Teresa Lourenço

Enfermeira co-orientadora_
Natália Pereira

Realizado por_ Anabela Pires #03,
estudante do 1º Mestrado
em Enfermagem Médico - Cirúrgica

APOIOS

-Se precisar pode falar com a Assistente Social, no horário das 9.00h às 17.00 h.

Telefone: 212147341

Barreiro – Autocarros TCB: carreira 10; 14; 15 e Transportes Sul do Tejo(303/317/318/326/327).

Existe uma praça de Táxis junto à entrada do hospital

APOIO RELIGIOSO

- Existe uma Capela no piso 1 do Hospital (junto ao bar), onde pode assistir à Eucaristia.

Telemóvel do Padre João Ferreira: 933938974

O doentes que tenham outra religião, Igreja ou culto, poderão pedir aos Enfermeiros para serem visitados pelos seus pastores.

Igreja Evangélica da Baixa-da-Banheira

Pastor Fernando Arcanjo: 936620812

Igreja Evangélica Assembleia de Deus - Barreiro:
212040852

Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.

Av. Movimento das Forças Armadas | 2830-355 Barreiro

Telefone: 21 214 73 00 | Fax: 21 214 73 51

E-mail: admin@chbm.min-saude.pt

www.chbmmin-saude.pt

FOLHETO DE ACOLHIMENTO

PARA DOENTE/ FAMÍLIA DE

ETNIA CIGANA

SERVIÇO DE URGÊNCIA

Se o seu familiar está internado no Serviço de Urgência saiba que existe um Enfermeiro de referência que o pode ajudar. Chame pelo Enfermeiro Chefe de Equipe.

INFORMAÇÕES GERAIS

- Para ser visto pelo médico aguarde pela chamada do Enfermeiro da Triagem.
- Após a Triagem: se lhe colocarem uma pulseira verde aguarde na sala de espera do exterior , pulseira de outra cor aguarda na sala de espera do balcão
- só pode ter um acompanhante na sala de espera, não deve trazer crianças consigo.
- Se precisar de fazer raio x e análises deve seguir a linha verde (raio x) e/ou vermelha (análises) e pode levar o acompanhante.
- Precisa de carimbar a requisição de RX, a das análises não precisa.
- Se o médico pedir outros exames deve falar com o Enfermeiro de balcão.
- Após fazer exames deve aguardar na sala de espera do balcão pela chamada médica.
- Se o médico receitar medicação deve esperar na sala de espera pela chamada do Enfermeiro.

SE FICAR INTERNADO NO SO OU UIPA NÃO

PODE:

- Ficar com a sua roupa e objetos de valor, deve entregá-los a um familiar.
- Receber dos seus familiares alimentos e bebidas sem autorização do Enfermeiro.
- Trazer medicamentos sem autorização.
- Ter consigo o telemóvel.

SE FICAR INTERNADO NO SO OU UIPA PODE:

- Ter consigo livros ou revistas
- Ter consigo óculos

INFORMAÇÕES

Horário das informações

Das 10.00 h às 10.30 h da manhã

e

das 22.00 h às 22.30 h da noite.

Não são dadas informações por telefone.

VISITAS

Horário das visitas ao SO/UIPA

Das 15.00 h às 15.30 h

LEMBRE-SE, SÓ É PERMITIDO ENTRAR UMA PESSOA

ALTA

- A alta é dada pelo Médico, a qualquer hora do dia.
- O Hospital informa por telefone a sua família, em caso de alta (a sua família deve deixar um número de telefone com os Enfermeiros).
- Na altura da alta é dada uma carta de alta médica.
- Se precisar de tratamentos de Enfermagem a Enfermeira dá-lhe uma carta para ir ao Centro de Saúde.

APÊNDICE XI
PLANEAMENTO DE AÇÃO DE FORMAÇÃO



PLANEAMENTO DE AÇÃO DE FORMAÇÃO
“INTERCULTURALIDADE NO SUG - O
DOENTE/FAMÍLIA DE ETNIA CIGANA.”

Professora orientadora_
Enfermeira Elsa Monteiro

Enfermeiro orientadora_
Teresa Lourenço

Enfermeira co-orientadora_
Natália Pereira

Realizado por_ Anabela Pires #03,
estudante do 1º Mestrado
em Enfermagem Médico - Cirúrgica

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	3
1. POPULAÇÃO ALVO	3
2. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS DA SESSÃO	3
2.1. OBJETIVO GERAL	3
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
3. PLANEAMENTO DA SESSÃO	4
3.1 DURAÇÃO DA SESSÃO	4
3.2 LOCALIZAÇÃO	4
3.3 DIVULGAÇÃO DA SESSÃO	4
3.4 ESTRATÉGIAS UTILIZADAS	4
3.5 MEIOS AUXILIARES E RECURSOS MATERIAIS	5
4. QUADRO DO PLANO DA SESSÃO	6

PLANEAMENTO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

Interculturalidade no Serviço de Urgência Geral - O doente/família de etnia cigana.

INTRODUÇÃO

Este trabalho insere-se no âmbito da frequência do 1º Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, na Escola Superior de saúde de Setúbal na área curricular Enfermagem Médico-cirúrgica I e II e consiste no planeamento de uma ação de formação em serviço no cumprimento do quarto objetivo delineado para o Projeto de Intervenção em Serviço e cujo tema é a Interculturalidade no Serviço de Urgência Geral- O doente/família de etnia cigana.

1. POPULAÇÃO ALVO

Os destinatários desta sessão são os enfermeiros do Serviço de Urgência Geral do Hospital X.

2. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS DA SESSÃO

2.1 OBJETIVO GERAL

Sensibilizar a equipa de Enfermagem do SUG para a importância da prestação de cuidados culturalmente congruentes aos doentes/ famílias de etnia cigana.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar o projeto de intervenção em serviço.
- Divulgar resultados do questionário efetuado.
- Partilhar conceitos de Enfermagem multicultural e transcultural.

- Transmitir conhecimentos acerca do povo cigano e seu comportamento perante saúde/doença.
- Apresentar e divulgar dossiê temático e glossário temático.

3. PLANEAMENTO DA SESSÃO

3.1 DURAÇÃO DA SESSÃO

A sessão será aproximadamente de 40 minutos e será realizada entre as 14:30 e as 15:10 horas, por este horário permitir que parte dos enfermeiros do turno da manhã e da tarde assistam à formação, no dia 25 do mês de junho do ano 2012.

3.2 LOCALIZAÇÃO

A sessão irá ser apresentada numa sala do SUG. Esta sala encontra-se localizada junto dos gabinetes do diretor de serviço e enfermeira responsável. É relativamente grande, permitindo um número razoável de formandos e tem boa luminosidade, Tem espaço para a colocação de material/equipamento de projeção, o Serviço de Urgência tem material informático que disponibiliza para todas as ações de formação em Serviço.

3.3 DIVULGAÇÃO DA SESSÃO

A ação de formação será divulgada através de cartaz colocado em placard existente no gabinete de enfermagem, o cartaz conterà a seguinte informação:

- Tema da formação, objetivo geral, data, hora, local, população alvo e nome do formador.

3.4 ESTRATÉGIAS UTILIZADAS

A sessão inicia-se com a apresentação do formador, a apresentação do tema e a introdução ao teor da formação de forma breve e justificando a sua pertinência.

Na transmissão de conceitos e conteúdos teóricos será utilizado o método afirmativo, após exposição dos conteúdos será apresentado Glossário Temático sobre a cultura cigana e Dossiê

temático sobre com a morte é vivenciada em algumas culturas e guia de acolhimento par a comunidade cigana.

No final da sessão e após síntese final haverá espaço de 15 m para esclarecimento de dúvidas e através do método ativo será solicitado ao grupo a partilha de ideias e sugestões acerca do projeto.

Terminará com agradecimento pela presença dos formandos e pedido da avaliação da sessão.

3.5 MEIOS AUXILIARES E RECURSOS MATERIAIS.

- Computador e projetor (data show).
- Glossário temático.
- Dossiê temático.

4. QUADRO DO PLANO DA SESSÃO

	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS		TEMPO (minutos)
			Método	Meios Auxiliares	
INTRODUÇÃO	Apresentar o projeto de intervenção em serviço	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto com os enfermeiros presentes na sessão – cumprimentar. • Apresentação do formador. • Apresentação do tema da sessão. • Apresentação das enfermeiras orientadora e coorientadora. • Justificação do porquê da sessão. • Explicação de como está organizada a sessão. <ul style="list-style-type: none"> - Introdução. - Contextualização do problema. - Apresentação dos objectivos. - Apresentação dos resultados de questionário. - Enquadramento teórico. - Apresentação de atividades realizadas (Glossário temático, dossiê temático e guia de acolhimento). 	Método afirmativo Técnica da exposição	Computador e projetor (data show).	5 Min

	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS		TEMPO (minutos)
			Método	Meios Auxiliares	
DESENVOLVIMENTO	Divulgar resultados do questionário efetuado.	<ul style="list-style-type: none"> Divulgação dos resultados do questionário aplicado aos enfermeiros do SUG do Hospital X, no período de 9 a 14 de janeiro de 2012, relativamente ao tema da multiculturalidade “Papel do enfermeiro junto da comunidade cigana”. 	Método afirmativo Técnica de exposição	Computador e projetor (data show).	2 Min
	Partilhar conceito de Enfermagem multicultural e transcultural.	<ul style="list-style-type: none"> Definição de conceito de enfermagem multicultural e transcultural. Teoria da Diversidade e universalidade do cuidar. 	Método afirmativo Técnica de exposição	Computador e projetor (data show).	5 Min

	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS		TEMPO (minutos)
			Método	Meios Auxiliares	
DESENVOLVIMENTO	Transmitir conhecimentos acerca do povo cigano e seu comportamento perante saúde/doença.	<ul style="list-style-type: none"> Breve abordagem à história e origem do povo cigano. Caracterização sócio cultural. Cultura/saúde/doença e seu significado para a comunidade. Comportamentos em situação de doença. 	Método afirmativo Técnica de exposição	Computador e projetor (data show).	8 Min
	Apresentar e divulgar dossiê temático e glossário temático	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação de dossiê temático sobre aspetos e termos culturais da etnia cigana, glossário temático e dossiê temático sobre a morte e o luto em algumas culturas 	Método afirmativo Técnica de exposição	Glossário temático. Dossiê temático.	4 Min

	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS		TEMPO (minutos)
			MÉTODO	Meios Auxiliares	
CONCLUSÃO		<ul style="list-style-type: none"> • Síntese final. <ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimento de dúvidas - Síntese dos aspetos mais significativos da sessão - Solicitar a colaboração do grupo para síntese dos conhecimentos adquiridos e avaliação dos mesmos. - Partilha de ideias e sugestões - Avaliação da sessão • Agradecer a presença dos formandos. 	Método Ativo		15 Min

Elaborado por Anabela Pires # 03

1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica

Escola Superior de Saúde de Setúbal – IPS

APÊNDICE XII
AÇÃO DE FORMAÇÃO



O Doente / Família de etnia cigana

Projeto de intervenção em serviço

Aluna Anabela pires # 03
Sobre a orientação;

Enfermeira orientadora – Teresa Lourenço
Enfermeira coorientadora – Natália Pereira
Professora – Enfermeira Elsa Monteiro

Junho 2012

CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

- Rejeição das normas instituídas para o Serviço de Urgência.
- Necessidade de serem os primeiros a serem atendidos.
- Desconfiança em relação ao tratamento e à informação.
- Utilização de subterfúgios para “furar” o sistema.
- “Exuberância” das manifestações perante a morte.
- Acampamento da família à porta do serviço



OBJETIVO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

Sensibilizar a equipa de Enfermagem do SUG do CHBM para a importância da prestação de cuidados culturalmente congruentes aos doentes/famílias de etnia cigana.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar o projeto de intervenção em serviço.
- Divulgar resultados do questionário efetuado.
- Partilhar conceitos de Enfermagem multicultural e transcultural.
- Transmitir conhecimentos acerca do povo cigano e seu comportamento perante saúde/doença.
- Apresentar e divulgar dossier temático e glossário temático.

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

- **85%** dos enfermeiros inquiridos nunca fez formação em enfermagem na área da multiculturalidade.
- **56%** dos enfermeiros inquiridos considerou importante a realização de formação.
- **67%** dos enfermeiros inquiridos atribuiu importância à criação de dossier temático.
- **54%** dos enfermeiros inquiridos atribuiu importância à criação de guia de acolhimento.
- **56%** dos enfermeiros inquiridos atribuiu importância á existência de interlocutor de referência.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

- Enfermagem multicultural.
- Enfermagem transcultural.
- O povo Rom.
- Cultura/Saúde/Doença.
- Comportamentos em situação de doença.



ENFERMAGEM MULTICULTURAL

Considerar um conjunto de pertenças: étnicas, culturais, geográficas, sociais, religiosas (...) que definem a nossa identidade e que nos tornam um ser único (Torres 2003).

Reconhecer que cada cultura é essencialmente diferente das outras...



ENFERMAGEM TRANSCULTURAL

(...) “ Os povos de cada cultura não apenas são capazes de conhecer e definir as maneiras, através das quais eles experimentam e percebem o seu cuidado de enfermagem, mas também são capazes de relacionar essas experiências e percepções às suas crenças e práticas gerais de saúde.”

(George et al, 1993, p.287 citando Leininger)

ENFERMAGEM TRANSCULTURAL

“Integração do conceito de cultura em todos os aspetos da enfermagem e da assistência da saúde”

De Santis 1994:450

Reconhecer que cada cultura é essencialmente diferente das outras...



O POVO ROM

- Povo nómada.
- Teve a sua origem na civilização da Índia antiga.
- História de discriminação e perseguição.
- São a principal minoria étnica Europeia.
- Identidade cultural comum mas constituído por diversas comunidades.
- Cultura agrafa.
- Idioma comum – Romanó.
- A família extensa constitui a unidade estrutural básica na organização social e cultural.
- Coesão social.
- Código moral severo: profundo respeito pelos mortos e pelos mais velhos.

(Nunes 1981, Mendes 2005, F.S.G.2007)



CULTURA/SAÚDE /DOENÇA

“(...) conceitos como o de saúde, de doença (...) reflectem os valores, as crenças, os conhecimentos, as actividades, em suma, a cultura da sociedade, partilhada por todos os seus membros (...)”

Ribeiro citado por Sousa 2006:55

COMPORTAMENTO EM SITUAÇÃO DE DOENÇA

- Os cuidados de saúde são assumidos pelas mulheres.
- A saúde não é entendida como uma necessidade prioritária.
- Conceção de saúde como ausência de doença = ausência de prevenção.
- Imediatismo associado á rápida resolução de problemas.
- Relação estabelecida entre doença e morte.
- Doença = mau-olhado.
- Família extensa como organização social = solidariedade, unidade e coesão social.
- Técnicas invasivas = contaminação da comunidade cigana.

(F.S.G 2007)

**COMPREENSÃO
DA CULTURA**



**FORTALECER
DA INTERVENÇÃO**

COMPORTAMENTO EM SITUAÇÃO DE DOENÇA

- Morte tem grande relevância.
- Quando morre um cigano o choque é grande e o desgosto profundo.
- A dor é exteriorizada com gritos, lamentos e cânticos chorados.

(F.S.G 2007)

COMPREENSÃO
DA CULTURA



FORTALECER
DA INTERVENÇÃO

ACTIVIDADES REALIZADAS

- Glossário temático.
- Dossier sobre como a morte é vivida em várias culturas.

OBRIGADO



Esta alegria e ventura
De ser um filho do sol
E andar debaixo do céu,
Proclamando aos quatro ventos,
Pois tudo o que vejo é meu...
Não se paga, nem se vende,
(escuta guitarra amiga)
Não se chora nem se ri...
Eu hei-de morrer cigano
Já que cigano nasci.

Azinhäl Abelho

Soares e Tojal (1997:37)

APÊNDICE XIII
IMPRESSO MOD.6/08 DO NÚCLEO DE
INVESTIGAÇÃO E FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM
DO HOSPITAL X.

CENTRO DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO

Apreciação Global da Formação

Ação de Formação: Interculturalidade no Serviço de Urgência Geral - O doente/família de etnia cigana.

Nome (s) do (s) Formador (es) _ Enf.^a Anabela Pires

Objetivos: Sensibilizar a equipa de Enfermagem do SUG para a importância da prestação de cuidados culturalmente congruentes aos doentes/ famílias de etnia cigana.

Serviço: Urgência Geral

Data: 25/06/2012

Responda a todas as questões que se seguem recorrendo à escala abaixo indicada. Marque um (X) sobre o algarismo que melhor corresponder à sua opinião:

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

Escala de Likert – Escala desenvolvida por Rensis Likert em 1932; Fonte Hill&Hill (2002:138)

Em que medida está satisfeito(a) ou insatisfeito(a) com...					
1. A adequação da Formação às suas necessidades e expectativas?					
2. A qualidade dos conteúdos (nível de informação, adequação e interesse)?					
3. As condições da sala?					
4. A Qualidade do Apoio Técnico e Administrativo?					
5. A possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos em situação concreta de trabalho?					
6. A Prestação do (s) Formador (es):					
6.1 Domínio dos conteúdos / competências técnico-científicas?					
6.2 Metodologia da transmissão de conhecimentos?					
6.3 Utilização e domínio dos recursos didáticos?					
6.4 Documentação fornecida?					
Total pontos (soma dos pontos)					
Pontuação final (soma pontos / 9)					

7. Sugestões para melhorar os aspetos anteriores menos positivos:

Obrigado pela sua colaboração!

MOD 6/08 – NÚCLEO DE INVESTIGAÇÃO E FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM .

RELATÓRIO GLOBAL E PARCIAL POR CRITÉRIO DA AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

RELATÓRIO GLOBAL E PARCIAL POR CRITÉRIO DA AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO	TOTAL ACUMULADO/Nº TOTAL QUESTIONÁRIOS
1. Satisfação face à adequação da formação às necessidades e expectativas?	
2. Satisfação face à qualidade dos conteúdos (nível da informação, adequação e interesse)?	
3. Satisfação face às condições da sala?	
4. Satisfação face Qualidade do Apoio Técnico e Administrativo?	
5. Satisfação face à possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos em situação concreta de trabalho?	
6. Satisfação face à prestação do (s) formador?	
6.1 Domínio dos conteúdos / competências técnico-científicas?	
6.2 Metodologia da transmissão de conhecimentos?	
6.3 Utilização e domínio dos recursos didáticos?	
6.4 Documentação fornecida?	
MÉDIA GLOBAL DA AVALIAÇÃO	

Apreciação Global da Formação	Nota Final	Avaliação Qualitativa

Nota Quantitativa	Nota Qualitativa
A partir de 3,6	Excelente – A sessão formativa superou as expectativas. O resultado é reconhecidamente bastante positivo.
Entre 3,0 e 3,5	Bom – No geral, foram atingidos os objetivos. A sessão contribuiu para os resultados estabelecidos.
Entre 2,0 e 2,9	Médio – Os objetivos foram atingidos parcialmente, a sessão contribuiu parcialmente para os resultados.
Até 1,9	Fraco – A sessão formativa contribuiu pouco para os resultados. Os objetivos gerais da formação não foram atingidos.

APÊNDICE XIV
AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL - ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
1ºCURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO - CIRÚRGICA

AVALIAÇÃO AÇÃO DE FORMAÇÃO
“INTERCULTURALIDADE NO SUG - O
DOENTE/FAMÍLIA DE ETNIA CIGANA. ”

Professora orientadora_
Enfermeira Elsa Monteiro

Enfermeiro orientadora_
Teresa Lourenço

Enfermeira co-orientadora_
Natália Pereira

Realizado por_ Anabela Pires #03,
estudante do 1º Mestrado
em Enfermagem Médico - Cirúrgica

ÍNDICE GRÁFICOS

Gráfico 1	Adequação da formação às suas necessidades e expectativas	4
Gráfico 2	Qualidade dos conteúdos	4
Gráfico 3	Condições da sala	4
Gráfico 4	A qualidade do apoio técnico e administrativo	5
Gráfico 5	Possibilidade de aplicar conhecimentos adquiridos	5
Gráfico 6.1	Domínio dos conteúdos	5
Gráfico 6.2	Metodologia da transmissão de conhecimentos	6
Gráfico 6.3	Utilização recursos didáticos	6
Gráfico 6.4	Documentação fornecida	6
Gráfico 7	Conclusão	7

ÍNDICE GERAL

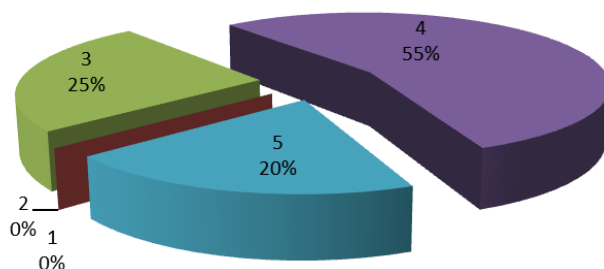
1. AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO	4
--	---

1. AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

A ação de formação realizou-se no gabinete de enfermagem do SUG do Hospital X, no dia 25 de junho de 2012 pelas 14h30 e foi previamente divulgada através de cartaz colocado em placard existente no mesmo. Estiveram presentes 20 enfermeiros do SUG, na ação de formação, foi apresentado o projeto de intervenção em serviço, divulgaram-se os resultados do questionário efetuado, partilharam-se conceitos de enfermagem multicultural e transcultural, transmitiram-se conhecimentos acerca do povo cigano e seu comportamento perante saúde/doença e apresentou-se o dossiê temático e glossário temático.

A avaliação da ação de formação foi efetivada em conformidade com os parâmetros constantes no impresso mod.6/08 do Núcleo de Investigação e Formação em Enfermagem do Hospital X, (Anexo I), tendo-se apurado que, relativamente à adequação da formação às necessidades e expectativas, 75% dos formandos exprimira a sua satisfação.

Gráfico 1 – Adequação da formação às suas necessidades e expectativas



No que concerne à qualidade dos conteúdos (nível de informação, adequação e interesse), verificou-se um aumento do grau de agrado (85%) manifestado pelos enfermeiros presentes, contudo, esta tendência foi alterada quando foi questionada a condição da sala tendo-se registado 55% de formandos insatisfeitos.

Gráfico 2 – Qualidade dos conteúdos

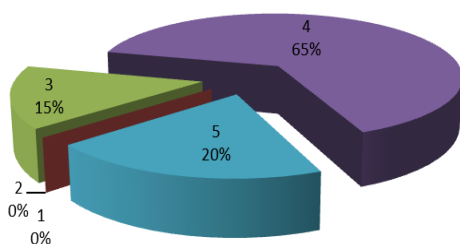
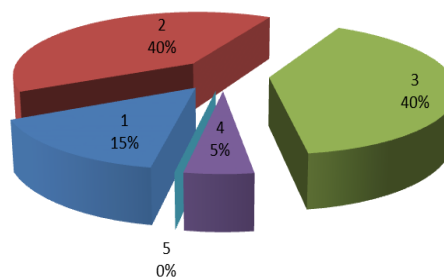
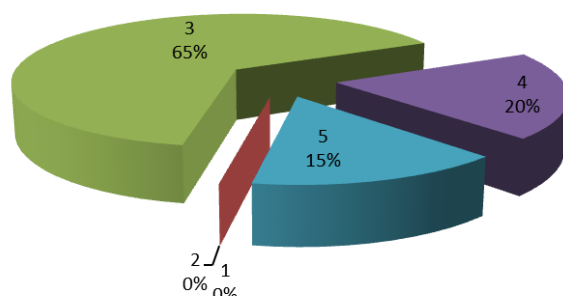


Gráfico 3 – Condições da sala



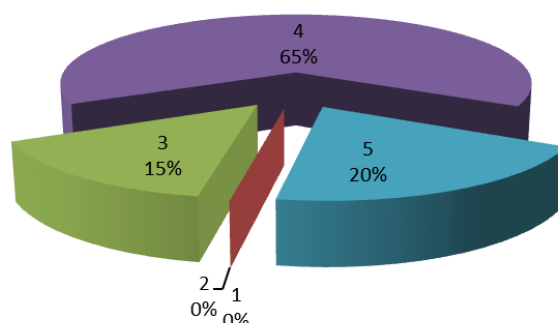
Em relação ao apoio técnico e administrativo registou-se que 35% dos presentes se sentiam agradados com os meios disponibilizados.

Gráfico 4 – A qualidade do apoio técnico e administrativo.



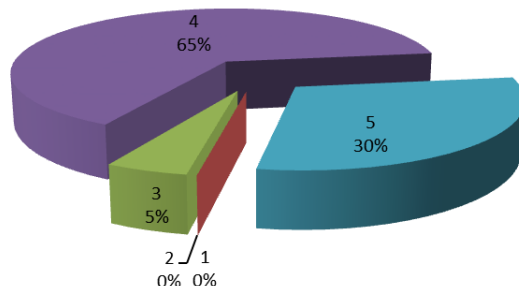
Na prossecução da análise da apreciação global da formação, assinalou-se um reverter da tendência observando-se um grau de satisfação na ordem dos 85% quando questionada a possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos em situação concreta de trabalho.

Gráfico 5 – Possibilidade de aplicar conhecimentos adquiridos



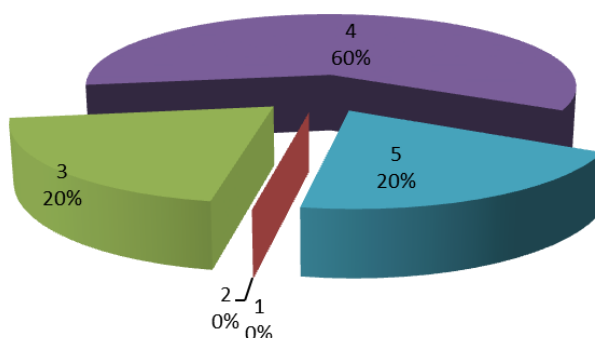
Também na avaliação sobre a prestação do formador se pode concluir que foi do agrado geral, já que na avaliação sobre o domínio dos conteúdos/competências técnico-científicas 95% dos formandos indicou satisfação.

Gráfico 6.1 – Domínio dos conteúdos



No que concerne à metodologia da transmissão de conhecimentos 80% dos enfermeiros demonstrou estar de acordo com o modelo apresentado.

Gráfico 6.2 – Metodologia da transmissão de conhecimentos

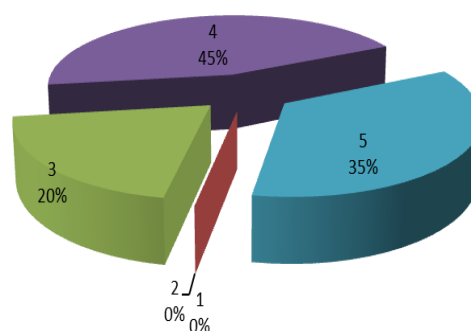
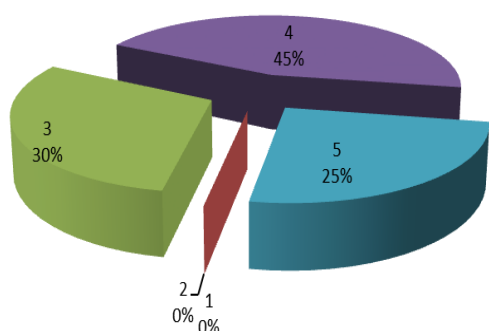


No que diz respeito ao domínio dos recursos didáticos, 70% dos inquiridos referiram estar satisfeitos com a forma como o equipamento foi utilizado. No que concerne à documentação fornecida, 80% dos enfermeiros auscultados manifestaram estar satisfeitos com o material de apoio distribuído.

Gráfico 6.3 – Utilização recursos didáticos

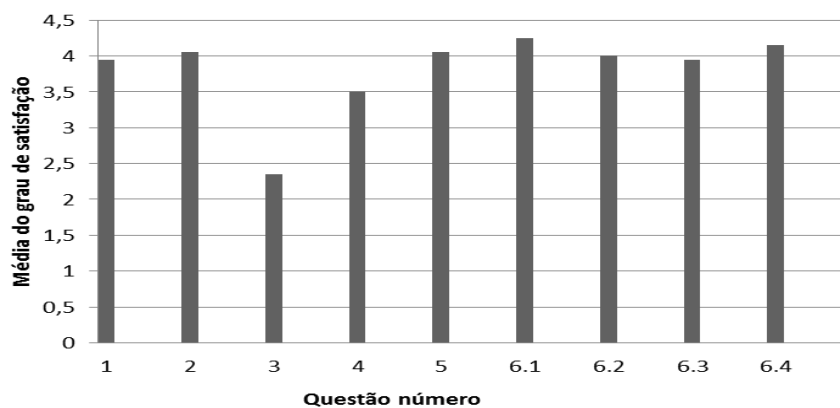
Gráfico 6.4 – Documentação fornecida

fornecida



Do exposto pode-se concluir que a formação se ajustou aos pressupostos dos formandos, o que nos permite conjecturar uma avaliação geral qualitativa excelente por ter a sessão formativa superado as expectativas redundando num reconhecimento bastante positivo.

Gráfico 7 - Conclusão



Ficou definida a realização de várias ações de formação, no corrente ano, sujeitas ao tema em causa, para que o maior número possível de enfermeiros seja sensibilizado, para a prestação de cuidados culturalmente adequados aos doentes/famílias de etnia cigana.

APÊNDICE XV
GUIÃO DE ENTREVISTA A MEDIADOR CULTURAL
DE UM HOSPITAL PEDIÁTRICO.



GUIÃO DE ENTREVISTA

Professora orientadora_
Enfermeira Elsa Monteiro

Enfermeiro orientadora_
Teresa Lourenço

Enfermeira co-orientadora_
Natália Pereira

Realizado por_ Anabela Pires #03,
estudante do 1º Mestrado
em Enfermagem Médico - Cirúrgica

ENTREVISTA A MEDIADOR CULTURAL

DESTINATÁRIO: Mediador cultural do Hospital Pediátrico.
CALENDARIZAÇÃO: Junho de 2012
LOCAL: Hospital Pediátrico.
DESCRIÇÃO: Entrevista tipo semi estruturada.
A- FINALIDADE: Identificar quais os principais pontos de conflito que surgem entre os profissionais de saúde e os doentes/ famílias de etnia cigana e como podem ser ultrapassados e identificar quais as competências de um mediador cultural.
TÓPICOS E INDICADORES DE QUESTIONAMENTO (BLOCOS) B- Legitimação da entrevista. C- Caracterização do entrevistado e percurso profissional. D- Identificação de quais as competências de um mediador cultural. E- Identificação de quais os principais conflitos que surgem entre os doentes/ famílias de etnia cigana e os profissionais de saúde e como podem ser ultrapassados.
CONTROLO DA VALIDADE E DA FIABILIDADE DA ENTREVISTA: Não influenciar o entrevistado tendo em atenção a linguagem. Gravar a entrevista.

GUIÃO DE ENTREVISTA

Tema da entrevista: Mediação cultural e competências do mediador cultural.

Finalidade: Identificar quais os principais pontos de conflito que surgem entre os profissionais de saúde e os doentes/ famílias de etnia cigana, como podem ser ultrapassados e quais as competências de um mediador cultural.

Designação dos blocos	Objetivos Específicos	Formulação das questões	Observações
(A) Legitimação da entrevista	<ul style="list-style-type: none">• Informar o entrevistado sobre os objetivos do trabalho.• Esclarecer o entrevistado acerca dos objetivos da entrevista.• Pedir autorização para a gravação da entrevista.		
(B) Caracterização do sujeito entrevistado	<ul style="list-style-type: none">• Reconhecer elementos sobre a identificação do entrevistado, idade, tempo de exercício no Hospital Dona Estefânia, tempo de mediação cultural, local atual onde exerce funções.• O que é ser mediador cultural	<ul style="list-style-type: none">• Não se importa de me dizer a sua idade?• Há quanto tempo trabalha no hospital?• Em que local exerce funções?	
(C) Identificação de quais as competências de um mediador cultural.	<ul style="list-style-type: none">• Identificar quais as competências de um mediador cultural.	<ul style="list-style-type: none">• Há quanto tempo é mediador cultural?• Quais as competências de um mediador cultural?	

Designação dos blocos	Objetivos Específicos	Formulação das questões	Observações
(D) Identificação de quais os principais conflitos que surgem entre os doentes/famílias de etnia cigana e os profissionais de saúde e como podem ser ultrapassados.	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar o entrevistado a elegeer quais os principais conflitos em que costuma intervir e como podem ser ultrapassados. 	<ul style="list-style-type: none"> • É chamado a intervir muitas vezes? • Quem é que o costuma chamar? • Qual o serviço do hospital onde intervém mais? • Quais são os principais pontos de conflito entre os doentes de etnia cigana e os profissionais de saúde? • Como se articula com a equipa de enfermagem na resolução dos conflitos? • No seu entender como podem ser ultrapassados? 	Neste bloco pretende-se que o entrevistado identifique quais os principais pontos de conflito que surgem entre os profissionais de saúde e os doentes/famílias de etnia cigana, qual a frequência com que acontecem e quais as estratégias a adotar para que possam ser ultrapassados

Elaborado por: Anabela Pires no âmbito do 1º CEMEC da ESS do IPS sob orientação da professora EM e da Enfª. EspecialistaTL

APÊNDICE XVI
ENTREVISTA A MEDIADOR CULTURAL DE UM
HOSPITAL PEDIÁTRICO.



INTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL - ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
1ºCURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO - CIRÚRGICA

ENTREVISTA A MEDIADOR CULTURAL DE UM HOSPITAL PEDIÁTRICO

Professora orientadora_
Enfermeira Elsa Monteiro

Enfermeiro orientadora_
Teresa Lourenço

Enfermeira co-orientadora_
Natália Pereira

Realizado por_ Anabela Pires #03,
estudante do 1º Mestrado
em Enfermagem Médico - Cirúrgica

ENTREVISTA A MEDIADOR CULTURAL DE UM HOSPITAL PEDIATRICO.

Entrevistador (E) - Sou uma enfermeira a frequentar o mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na Escola Superior de Saúde de Setúbal, e estou a elaborar um projeto de intervenção em serviço cujo objetivo é contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados culturais prestados pela equipa de enfermagem do serviço de urgência geral do Hospital X aos doentes e famílias de etnia cigana. O objetivo desta entrevista é identificar quais os principais pontos de conflito que surgem entre os profissionais de saúde e os doentes e famílias de etnia cigana, como podem ser ultrapassados e identificar quais as competências de um mediador cultural.

Agradeço desde já a sua colaboração e disponibilidade e peço autorização para gravação da entrevista.

Pode-me dizer o seu nome e idade?

Bruno (B) - *Chamo-me B.O., tenho vinte e nove anos de idade.*

E - Há quanto tempo trabalha no hospital?

B - *Trabalho aqui no Hospital há nove anos.*

E - Onde exerce funções?

B - *Trabalhei na urgência durante dois anos como mediador e assistente operacional, trabalhei com o Padre C. na capela mais como funções de mediador, era chamado a intervir em qualquer serviço do hospital. Estive ligado à enfermeira T. da unidade de cuidados intensivos pediátricos onde tive maior possibilidade de intervenção, autonomia e crescimento. Agora às segundas, quartas e sextas das 8 as 10 horas faço o levantamento das famílias com crianças internadas em todo o hospital e das 14h30 às 16h00 estabeleço contacto com os familiares. No restante tempo trabalho como assistente operacional.*

E - Há quanto tempo é mediador cultural?

B - *É assim, fiz estágio cá no hospital durante um ano, através de um projeto, na continuação desse projeto fui contratado como auxiliar de ação médica, mas a desenvolver atividades como mediador sócio cultural. Tenho o curso de mediador cultural desde 2003, que foi realizado na obra nacional pastoral dos ciganos durante dois anos e fui o primeiro mediador cultural na área da saúde a nível nacional.*

E - Quando o Bruno apareceu como mediador, havia quem lhe perguntasse o que era ser mediador? Quais as competências de um mediador cultural?

B - *Eu próprio não sabia muito bem qual era o meu papel. Só com o tempo é que fui desenvolvendo os meus pontos de intervenção. Fui ver outros tipos de mediadores, não há só*

mediadores socioculturais, vi tipo técnicas de comunicação, como podia negociar, quais eram os argumentos, como não eram, conforme os relatórios que fazia e tive que fazer um quadro ético para mim próprio que é um quadro universal que dá para todas as profissões. O meu trabalho é um trabalho pioneiro é quase como o homem ir à lua, entre aspas, foi a primeira vez.

Eu divido a mediação cultural em três fases, a mediação preventiva, a mediação ativa e a mediação passiva. A mediação preventiva é um encontro de relações, estabelecer laços de confiança com a família, de proximidade, de que sou mediador cultural, trabalho cá no hospital, sou membro dos ciganos e assim quando passar para a mediação ativa, que é a mediação em caso de conflito, quando me chamarem eles aceitarem melhor as regras do serviço, tipo controle das visitas, marcação de consultas, este tipo de coisas. E a passiva eu defino que é quando eu não vou ter com os ciganos e os ciganos vêm ter comigo.

E - Quando têm a necessidade de serem ajudados, neste caso?

B - *Sim.*

E - Então como funções ou competências no fundo precisa de ter?

B - *Primeiro tenho de saber os códigos da cultura cigana, não é? Para nós sabermos como falar com as pessoas, sabermos até onde pudemos ir no nosso dialogo, qual as palavras mais certas que devemos te, que tipo de comportamento, o tipo de atitude para ganhar respeito, para eles terem respeito por aquilo que estamos a dizer.*

E - Temos que ter sempre uma atitude de diálogo é isso?

B - *Sim, mais de cooperação, que não estamos lá para criticá-los ou julgá-los, estamos lá para ajudá-los a que as coisas corram bem, a parte do diálogo e companheirismo.*

E - Então é importante conhecer a comunidade, digamos.

B - *Sim, é fundamental conhecer as pessoas que frequentam os locais do hospital, há as consultas, há os locais onde estão internados, porque se não há uma base de confiança as pessoas andam sempre de pé atrás, não sabem o que esta no outro lado.*

E - Há pouco enquanto conversávamos, disse-me que era importante o mediador cultural ser casado, porquê?

B - *O cigano quando casa já ganha outra reputação ou seja passou pelo ritual que é o casamento, já ganhou outro estatuto dentro da comunidade cigana.*

E - É importante a existência de um mediador nos hospitais?

B - *Sim, eu acho que é importante haver um mediador no hospital, porque como sabe ainda há uma grande taxa de analfabetismo na comunidade cigana, porque há vezes que ele não sabem ler, não sabem escrever, a quem se dirigir e sendo nós um mediador sócio cultural de etnia*

cigana, transmitimos mais confiança e mais conforto no relacionamento com a situação, que neste caso não nos é estranha.

E - É chamado a intervir muitas vezes?

B - *Sim, sou, sou chamado a intervir muitas vezes, porque sempre que há uma família de etnia cigana, mesmo que não haja conflitos eu identifico-me como mediador cultural, mostro-me sempre disponível para ajudar naquilo que for necessário, não é só nos conflitos que se intervêm, que somos úteis, porque às vezes são pessoas fora de Lisboa, com o pastor da religião peço para vir ao hospital orar pela criança, essas coisas, o conforto espiritual é importante.*

E - Qual o profissional que o costuma chamar?

B - *Normalmente é o chefe de equipa de enfermagem.*

E - Neste caso não é só quando existe conflito! É em qualquer situação em que seja necessário a sua presença. E consegue resolver as situações?

B - *Cada família é uma família, não podemos colocar todos no mesmo saco, a primeira coisa que eu tenho de perceber é realmente o que se passa naquela situação específica. Oiço as duas partes e tento que as pessoas cheguem a um diálogo e a um acordo. Um mediador não é nenhum bombeiro de serviço que vai apagar fogos, porque a mediação não se faz de um momento para o outro, é uma relação de confiança, que se vai estabelecendo com as famílias e com a instituição.*

E - Qual o serviço do hospital onde atua mais?

B - *Sou chamado para o internamento e para a urgência.*

E - Para si é mais importante a mediação a nível de internamento ou na urgência?

B - *A nível de internamento, porque na urgência não há quase tempo para criar laços de proximidade e de confiança.*

E - Na sua ótica, mesmo assim acha importante a existência de um profissional na urgência a quem a comunidade possa recorrer?

B - *Claro que sim, na gestão de quem entra ou não, a explicar onde ficam determinados serviços, a radiologia e o bloco operatório, para dizer quanto tempo falta e quanto não falta, para acalmar a ansiedade das pessoas, dizer que existe um profissional bem identificado fica melhor, a comunidade vai assimilando e mais tarde ou mais cedo acaba por aceitar.*

E - Como se articula com a equipa de enfermagem na resolução de conflitos?

B - *As pessoas chamam-me, outras vezes não é preciso chamar, como faço a ronda pelos serviços, faço um levantamento das famílias que existem cá no hospital, tenho das duas e meia às quatro horas para estabelecer contacto e às vezes ligam-me pelo telefone, quando é uma*

situação de morte ou de uma coisa muito grave então eu vou falar com a família, tenho de chamar o pastor para dar uma palavra porque nestas alturas o pastor tem uma palavra muito importante a dizer e às vezes só o facto de estarmos ao lado delas é importante.

E - Quais são os principais pontos de conflito entre os doentes de etnia cigana e os profissionais de saúde?

B - *Normalmente é quando é hora de visita, querem entrar todos para o quarto, as crianças pequenas querem entrar, às vezes querem comer lá dentro e não podem. São esses os pontos de divergência que encontrei. Às vezes querem ficar acampados cá no hospital e não podem, também ficam devido a não terem condições de alugar uma casa ou estarem numa pensão devido a sua deficiência económica.*

Às vezes as pessoas quando veem muita gente, pensam que é para fazer confusão, ou para fazer uma festa ou para intimidar, mas não os ciganos vêm cá todos ao hospital é uma questão de solidariedade para com o familiar, são laços de amizade que têm com os outros e parece mal não acompanhar a pessoa que está doente, eu como mediador nesse sentido percebo os ciganos mas também percebo a instituição, então tento gerir as visitas, não podem entrar todas ao mesmo tempo, no caso das crianças explico que podem ficar também doentes.

E - No seu entender como podem ser ultrapassados?

B - *Eu acho que tem de haver empenho, na minha opinião tem que haver empenho das instituições e dos ciganos em trabalharem todos, em rumarem todos no mesmo sentido, para que as coisas andem para a frente. Da parte dos ciganos tem de haver um esforço para cumprir as regras, do lado das instituições tem de haver um esforço para que se deem condições, para que eles cumpram essas regras. Tem de haver diálogo e cooperação.*

E - E consegue resolver as situações?

B - *Cada família é uma família, não podemos colocar todos no mesmo saco, a primeira coisa que eu tenho de perceber é realmente o que se passa naquela situação específica. Oiço as duas partes e tento que as pessoas cheguem a um diálogo e a um acordo. Um mediador não é nenhum bombeiro de serviço que vai apagar fogos, porque a mediação não se faz de um momento para o outro, é uma relação de confiança, que se vai estabelecendo com as famílias e com a instituição.*

E - É passar por compreender as crenças e os valores.

B - *Eu já dei formação cá no hospital sobre mediação sócio cultural, cultura cigana, convidei até mesmo a enfermeira que trabalha com ciganos e uma historiadora sobre o povo cigano. Chegamos à conclusão do porquê das atitudes que os ciganos têm, porquê que acontece isto, quis*

os hábitos! Desmistificar um bocadinho os sintomas da exclusão social em relação aos valores e as normas da cultura cigana, que muitas vezes as pessoas confundem e não estão esclarecidas sobre isso. Uma coisa que salta logo à vista é quando os ciganos vêm todos é para fazer confusão, é para arranjar algum problema, mas a base disto e o miolo de eles virem todos, é o tal sentimento de solidariedade que existe entre os ciganos e isso às vezes não é compreendido. Claro que tem que se gerir as visitas, mas na nossa sociedade tão egocêntrica e tão materialista, ainda haver uma comunidade que ainda desenvolva esse sentimento de solidariedade, acho que é uma coisa positiva e não se pode estar a cortar essas raízes de solidariedade entre as pessoas.

E - Eu acho que tem havido uma maior tentativa de integração por parte dos ciganos, atualmente já habitam em casas...

B - *Eu acho que isso não é cultural, tem a ver com o senso comum, nem todos tem condições para ter uma casa, se alguns ciganos vivem em barracas é porque não tem condições para viver numa casa. A itinerância tinha a ver com a atividade económica que desenvolviam, que eram as feiras, uma feira aqui, outra ali. Não sei se sabe mas os ciganos mas os ciganos também foram muito oprimidos. Há uns tempos atrás, foram feitos escravos, obrigados a trabalhar nas fábricas como escravos, levados para as galés nas ex colónias, foram proibidos de vestir e falar à ciganos, entre outras coisas. Ainda há pouco muito pouco tempo, havia a lei das vinte e quatro horas, não podiam estar mais de vinte e quatro horas no mesmo sítio. A Constituição da Republica discriminava ainda os ciganos há muito pouco tempo. Isso são traumas sociais que vão passando de geração em geração e se vão atenuando aos poucos e poucos. Eu achei interessante numa pessoa que disse: Ah, os ciganos não deixam ir as meninas à escola e houve uma pessoa que respondeu a essa pessoa, que disse: mas vocês também se esquecem que muita gente da sociedade maioritária, não há muitos anos, porque não falar do Estado Novo, ainda havia escolas para rapazes e para raparigas e ia muita gente para as escolas de freiras, porque tinham medo que acontecesse aquilo de que os ciganos têm medo que aconteça e as pessoas esquecem-se um bocado disso. Não foi há muito tempo, por isso não se pode julgar os ciganos nem atirar pedras aos ciganos, porque visto que há muito pouco tempo isso ainda existia na sociedade maioritária.*

E - Eu tenho visto as raparigas irem à escola cada vez mais.

B - *Porque eles sabem que a escola é fundamental, uma coisa muito boa foi o rendimento mínimo e de reinserção social que os estimula bastante a irem à escola.*

E - Gosta de ser mediador, ou é muito complicado?

B - *Gosto! É um trabalho que tem que ser feito, gostar, gostar, gostava que não houvesse mediadores, significava que não havia conflitos, que os ciganos estavam integrados, que estava*

tudo bem. Mas como é um trabalho necessário e eu acho que tenho vocação para a parte das humanidades e da relação social, fico satisfeito.

E - *Eu também acho importante, é pena não haver noutros hospitais.*

B - *No hospital de Beja já existe, estavam a pensar colocar em outros hospitais, mas são projetos que ainda estão a decorrer. Mas sim acho que é importante haver em vários hospitais e esclarecer muito bem os profissionais de saúde qual é o papel do mediador para não exigirem do mediador coisas que ele não pode fazer, mesmo porque ele também tem limites de mediação. Há pessoas que dizem: “chega lá e manda lá aquela gente embora”, não é assim, nós temos um papel, uma reputação a defender diante da nossa comunidade. Isso é o que nos permite ter autoridade como mediador e não se pode passar a marca, nem para um lado nem para o outro e as pessoas tem de compreender esse tipo de situação. As pessoas devem ser formadas e a instituição devia ser preparada para receber o mediador, principalmente aquelas que trabalham diretamente com ele.*

APÊNDICE XVII
DESCRIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO
ENFERMEIRO DE REFERÊNCIA PARA
DOENTES/FAMÍLIAS DE ETNIA CIGANA DO SUG



DESCRIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE REFERÊNCIA PARA DOENTES/FAMÍLIAS DE ETNIA CIGANA DO SUG.

Professora orientadora_
Enfermeira Elsa Monteiro

Enfermeiro orientadora_
Teresa Lourenço

Enfermeira co-orientadora_
Natália Pereira

Realizado por_ Anabela Pires #03,
estudante do 1º Mestrado
em Enfermagem Médico - Cirúrgica

ÍNDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO	3
2. PRÍNCIPIOS ORIENTADORES	6
3. CONSTRUÇÃO DO QUADRO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE REFERÊNCIA	7
3.1. QUADRO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE REFERÊNCIA	8
CONCLUSÃO	12
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	14

1. INTRODUÇÃO

A mediação intercultural tem conhecido nos últimos anos um interesse crescente. Os mais recentes movimentos migratórios têm colocado num mesmo espaço pessoas com origens culturais diferentes transformando a sociedade onde vivemos numa sociedade pluricultural, este facto contribuiu para a importância da mediação como prática profissional em projetos de intervenção social e como forma de reconstrução de novos moldes sociais. Inicialmente orientada para a resolução de conflitos, tem sido nos espaços do campo dos profissionais do social que a mediação se tem declarado como um inovador recurso e pode-se constituir como uma resposta a problemas em que as soluções tradicionais se mostram inadequadas (Castro & Santos, 2011) citando Lemaire e Poitras (2004).

Em Portugal a mediação social iniciou-se na década de noventa e assistiu-se ao advento de um conjunto de experiências de mediação intercultural e de projetos ligados essencialmente a movimentos associativos, dando origem à introdução de inovações e ao alargamento do âmbito da sua intervenção transpondo a resolução de conflitos para a construção de relações interculturais entre indivíduos e ou diferentes comunidades. De acordo com Castro e Santos (2011) citando Freire (2009), a mediação impõe-se como um projeto de mudança construindo canais de diálogo e de capacitação para a participação dos indivíduos em esferas da qual se mantêm afastados, assim sendo a mediação social funciona como estratégia em todos os níveis em que é necessário reforçar a interculturalidade.

A mediação foi definida como “*Um meio de procura de acordo em que as pessoas envolvidas são ajudadas (...)*” (Oliveira, Galego, & Godinho, 2005) citando Sousa (2002, p. 19) e é aplicável em todas as situações em que os participantes necessitam de chegar a acordo e onde a comunicação entre as partes é incompleta ou deficiente. Giménez (2006, p. 142)) acrescenta que a mediação intercultural pode ser definida como “*Modalidade de intervenção de terceiros em e sobre situações sociais de multiculturalidade significativa orientada para o reconhecimento do Outro e para a aproximação das partes, para a comunicação e compreensão mútua, para a aprendizagem e o desenvolvimento da convivência, para a regulação de conflitos e de adequação institucional, entre atores sociais ou instituições etno culturalmente diferentes.*” É consensual que a mediação vai muito para além da resolução de conflitos, protagonizando um projeto de mudança por via da construção de canais de diálogo e de capacitação.

Jean François Six (1990) citado por Castro e Santos (2011) reconhece quatro funções características de mediação, esta sistematização tem como papel amplificar o campo de ação da mediação.

- Mediação criadora, aquela que tem como função ou objetivo criar vínculos entre pessoas e grupos.
- Mediação renovadora, que permite melhorar as relações entre pessoas ou grupos.
- Mediação preventiva, que se centra na prevenção de um conflito.
- Mediação curativa com o objetivo de resolver o conflito.

Alguns autores defendem que o mediador deve ter uma posição de neutralidade e imparcialidade face às partes envolvidas e que a figura do mediador deve ser dotada de certas competências como a comunicação, a empatia e a relação com o Outro (Castro & Santos, 2011).

Por outro lado o Regulamento Profissional dos Enfermeiros (REPE, 1996) no artigo 5º refere que os cuidados de enfermagem são caracterizados por:

- 1) *"Terem por fundamento uma interação entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade;"*
- 2) *"Estabelecerem uma relação de ajuda com o utente;"*
- 3) *"Utilizarem metodologia científica, que inclui;"*
 - a) *"A identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em especial, no indivíduo, família, grupos e comunidade;"*
 - b) *"A recolha e apreciação de dados sobre cada situação que se apresenta;"*

Por sua vez o artigo 8º do regulamento acima referido salienta que *"No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos."* e o artigo 9º no que concerne às intervenções de enfermagem refere no ponto 4 que para *"efeitos dos números anteriores e em conformidade com o diagnóstico de enfermagem, os enfermeiros, de acordo com as suas qualificações profissionais:"*

- b) *"Decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes, criando a confiança e a participação ativa do indivíduo, família, grupos e comunidade;"*

Configurando que a profissão de enfermagem assenta na comunicação e na relação com o Outro e baseando-nos no REPE podemos transpor a figura de mediação para o enfermeiro de referência para a cultura cigana estabelecendo alguns princípios orientadores do papel do enfermeiro de acordo com os autores acima citados e criando uma grelha de descrição de

competências do enfermeiro de referência fundamentada nas competências do enfermeiro de cuidados gerais definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

2. PRINCÍPIOS ORIENTADORES

De acordo com Castro & Santos (2011) destinatários ciganos valorizam num profissional de referência um conjunto de competências ligadas à dimensão comunicacional como a assertividade e empatia: carinhoso, amigo, aberto, agradável, disponível e com capacidade de diálogo. As posturas adotadas no exercício das suas funções como a paciência, ponderação, flexibilidade, neutralidade e calma são também referenciadas, há que ter igualmente em consideração a importância do reconhecimento do profissional de referência pela comunidade cigana e a sua credibilidade perante a mesma.

O autor acima citado refere que a mediação como forma de resolução de conflitos deve contemplar três princípios básicos:

- Posição neutra e informalidade. O enfermeiro deve manter uma posição neutral não representar nenhuma das partes, nem deve impor soluções, não existem soluções predeterminadas.
- Confidencialidade, assegurar o sigilo e transmitir confiança para que a pessoa possa expor os seus problemas.
- Voluntariedade, ambas as partes devem concordar com a mediação (Castro & Santos, 2011).

Das funções do enfermeiro de referência devem constar:

- Apresentar-se como enfermeiro de referência
- Fazer o acolhimento, entregar guia de acolhimento.
- Fazer a colheita de dados.
- Dar informações sobre: Horário e número de visitas, alimentação, estado de saúde do doente, normas da instituição, horário das informações.
- Facilitar a comunicação entre a instituição e as famílias de etnia cigana.
- Encaminhar o doente/ família para a assistente social ou outros profissionais.
- Avaliar os cuidados de enfermagem com a restante equipa.
- Transmitir a informação às pessoas que detêm a máxima autoridade no grupo presente.
- Transmitir a informação da comunidade cigana para a instituição e vice-versa.

3. CONSTRUÇÃO DO QUADRO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE REFERÊNCIA

A elaboração do perfil de competências do enfermeiro de referência para a comunidade cigana decorre essencialmente da caracterização das competências profissionais do enfermeiro de cuidados gerais. Estas competências são transversais a todos os enfermeiros independentemente do campo de ação e contexto de desempenho profissional, (Carrondo, 2006).

O conceito de competência tem-se construído através de uma abordagem abrangente, construtivista e integrada que salienta o seu caráter dinâmico e complexo tentando ultrapassar o sentido tecnicamente original que subdividia a competência em atributos, tarefas primárias, tarefas secundárias e saberes, (Carrondo, 2006).

Para Alonso (2000, p. 21) competência é *“a capacidade de agir e reagir de forma apropriada perante situações mais ou menos complexas, através da mobilização e combinação de conceitos, procedimentos e atitudes pessoais, num contexto determinado, significativo e informado por valores”*.

Para a construção do perfil do enfermeiro de referência foram consultados os enfermeiros responsáveis de equipas de enfermagem do SUG do Hospital X , enfermeiro orientador e coordenador; a partir das sugestões apresentadas foram realizadas as alterações e correções necessárias até ao consenso e definição final. Foi assim construída a grelha de descrição de competências a partir da adaptação do documento emitido pela Ordem dos Enfermeiros em 2003 e pela revisão bibliográfica que se encontrou disponível sobre o tema. As competências do enfermeiro de cuidados gerais estão definidas pela Ordem dos Enfermeiros desde outubro de 2003, de acordo com as competências que integram o *ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurses*, do Conselho internacional de Enfermeiros.

De acordo com Council of Europe (1995) o enfermeiro tem como papel na sociedade colaborar para que os indivíduos/famílias/comunidades encontrem o seu potencial de saúde independentemente do âmbito onde vivem, executando funções como gerir e prestar cuidados de enfermagem quer ao nível da prevenção da doença, quer ao nível da promoção da saúde. O enfermeiro deve atuar dentro da equipe de saúde e da sociedade como membro ativo, tem como função formar/educar os doentes/famílias e incrementar uma prática de enfermagem baseada na reflexão crítica.

O perfil do enfermeiro de referência organizou-se em três dimensões, cada uma destas dimensões integra áreas de competência.

- Prática profissional e ética.
- Prestação e gestão de cuidados.
- Desenvolvimento profissional

Na dimensão profissional e ética sobressai a responsabilidade deontológica enquanto profissional com um conhecimento específico que dá resposta às necessidades dos doentes/famílias, inclui assim como áreas de competência a responsabilidade pessoal e a responsabilidade ética (Carrondo, 2006).

A dimensão da prestação e gestão de cuidados envolve o conhecimento técnico, relacional e científico indispensável a um exercício profissional baseado na relação interpessoal focalizando cuidados de enfermagem de qualidade dirigidos à pessoa/família/comunidade, organiza-se em várias áreas de competência como promoção da saúde, planeamento, execução, avaliação, comunicação e relações interpessoais, cuidados de saúde interprofissionais, valorização profissional e formação contínua, (Carrondo, 2006).

A dimensão do desenvolvimento centra-se nos processos de reflexão crítica e de formação, tendo em consideração o desenvolvimento pessoal e profissional, integra três áreas de competência; valorização profissional, melhoria da qualidade e formação contínua, (Carrondo, 2006).

3.1 QUADRO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE REFERÊNCIA

Competências do enfermeiro de referência
Domínio: Da responsabilidade e da promoção da ética na prática profissional
<p>Aceita a responsabilidade e responde pelas suas ações e pelos juízos profissionais que elabora.</p> <p>Consulta peritos em enfermagem quando os cuidados ao doente/família de etnia cigana requerem um nível de perícia que esta para além da sua competência atual.</p> <p>Consulta outros profissionais de saúde e organizações, quando as necessidades dos doentes/famílias de etnia cigana estão para além da sua área de exercício.</p> <p>Exerce de acordo com o código deontológico.</p> <p>Atua face às violações dos direitos humanos e na defesa dos direitos dos</p>

doentes/famílias de etnia cigana.

Garante a confidencialidade e a segurança das informações obtidas enquanto profissional, mantendo sigilo.

Respeita o direito à privacidade do doente de etnia cigana.

Respeita o direito do doente de etnia cigana à escolha de interlocutor do mesmo sexo referente aos cuidados de enfermagem e de saúde, (é importante o prestador de cuidados ser do mesmo sexo de forma a evitar constrangimentos).

Reconhece as suas crenças e os seus valores e a forma como estes podem influenciar a prestação dos cuidados, avaliando o seu comportamento cultural sem impor os seus próprios valores.

Interpreta os seus preconceitos face a outras culturas e compreende o seu comportamento e a forma como este facilita ou interdiz a mediação, prestando cuidados culturalmente sensíveis.

Respeita os valores, crenças, práticas, estilos de vida e estratégias de resolução de problemas da cultura do doente e comunidade cigana.

Domínio: Prestação e gestão de cuidados.

Prestação e gestão de cuidados.

Aplica os conhecimentos acerca da cultura cigana e usa as técnicas mais adequadas na resolução ou prevenção de conflitos.

Resolve conflitos aplicando pensamento crítico e técnicas de resolução de problemas

Atua como recurso para a comunidade, famílias, doente de etnia cigana que enfrentam desafios colocados pela saúde e especialmente em caso de morte.

Apresenta a informação de forma clara e sucinta, adequando a informação prestada à comunidade cigana, na transmissão de informação em caso de morte deve-se ser cuidadoso.

Da promoção da saúde.

Trabalha em colaboração com outros profissionais na resolução dos conflitos e na promoção de cuidados culturalmente competentes.

Vê o doente/família de etnia cigana numa perspetiva holística tendo em conta as múltiplas determinantes da saúde.

Aplica o conhecimento que tem acerca da cultura cigana articulando com os recursos existentes de forma a promover a saúde e a educação para a saúde, esclarecendo em que

situação se deve realmente recorrer ao serviço de urgência, e incentivar a ida ao centro de saúde para problemas de menor gravidade e fornecendo informação sobre os recursos disponíveis na comunidade.

Atua de forma a dar poder aos indivíduos/ famílias/ comunidade de etnia cigana para a adoção de estilos de vida saudáveis, reforçando a importância de medidas preventivas na área da saúde.

Demonstra compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crença sobre a saúde de indivíduos/ famílias/comunidade de etnia cigana.

Reconhece o potencial da educação para a saúde nas suas intervenções saúde, aproveitando o saber e a permeabilidade das mulheres ciganas em relação às mudanças em geral e especificamente às relacionadas com a saúde.

Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com o doente/ família de etnia cigana.

Do planeamento

Formula o plano de cuidados de enfermagem em colaboração com os doentes/famílias de etnia cigana.

Consulta membros relevantes da equipa de cuidado de saúde e sociais.

Garante que os doentes/famílias de etnia cigana recebem e compreendem a informação necessária para o consentimento dos cuidados, adequando a linguagem.

Da execução.

Pratica a enfermagem de uma forma neutral e informal, exercendo a mediação de uma forma que respeite os limites de uma relação profissional com o doente/família.

Responde eficazmente em situações de conflito ou de necessidade de mediação e em situações inesperadas ou que se alterem rapidamente, ajuda as partes a encontrar uma solução comum e a resolver mal entendidos de origem cultural.

Avaliação.

Colabora com os doentes/famílias de etnia cigana na revisão dos progressos, face aos resultados esperados.

Comunicação e relações interprofissionais.

Inicia e desenvolve relações terapêuticas com o doente/ família de etnia cigana através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais:

- Adequa a linguagem.

- Usa a criatividade e o bom humor.
- Utiliza um estilo cooperativo na procura da solução em caso de conflito.
- É aberto, carinhoso, amigo, agradável.
- Mostra disponibilidade.
- Sabe escutar.
- Sabe acolher.
- Mantém prudência, flexibilidade e criatividade.
- Saúda especificamente os homens ciganos (um detalhe que condicionará a confiança de “cabeça de família” e por conseguinte de todos os membros).

- Trata por tu as pessoas mais velhas da comunidade.
- Transmite a informação às pessoas que detêm a máxima autoridade dentro do grupo presente.

Assegura que a informação dada ao doente/ família/ comunidade de etnia cigana é apresentada de forma clara e apropriada.

Responde apropriadamente às questões, solicitações e aos problemas dos doentes/ famílias de etnia cigana, no respeito pela sua área de competência.

Comunica com o doente/família de etnia cigana de forma a dar-lhes poder.

Cuidados de saúde interprofissionais

Estabelece e mantém relações de trabalho com enfermeiros da urgência pediátrica em caso de necessidade.

Valoriza as capacidades de outros membros da equipa na prestação de cuidados culturalmente sensíveis.

Participa na tomada de decisão respeitante aos doentes de etnia cigana, conjuntamente com outros membros da equipa de saúde.

Tem em conta a opinião dos doentes / famílias de etnia cigana na tomada de decisão pela equipa interprofissional.

Este documento foi construído e adaptado por Anabela Pires, do documento emitido pela Ordem dos Enfermeiros em outubro de 2003, onde se encontram definidas as competências do enfermeiro de cuidados gerais.

CONCLUSÃO

A relação da comunidade cigana com o sistema de saúde acontece essencialmente pelo contacto com o centro hospitalar, por vezes os conflitos surgem pelo desconhecimento sobre a organização e o seu funcionamento, por isso é essencial manter uma atitude de respeito em relação aos costumes ciganos, negociadora e esclarecedora das regras da organização de forma a ajudar a família/ doente na resolução de situações de potencial conflito, traçando canais de comunicação e de capacitação (Fundación Secretariado Gitano, 2007).

O uso excessivo que os membros da comunidade cigana fazem dos serviços de urgência está relacionado com a perceção da doença e a sua associação com a morte, a família entra num estado de luto que só termina quando o doente regressa a casa e por este motivo permanece à porta do hospital, onde recebe manifestações de solidariedade de outros familiares. Como tal a existência de um elemento mediador e de referência é fundamental para transmitir a informação da comunidade cigana para a instituição e vice-versa e para facilitar a comunicação entre a instituição e as famílias de etnia cigana. A definição de enfermeiro de referência no SUG para as comunidades ciganas ajudará à obtenção de um acompanhamento mais próximo e o desenvolvimento de uma relação de confiança (Fundación Secretariado Gitano, 2007).

A construção de grelha de competências do enfermeiro de referência para a comunidade cigana pode-se considerar um recurso para o desenvolvimento da qualidade das intervenções de enfermagem no SUG. A mediação intercultural é considerada pela Fundación Secretariado Gitano (2007) uma interposição que facilita o acesso apropriado ao sistema de saúde, contribuindo para atenuar as desigualdades e a prevenção de prováveis conflitos e uma ponte entre esta comunidade e os profissionais de saúde pelo facto de fomentar o intercâmbio entre os protagonistas.

Segundo a organização acima citada incluir experiências piloto de mediação intercultural nos centros hospitalares possibilitará trabalhar com a população cigana aspetos que tem a ver com a promoção da saúde e o uso apropriado dos serviços, o conhecimento das condutas e códigos culturais é uma condição importante para mudanças significativas nos comportamentos.

O enfermeiro deve-se distinguir pela experiência que lhe permita compreender e respeitar os outros, num contexto onde procura abster-se de juízos de valor comparativamente à pessoa doente, sendo que o exercício profissional da enfermagem se centraliza na relação entre o enfermeiro e uma pessoa/família/comunidade no sentido de melhorar e otimizar as suas intervenções, as ações de enfermagem auxiliam a pessoa a gerir os recursos da comunidade em

matéria de saúde. Na tomada de decisão que norteia o exercício profissional o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual/família/grupo/comunidade e após identificação dos mesmos, as intervenções devem ser prescritas de forma a evitar riscos e detetar potenciais dificuldades e resolver ou minimizar os problemas identificados (Ordem dos Enfermeiros, 2003). É neste contexto que a grelha de descrição de competências do enfermeiro de referência para a comunidade cigana é criada e reforçada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso, L. (s.d.). A construção de um referencial de competências chave para a cidadania e a empregabilidade. *Saber mais- revista para o desenvolvimento da educação e formação de adultos.*, p. 2000.
- Carrondo, E. M. (Março de 2006). Formação profissional de enfermeiros e desenvolvimento da criança : contributo para um perfil centrado no paradigma salutogenico. Minho, Portugal: Instituto de estudos da criança .
- Castro, A., & Santos, M. (2010). *Na busca de Consensos para a Promoção da coesão Social - O Percurso Profissional dos Mediadores Municipais Ciganos*. CET - Centro de Estudos Territoriais ISCTE.
- Castro, A., & Santos, M. (2011). *Monitorização e Avaliação do Projecto Mediadores Municipais: Relatório de Síntese*. Lisboa: Centro de Estudos sobre a Mudança Socio-Económica e o Território ISCTE.
- Castro, A., Santos, M., & Knapie, S. (2010). *Projecto Mediadores Municipais - Relatório Final de Avaliação*. CET - Centro de Estudos Territoriais ISCTE.
- Fundación Secretariado Gitano. (2007). Guia para a Intervenção com a comunidade Cigana nos Serviços de Saúde. Madrid: REAPN.
- Giménez, C. R. (2006). *Modelos de Mediation y Suaplicación en Mediation Intercultural*. Granada.
- Oliveira, A., Galego, C., & Godinho, L. (2005). *Mediação Sócio Cultural - Um Puzzle em Construção*. Lisboa: Observatório de Imigração.
- Ordem dos Enfermeiros. (Outubro de 2003). *Divulgar- Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa.
- REPE. (1996). Regulamento Profissional dos Enfermeiros. *161/96, Dec Lei*. Lisboa: Diário da Republica.

APÊNDICE XVIII
QUADRO RESUMO DO PLANEAMENTO DO
PROJETO DE APRENDIZAGEM DE
COMPETÊNCIAS (PAC)

Planeamento do Projeto

Estudante: Anabela Carvalho Sequeira Pires

Orientador: Enfermeira Especialista TL

Instituição: Hospital X.

Serviço: Urgência Geral.

Título do Projeto:

Objetivos (geral específicos, centrados na resolução do problema. Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo, já discutidos com o professor e o orientador):

OBJETIVO GERAL

Objetivos Específicos

Elaborar dossiê temático sobre a morte e o luto em algumas culturas

Elaborar procedimento setorial acerca da atuação de enfermagem à pessoa com *pacemaker* provisório.

Integrar grupo de trabalho em serviço “melhoria contínua da qualidade da resposta à reanimação cardiorrespiratória”.

Criar dossiê temático sobre os sistemas de combate a incêndio (tipos de extintores, rede de incêndio armada) e sistemas de alarme de incêndios.

Elaborar lista de inconformidades e medidas corretivas em relação aos sistemas de combate e alarme a incêndios do SUG do Hospital X .

Elaborar *poster* explicativo de manuseamento de extintor portátil de incêndio.

Atualizar procedimento geral sobre higienização de salas de pequena cirurgia.

Criar mapa de atividades de higienização de salas de pequena cirurgia com discriminação de atividades (diária, semanal e mensal).

Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção (chefia direta, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)

Enfermeira Tutora, Sr.^a Enfermeira T L

Enfermeira coorientadora, Sr.^a Enfermeira N P

Enfermeira coordenadora do Serviço de Urgência do - Hospital X , Sr.^a Enfermeira F S

Enfermeiras Responsáveis por Formação em Serviço do Serviço de Urgência do Hospital X : Sr.^a Enfermeira D P, Sr.^a Enfermeira N P

Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência.

Enfermeiras de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

Enfermeiro de Gabinete de Gestão de Risco.

Enfermeiro elo de ligação com CCIH.

Data: _____ / _____ / _____

Assinatura: _____

K1 — Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Indicadores de Avaliação	Unidades de Competência de Desempenho
Elaborar dossiê temático sobre a morte e o luto em algumas culturas.	<ul style="list-style-type: none">• Pesquisa bibliográfica sobre como a morte e o luto é vivenciado na cultura cigana, chinesa, africana, na religião islâmica, hindu e judaica.• Elaboração de dossiê temático sobre com a morte e o luto é vivenciado na cultura cigana, chinesa, africana e religião islâmica.• Apresentação de documento à aprovação de enfermeira coordenadora do SUG, enfermeira da formação em serviço, Enfermeira orientadora e coorientadora, a fim de recolher sugestões.• Proceder às correções necessárias.• Proceder à impressão do dossiê temático.• Apresentação e divulgação do dossiê temático à equipe de enfermagem no		K.1.4.1 - Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica da saúde/ doença e ou falência orgânica.

<p>Elaborar procedimento setorial acerca da atuação de enfermagem à pessoa com <i>pacemaker</i> provisório.</p>	<p>momento da formação a realizar de acordo com quarto objetivo do PIS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica sobre <i>Pacemaker</i> provisório e cuidados de enfermagem ao doente com <i>pacemaker</i> provisório. • Elaboração de procedimento setorial acerca da atuação de enfermagem à pessoa com <i>pacemaker</i> provisório. • Apresentação do documento e auscultação de opinião de enfermeira coordenadora acerca do mesmo e enfermeira orientadora e coorientadora. • Proceder às correções necessárias. • Pedido de autorização à enfermeira coordenadora para implementação do 	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimento setorial. 	<p>K.1.2 – Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos.</p>
---	--	--	---

<p>Integrar grupo de trabalho em serviço “Melhoria contínua da qualidade da resposta à reanimação cardio respiratória.</p>	<p>procedimento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Divulgação do procedimento por via intranet. • Reuniões de grupo de trabalho em serviço “Melhoria contínua da qualidade da resposta à reanimação cardiorrespiratória. • Pesquisa bibliográfica sobre: <ul style="list-style-type: none"> Artigos sobre reanimação cardiorrespiratória, <i>guidelines</i> acerca do tema, Orientações da Direção Geral de Saúde sobre organização do material de emergência nos serviços e unidades de saúde. • Realização de procedimento sobre resposta à reanimação cardiorrespiratória na sala de reanimação do SUG, regulamento da sala de reanimação do SUG, norma e protocolo de utilização do carro de reanimação. • Atualização de documento de composição 	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimento setorial “Eficácia da resposta à RCP na sala de Reanimação/emergência do SUG”. • Regulamento da sala de Reanimação do SUG. • Normas de utilização do carro de Reanimação cardiorrespiratória. • Registo de abertura do carro. 	<p>K.1.2 – Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos.</p>
--	---	---	---

	<p>e organização de carros de reanimação do SUG.</p> <ul style="list-style-type: none">• Apresentação e auscultação de opinião de enfermeira coordenadora acerca dos documentos.• Proceder às correções necessárias.• Pedir autorização para implementação do procedimento, regulamento e protocolo de utilização de carro de reanimação.		
--	---	--	--

K2 — Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi -vítima, da conceção à ação

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Indicadores de Avaliação	Unidades de Competência de Desempenho
<p>Criar dossiê temático sobre os sistemas de combate a incêndio (tipos de extintores, rede de incêndio armada) e sistemas de alarme de incêndios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Legislação, normas e procedimentos do Hospital X, relacionados com o tema. - Plano de Emergência Interno do Hospital X. • Realização de estágio de observação no Gabinete de Gestão de Risco. • Elaboração de dossiê temático sobre sistemas de combate a incêndio e sistemas de alarme de incêndios. • Partilha de dossiê temático com Enfermeiro de Gabinete de Gestão de Risco, no sentido de auscultar a sua opinião relativamente ao mesmo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dossiê temático. • Relatório de estágio. 	<p><i>K.2.1- Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência.</i></p> <p><i>K.2.2- Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe.</i></p>

<p>Elaborar lista de inconformidades e medidas corretivas em relação aos sistemas de combate e alarme a incêndios do SUG Hospital X .</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proceder a alterações se necessário. • Apresentação de dossiê temático à Enfermeira coordenadora, Diretor do SUG Hospital X e Enfermeira da formação em serviço. • Pedido de autorização à enfermeira coordenadora para divulgação do documento. • Divulgação do documento por via intranet. <ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Legislação. - Auditorias. - Consulta de documento de política de gestão de meios de prevenção e combate a incêndios do Hospital X de 22-12 de 2012. - Consulta de procedimento geral de 	<ul style="list-style-type: none"> • Relatório de estágio. Grelha de auditoria. • Lista de inconformidades e medidas corretivas (layout hospitalar). • Relatório de estágio. 	<p><i>K.2.3- Gere os cuidados em situações de Emergência e/ou catástrofe.</i></p> <p><i>K.2.1- Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência.</i></p> <p><i>K.2.2- Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe.</i></p>
---	--	---	---

	<p>atuação em caso de incêndio .</p> <ul style="list-style-type: none">- Consulta de Consulta de Plano de Emergência Interno do Hospital X.- Realização de estágio de observação no Gabinete de Gestão de Risco. <ul style="list-style-type: none">• Elaboração de grelha de auditoria baseado no Regime jurídico da Segurança contra incêndios em Edifícios, decreto-lei 220/2008 de 12 de novembro, conjuntamente com as diversas portarias complementares que estabelecem o regime jurídico de segurança contra incêndios em edifícios.• Submissão de grelha de auditoria para validação ao Enfermeiro do Gabinete de Gestão de Risco, Enfermeira coordenadora do SUG do Hospital X, Enfermeira orientadora e coorientadora.		<p><i>K.2.3- Gere os cuidados em situações de Emergência e/ou catástrofe.</i></p>
--	---	--	---

<p>Elaborar poster explicativo de manuseamento de extintor portátil de incêndio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de auditoria a sistemas de combate a incêndio do SUG do Hospital X e sistemas de alarme de incêndios. • Elaboração do relatório de auditoria (inconformidades e sugestões). • Divulgação dos resultados à enfermeira coordenadora. • Divulgação dos resultados no Gabinete de Gestão de Risco em conjunto com enfermeira coordenadora. • Realização de estágio de observação no Gabinete de Gestão de Risco. • Pesquisa bibliográfica sobre: 	<ul style="list-style-type: none"> • Poster. • Relatório de estágio. 	<p><i>K.2.2- Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe.</i></p> <p><i>K.2.3- Gere os cuidados em situações de Emergência e/ou catástrofe.</i></p>
--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none">- Extintores de incêndio (tipo, uso e manuseamento). - Classes de incêndio e agentes extintores e elaboração de <i>posters</i>. • Elaboração de <i>poster</i>. • Submissão de poster para validação e recolha de opiniões ao Enfermeiro do Gabinete de Gestão de Risco, Enfermeira coordenadora do SUG do Hospital X , Enfermeira orientadora e coorientadora. • Proceder às correções necessárias.- Pedido de aprovação por chefia hierárquica e funcional. - Envio de <i>poster</i> por <i>e-mail</i> ao Gabinete de comunicação e Imagem.		
--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Após aprovação por Conselho de Administração o material educativo será divulgado por Gabinete de Comunicação e Imagem do Hospital X . 		
--	---	--	--

K3 — Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.			
Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Indicadores de Avaliação	Unidades de Competência de Desempenho
<p>Atualizar procedimento geral sobre higienização de sala de pequena cirurgia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Princípios gerais de limpeza hospitalar, detergentes e desinfetantes utilizados em ambiente hospitalar, material e equipamento de limpeza, esquema de 	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimento geral. • <i>Checklist</i> de verificação. • Relatório de 	<p><i>K.3.1- Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.</i></p>

	<p>limpeza, práticas de limpeza recomendadas para salas operatórias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização de estágio na Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar do Hospital X . • Elaboração de procedimento geral em conformidade com <i>layout</i> hospitalar. • Elaboração de checklist de higienização de sala de pequena cirurgia (diária, semanal e mensal) como anexo a procedimento geral. • Elaboração de documento para colocação em anexo sobre como utilizar equipamento de proteção individual e ficha técnica de desinfetantes e medidas a tomar em caso de acidentes com desinfetantes. • Apresentação do documento à aprovação de Enfermeira coordenadora, Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar, Enfermeira elo de ligação com Comissão de Controlo 	<p>estágio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mapa de atividades. • Relatório de estágio. 	<p><i>K.3.2- lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.</i></p>
--	--	--	---

<p>Criar mapa de atividades de higienização de sala de pequena cirurgia com discriminação de atividades (diária,</p>	<p>de Infecção Hospitalar do Hospital X, Enfermeira orientadora e coorientadora.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proceder às correções necessárias. • Submissão do procedimento à Enfermeira coordenadora, Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar do Hospital X, enfermeira elo de ligação com Comissão de Controlo de Infecção. • Divulgação do procedimento aos Assistentes Operacionais e Auxiliares de limpeza do SUG do Hospital X , durante as passagens de turno e via intranet. • Pesquisa bibliográfica sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Princípios gerais de limpeza hospitalar, detergentes e desinfetantes utilizados em ambiente hospitalar, material e equipamento de limpeza, esquema de limpeza, práticas de limpeza recomendadas param salas 		<p><i>K.3.1- Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica</i></p>
--	--	--	---

<p>semanal e mensal).</p>	<p>operatórias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização de estágio na Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar do Hospital X . • Elaboração de mapa de atividades de higienização de salas de pequena cirurgia com discriminação de atividades (diária, semanal e mensal). • Apresentação do documento à aprovação de Enfermeira coordenadora, Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar, Enfermeira elo de ligação com Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar, Enfermeira orientadora e coorientadora. • Proceder às correções necessárias. • Submissão do documento à Enfermeira coordenadora, Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar do Hospital X, Enfermeira elo de ligação com Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar. 		<p><i>K.3.2- lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.</i></p>
---------------------------	--	--	---

	<ul style="list-style-type: none">• Divulgação do documento aos Assistentes Operacionais e Auxiliares de limpeza do SUG D Hospital X , durante as passagens de turno e via intranet.		
--	--	--	--

APÊNDICE XIX
CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DO PAC

APÊNDICE XX
DOSSIÊ TEMÁTICO “A MORTE EM ALGUMAS
CULTURAS – RITUAIS E TRADIÇÕES”



Dossiê temático

A morte em algumas culturas- rituais e tradições

Realizado por Anabela Pires, estudante do 1º curso de Mestrado
em Enfermagem Médico - Cirúrgica

Professora Orientadora_ Enfermeira Elsa Monteiro

Enfermeira Orientadora_ Teresa Lourenço

D o s s i ê t e m á t i c o

A morte em algumas culturas- rituais e tradições

Realizado por Anabela Pires, estudante do 1º curso de Mestrado
em Enfermagem Médico - Cirúrgica

Professora Orientadora_ Enfermeira Elsa Monteiro

Enfermeira Orientadora_ Teresa Lourenço

JUNHO 2012

A morte em algumas culturas - Rituais e Tradições

A morte e o modo como se morre sempre ocuparam um lugar no pensamento humano.

Cada sociedade tem a sua própria cultura, hábitos, crenças e valores que a aproxima ou a diferencia das outras, cada realidade cultural tem os próprios comportamentos e atitudes que oferecem aos indivíduos uma indicação de como se devem se comportar perante a morte, repetindo a sua própria cultura e também diferenciando-a das outras (Gutierrez e Ciampone, 2012).

Um maior conhecimento acerca das crenças religiosas, tradições, necessidades especiais e aspetos diferentes das principais culturas e religiões permitirá aos enfermeiros responder adequadamente às necessidades individuais de cada pessoa e a um acompanhamento mais ajustado durante e após a morte, (Lopes, et al., 2009).

(...) talvez mais do que na vida, é na morte que o homem se revela. É nas suas atitudes e crenças perante a morte que o homem exprime o que a sua vida tem de mais fundamental.

Edgar Morin

Índice Geral

Hinduísmo	6
Como as grandes religiões encaram o momento da morte	7
A Morte e o Luto na perspectiva do Híduismo e do Judaísmo	7
Morte e Luto através das Culturas	8
Judaísmo	11
Como as grandes religiões encaram o momento da morte	12
A Morte e o Luto na perspectiva do Híduismo e do Judaísmo	12
O luto judaico	13
Islamismo	18
Rituais Islâmicos	19
Morte e Luto através das Culturas	23
Cultura cigana	26
A morte e o luto	27
Nós os ciganos e os outros: Etnicidade e Exclusão Social	28
Homens de respeito - Etnias tradicionais e suas identidades	31
Senda Gitana Retrato Social da Comunidade Cigana no	
Concelho de Aveiro	33
Cultura chinesa	36
A morte e a cultura tradicional da china	37

Hinduísmo

“Se quiseres suportar a vida, fica pronto para aceitar a morte” Freud, Sigmond.

Hinduísmo

Brama é a força espiritual suprema, é a essência da qual nascem todos os seres.

Como as grandes religiões encaram o momento da morte

por Sheyla Miranda

Os Hindus acreditam na reencarnação, ou seja, que a alma volta várias vezes à vida até se libertar. A vida na Terra é parte de um ciclo de nascimento, morte e renascimento. Logo que alguém falece, iniciam-se rituais para desprender a alma do corpo - geralmente cremado - sem traumas e para que ela encontre nova casa - um corpo humano ou de animal, de acordo com o comportamento na vida anterior (Miranda, 2012).

A Morte e o Luto na perspectiva do Híduismo e do Judaísmo.

por Pedro Vivas

A morte de um Hindu não é apenas um acontecimento familiar privado, afeta toda a comunidade e todos os conhecidos do falecido são obrigados a comparecer no funeral, a não comparência é uma transgressão social grave (Vivas, 2008).

Os familiares do doente Hindu em fase terminal rezam e jejuam para agradecer aos deuses e permanecem junto do doente.

Quando um hindu está prestes a morrer, o corpo é deitado no chão, a céu aberto, com a cabeça voltada para o sul. A prática, cultivada em regiões da

Índia e em outros países, inicia o desprendimento entre corpo e alma, os familiares reúnem-se junto do doente e entoam mantras (Vivas, 2008).

O corpo do falecido é lavado, untado com óleo e pasta de sândalo e vestido com boas roupas, como se fosse a uma festa; as mulheres são penteadas e os homens, barbeados. Uma mortalha de tecido recobre o corpo dos pés à cabeça, mas o topo do crânio fica descoberto.

O corpo é cremado, na Índia o corpo é cremado numa pira em chamas e é o filho mais velho que a acende, as cinzas são espalhadas nas águas do rio Ganges.

As viúvas retiram a marca de casadas da testa (sindoor).

As mulheres vestem saris brancos durante um ano.

O funeral dura 12 dias, neste período a família dorme no chão e só come comida vegetariana.

No hospital sempre que possível, o doente em fim de vida deve ser colocado num quarto privado ou isolar-se a unidade do doente.

Favorecer a presença de familiares junto do doente para que estes possam realizar os rituais necessários às necessidades espirituais e facilitar a presença de um guia espiritual (Vivas, 2008).

Morte e Luto através das Culturas

por Colin Murray Parkers, Pitto Laungani, Bill Young

Existem diferenças consideráveis quanto às normas observadas pelos hindus de diferentes castas, regiões e estatuto financeiro.

Parentes próximos, em particular as esposas, dos doente em estado terminal irão rezar, jejuar e pedir a ajuda de astrólogos e outros, de modo a agradar aos deuses para que estes devolvam a saúde dos doentes. Poucos aceitarão a aproximação da morte. A família e os amigos permanecerão juntos à cabeceira durante todo o tempo.

É dever sagrado (dharma) da família e da subcomunidade (baradari) lidar com a morte no interior da família de acordo com os ensinamentos dos

shastras, textos religiosos sagrados, destinados à realização de todos os ritos e rituais esperados, no sentido de atrair atos de piedade e caridade, de modo a assegurar o repouso pacífico da alma que parte.

Quando se torna claro que a pessoa em questão está a morrer, é tirada da cama e colocada no chão. Os parentes juntam-se à sua volta, molham uma ou duas folhas de manjerição (tulsi) na água sagrada do rio Ganges e colocam-nas nos lábios do moribundo, acompanhando todo o ritual com hinos e canções sagradas.

Quando a morte sobrevém, sons parecidos com uivos poderão eventualmente ser emitidos.

O cadáver deverá ser levado para casa sem que se proceda, de preferência, a qualquer lavagem após o falecimento. Será a família que irá levar a cabo o ritual da lavagem.

A viúva fará desaparecer a sua marca de casada (sindoor) e os familiares femininos próximos vestirão saris brancos durante um ano, após a morte. Os filhos, frequentemente, rapam a cabeça, deixando apenas um pequeno tufo de cabelo.

Os rituais do funeral duram doze dias. Estes poderão afetar uma família de recursos acima da média. Durante este período os membros da família dormem no chão e comem apenas comida vegetariana. Haverá orações, cânticos e leituras dos livros sagrados. A comida é preparada e os amigos juntam-se à cerimónia, após as abluções formais, ao nascer e ao por do sol. Visitam o corpo que está no chão envolvido em panos brancos e com a face descoberta.

O corpo é ungido, ornamentado com flores e levado em procissão, com o fim de ser cremado no altar em chamas. A pira será acesa pelo filho mais velho. Os indivíduos de luto cantam e choram. Os parentes próximos esperarão até ouvirem o som do crânio a estalar, sinal de que o espírito pode partir.

Após o regresso do crematório, os amigos fazem as suas abluções e juntam-se para apresentar condolências à família usando uma saudação ritual. As pessoas são incentivadas a chorarem. Por vezes, são contratadas carpideiras profissionais para esta função.

Numa cerimónia posterior, as cinzas serão espalhadas pelas águas do Ganges. Os mendigos serão alimentados em sinal de tributo à pessoa falecida.

BIBLIOGRAFIA

(2003). In P. L. Collin Murray Parkes, *A morte e o luto através das culturas* (p. 89).

Miranda. (2012, 05 10). Retrieved from <http://mundoestranho.abril.com.br/materia/como-as-grandes-religioes-encaram-o-momento-da-morte>.

Vivas, P. (2008, Julho). A Morte e o Luto na perspectiva do Híduismo e do Judaísmo.

Judaísmo

“De todas as meditações cuidadas, a da morte é suprema” Shakyamuni Buddha.

Judaísmo

Yahweh (Deus) é o criador do universo

Como as grandes religiões encaram o momento da morte

por Sheyla Miranda

No judaísmo a vida é a preparação para um mundo vindouro e a morte não é uma tragédia, mas algo natural. Os judeus se veem como "hóspedes temporários" de passagem pela Terra. Ou seja, a alma sobrevive mesmo que o corpo tenha falecido. Se foram bons e dignos em vida, a alma será recompensada no além, é para que siga iluminada que amigos e familiares cumprem uma série de rituais (Miranda, 2012).

A Morte e o Luto na perspectiva do Hínduísmo e do Judaísmo.

por Pedro Vivas

Dois dos mandamentos do judaísmo são honrar os mortos e confortar os que estão de luto.

Deve-se visitar o doente em fim de vida e ajuda-lo a encontrar a paz.

A vida não deve ser prolongada e a morte não deve ser acelerada.

O corpo não deve ser alterado (a autópsia não é permitida).

Nos cuidados ao corpo os olhos e a boca são fechados, o corpo é colocado no chão com os pés virados para a porta de modo a que a alma possa partir.

As janelas do local do óbito de um judeu são abertas, e acessórios como joias, relógios e até perucas são retirados do morto, para que ele não encontre o criador usando objetos mundanos.

O corpo é coberto e é colocada uma vela acesa junta da cabeça.

Os espelhos são tapados.

O corpo é velado até ao momento do funeral.

Após o Taharah (ritual de lavagem) o morto é envolto numa mortalha.

O caixão deve ser arranjado rápido, seguindo um padrão: ser de madeira, forrado com um pano preto e adequado ao tamanho do corpo, estampando a estrela de Davi. Os caixões dos judeus devem ser parecidos para lembrar que a morte iguala todos.

Quem está de luto rasga as roupas e coloca uma fita preta no vestuário, até ao enterro, não se deve barbear nem ter atividade social. Os judeus ortodoxos dormem no chão durante uma semana (shiva) como sinal de sofrimento.

Os não judaicos não podem assistir ao enterro mas podem comparecer ao funeral.

O enterro deve ser rápido (24 horas após a morte).

A campa é coberta de terra pelos familiares enlutados e após esse ritual realiza-se o ritual de lavagem das mãos.

Em casa do falecido, realiza-se uma reunião com ofertas e comida tradicional (Vivas, 2008).

O luto judaico

Por Gilson Barbosa

Há quatro momentos de extrema importância na existência de um judeu: nascimento, início da vida adulta, casamento e morte.

Hábitos culturais dos enlutados

Na cultura judaica, o morto é tratado com reverência e respeito, por isso, para o judeu, os mínimos detalhes que envolvem o luto não são somente importantes, mas também necessários. Entre vários pormenores, destacamos os seguintes:

Keriá

É representado pelo ato de se rasgar as vestes. Na Bíblia, há relatos diversos sobre esse comportamento. O patriarca Jó, ao saber que seus filhos haviam morrido, "... se levantou, rasgou o seu manto..." (Jó 1.20). Jacó se desesperou ao ser comunicado, por seus filhos, que um animal tinha despedaçado José. Então, diante dessa notícia, sua atitude foi imediata: "... rasgou as suas vestes..." (Gn 37.34). Da mesma maneira, depois de ser informado sobre a morte do rei Saul, "apanhou Davi as suas vestes, e as rasgou..." (2Sm 1.11). Nesse procedimento, alguns detalhes são importantes. Atualmente, para que não aconteça haver desperdício de roupas, os judeus adotaram o hábito de usar um lenço ou uma fita que substitui as vestes e mantém a simbologia da kería sem onerar o enlutado. A posição para que a kería seja realizada deve ser em pé. Noivos não são obrigados a rasgar as vestes, em período nupcial, caso coincida com a morte de um parente, visto que o casamento é um ato considerado extremamente sagrado para os judeus e não deve sofrer interferência de nenhum motivo de força maior.

Shivá

Há alguns períodos de tempo determinados para que um judeu, vítima da perda de um ente querido, recupere-se de suas tristezas, consiga controlar e adaptar suas emoções à nova fase de sua vida. Os filhos que perderam seus pais observavam o período de um ano completo.

Para outros casos de luto, os mestres judaicos, fazendo uma analogia com as festas da páscoa e do tabernáculo, que duravam sete dias, acharam por bem normalizar a etapa primária de maior intensidade e enquadrá-la dentro dos sete primeiros dias, período conhecido como shivá, que em hebraico significa "sete". São duas as passagens bíblicas que os judeus costumam lembrar nessa ocasião: Gênesis 50.10: "Chegando eles, pois, à eira de Atade, que está além do Jordão, fizeram um grande e dolorido pranto; e fez [José e família] a seu pai uma grande lamentação por sete dias", e Amós 9;10: "E tornarei as vossas festas [duração de sete dias] em luto..."

Quando o sofrimento da perda era muito intenso, concedia-se, além dos sete dias, mais três semanas de recuperação do luto sofrido. Tudo isso

visava liberar o enlutado para que pudesse viver suas lamentações e sofrimentos sem importunações.

Nos sete dias (shivá), o enlutado deve sentar no chão e evitar conversas em excesso, como fez Jó e seus amigos: “E assentaram-se com ele na terra, sete dias e sete noites; e nenhum lhe dizia palavra alguma, porque viam que a dor era muito grande” (Jó 2.13). É importante que o enlutado receba uma visita logo na primeira semana de sofrimento, para que a sua dor da perda seja atenuada. O hábito de se sentar no chão foi substituído pelo hábito de se sentar sobre uma almofada ou sobre um assento bem próximo ao solo.

Cadish

É a oração do enlutado. A pessoa enlutada, ao participar dos serviços de culto nas sinagogas, recita o cadish. Ao pronunciar essa oração, o enlutado, na verdade, manifesta sua fé em Deus em meio à adversidade e, assim, confirma que, independente da situação pela qual está passando, ainda crê em Deus. É uma atitude similar à de Jô, que disse: “Ainda que ele me mate, nele esperarei; contudo os meus caminhos defenderão diante dele” (Jó 13.15). O objetivo dessa oração é engrandecer e reconhecer a soberania de Deus, apesar dos infortúnios advindos das fatalidades. A oração tem início com a seguinte expressão: “Exaltado e santificado seja o seu grande nome”. Se o falecido não tiver filhos ou parentes, o responsável pela citação do cadish é o encarregado da sinagoga. Ao longo do tempo, adquiriu-se o hábito, por influência do rabi Jacob Israel Emden (1697-1776), de todos os presentes recitarem o cadish juntamente com a pessoa que está de luto.

Lápide sobre a sepultura

Segundo a cultura judaica, as lápides não podem ser ostentosas, feitas com pedras caras. Baseiam-se, para isso, no texto de Salomão, que diz: “O rico e o pobre se encontram; a todos o Senhor os fez” (Pv 22.2), cujo conteúdo remete à igualdade social diante da morte.

A construção de uma lápide é importante, pois simboliza o respeito pelo morto. Tinha a função de evitar que o sacerdote, involuntariamente, mantivesse contato, ainda que por meio do túmulo, com o morto, visto que ao sacerdote era proibido tocá-lo. Além disso, serviria para identificar o local, facilitando sua visualização aos visitantes. Contudo, a decisão de construí-la é livre. Há, também, o costume de se colocar uma pedra sobre o túmulo do falecido. Sobre esse hábito, é interessante lembrar que o filme A lista de Schindler mostra, em suas cenas finais, vários sobreviventes judeus, salvos durante o holocausto, colocando pedras sobre a lápide de Oscar Schindler. Esse ato demonstra, simbolicamente, o apreço que as pessoas mantêm pelo falecido, o que significa que a sua memória será cuidadosamente lembrada.

Iartseit

É o aniversário da morte. Esta observação anual, geralmente, está atrelada à data de falecimento do ente e não de seu enterro, pois são distintas. Apoiando-se em Provérbios 20.27, o judeu acende uma vela nesse dia, entendendo que a luz e a chama representam a essência humana: “O espírito do homem é a lâmpada do Senhor, que esquadrinha todo o interior até o mais íntimo do ventre”. As velas devem permanecer acesas por um período de 24 horas (Barbosa, 2012).

Obra de referência:

Kolatch, Alfred J. Livro judaico dos porquês. São Paulo: Sefer, 2001, p.53-91.

BIBLIOGRAFIA

Barbosa, G. (14 de 05 de 2012). *O luto judaico*. Obtido de <http://www.icp.com.br/85contexto.asp>

Miranda. (10 de 05 de 2012). Obtido de <http://mundoestranho.abril.com.br/materia/como-as-grandes-religoes-encaram-o-momento-da-morte>.

Vivas, P. (Julho de 2008). A Morte e o Luto na perspectiva do Híduismo e do Judaísmo.

Islami smo

“De todas as maravilhas que eu já ouvi, parece-me a mais estranha que o homem deva temer, Visto que a morte, um final necessário, Virá quando tiver que vir.” Júlio César (acto 2, cena 2).

Islami smo

Allah é o único Deus, todo-poderoso, o misericordioso, Allah é soberano a tudo e a todos. (Stigar, 2012)

Rituais Islâmicos

por Grupo Memorial

RITUAL FÚNEBRE

Falecimento:

Constatado o óbito, deve-se tirar-lhe os adornos (anéis, brincos, aliança, relógio, correntes, etc.), coloca-se o corpo cuidadosamente no chão de tal maneira que, caso estivesse sentado estaria olhando para Meca (ou seja os pés em direção à Meca). Qualquer Muçulmano, caso precise, fecha os olhos do falecido(a) recitando uma prece que dá o testemunho da honrosidade de Deus para o morto. Os familiares, munidos dos documentos legais, deverão providenciar imediatamente um caixão e seu pronto sepultamento.

O Caixão:

Para os Islâmicos o caixão serve apenas para transportar o corpo até o cemitério, portanto deve ser o mais simples possível e que atenda apenas a essa finalidade.

Velório:

O quanto antes puder enterrar melhor, ou seja o velório apenas serve para cumprir a burocracia ou aguardar um parente. Poderá de acordo com a vontade da família ficar com o caixão aberto ou fechado. O corpo poderá ficar sozinho, apesar de se recomendar que orações em intenção a alma sejam feitas junto ao corpo até seu sepultamento.

Caso os familiares queiram, música é permitida. Flores e velas não fazem nenhum sentido neste momento para os Islâmicos, mas são permitidas.

Condolências:

Palavra de conforto aos familiares é costume.

Vestimentas:

Os Islâmicos não adotam a cor preta como luto, é de bom tom que os visitantes estejam trajados com cores sóbrias e principalmente decorosamente, com devido respeito e senso de reverência. As mulheres deverão estar vestidas de acordo com o Islamismo, no máximo com o rosto a mostra (com um lenço cobrindo seus cabelos, orelhas e pescoço) e saias compridas sem demonstrar qualquer contorno do seu corpo.

Os Enlutados:

São todos aqueles que se sentirem nessa posição, independente do parentesco com o falecido(a).

Quem Pode ir ao Cemitério:

Qualquer pessoa.

Enterro:

O sepultamento deverá ser realizado o mais rápido possível, independente do dia da semana ou do ano.

Chegando ao Cemitério:

O corpo é trazido dentro do caixão. Se dirigirá para o local onde será lavado.

Algumas pessoas poderão participar, homens lavarão homens, mulheres lavarão mulheres, é permitido que a esposa lave o marido e vice versa. O corpo é retirado do caixão e despido, as partes íntimas são cobertas. Deita-se o corpo em uma mesa de mármore.

Prepara-se três banhos:

No primeiro, é usada uma solução de água com cânfora, a cabeça é lavada em primeiro lugar seguida do pescoço, depois todo o lado direito do falecido(a) (primeiro a frente depois as costas) e por último todo o lado esquerdo (primeiro frente depois as costas).

No segundo, é usada uma solução de água com SIDR (uma folha de planta) aplicada na mesma sequência do primeiro banho.

No terceiro, apenas água corrente é usada para a lavagem respeitando-se sempre a mesma sequência dos anteriores.

Enxuga-se o corpo, pó de cânfora é colocado nos sete pontos de prostração (os sete pontos que ficam em contacto com o solo durante as rezas), testa; palmas das mãos; joelhos e peitos dos pés.

Mortalha Mortuária:

Após a lavagem, o corpo é vestido com uma mortalha toda feita de tecido branco 100% natural (linho ou algodão), composta de três peças (quatro para as mulheres).

A primeira, é um pano que será enrolado até os pés começando-se a uma distância de um palmo acima do umbigo.

A segunda, como se fosse um camisetão, é um lençol com um furo para a passagem da cabeça (para as mulheres ainda se coloca uma peça no formato do lenço que usavam durante a vida).

A terceira, um grande tubulão que vai da cabeça aos pés sem deixar nada a mostra, fechando-se com um nó na parte inferior e outro na superior. Antes de se colocar esta peça é a última oportunidade que os familiares, caso queiram, possam ver o falecido(a). Coloca-se o corpo no caixão.

Cortejo:

O religioso (oficiante) deverá ficar em pé de frente para Meca, estando o caixão à sua frente no sentido transversal de tal maneira que a cabeça do falecido(a) fique posicionada no lado direito do orador. Preces são proferidas em intenção a alma, é solicitado que todos os presentes (quanto mais melhor para a alma) acompanhem o oficiante nas orações.

O cortejo seguirá diretamente para a sepultura, poderão carregar o caixão quaisquer pessoas que queiram. A sepultura recém aberta deverá ter 1 m de largura por 1,5 m de profundidade, no fundo uma fenda (dente) será cavada na parede (como se fosse uma letra "L") onde o corpo será colocado. Chegando-se à sepultura, o caixão será aberto e o corpo será retirado (os Islâmicos não enterram seus mortos com caixão) e colocado na cova. Uma vez na cova, o nó da parte superior é desfeito descobrindo-se assim a cabeça do falecido(a), o corpo é encaixado na fenda de tal sorte que, fique deitado de lado olhando para Meca, com a face direita do rosto encostada na terra.

A fenda é fechada e enquanto os presentes (não os familiares) ajudam a fechar a cova, versos do Alcorão são recitados.

Depois da cova totalmente fechada joga-se água sobre ela, e os familiares recebem as condolências.

Saída do Cemitério:

As pessoas que lavaram o corpo do falecido(a), deverão ir para casa e tomar um banho de purificação por terem tocado no morto, o Islamismo considera impuro um corpo sem alma, durante o banho preces em intenção de purificação serão recitadas.

O LUTO

O Islamismo considera a morte uma coisa natural, e não há ritual de Luto. A primeira noite é vista como a mais difícil para o falecido, então deve-se orar em intenção a alma, o que pode ser feito individualmente ou em conjunto na casa dos familiares.

No 2º e no 7º dia, missas são celebradas na Mesquita, é costume também celebrar no 30º, 40º e 60º dia bem como uma vez por ano. Os familiares podem promover almoços e ou jantares na Mesquita em memória do(a) falecido(a). Visitas ao cemitério são importantes para não se esquecer do falecido(a).

Após o 40º dia se fazem as obras no túmulo, nenhuma imagem é adotada. O Islamismo prega que os falecidos só conseguem um vínculo com este mundo, não pela ostentação de seus túmulos, mas sim pelas obras de caridade, centros culturais que fizeram em benefício aos outros e por intermédio de seus filhos orando por eles (Grupo Memorial, 2012).

Morte e Luto através das Culturas

Collin Murray Parkes, Pittu Laungani e Bill Young.

As Muitas facetas do islamismo – Capítulo 8 (pág. 191 a 193).

As regras islâmicas têm determinado a forma como os crentes interpretam a morte e conduzem os esquemas convencionais para lidar com os corpos. Quando a morte se aproxima, a maioria dos muçulmanos considera importante o ato de orientar o corpo para Meca.

A família deverá ser sempre avisada da aproximação da morte e aconselhada a solicitar a presença de um imã. Os crentes islâmicos preparam-se a si próprios para a existência após a morte através das confissões de fé. Os que se encontram à cabeceira do moribundo humedecem-lhe a boca e vão-lhe dizendo as palavras da confissão, caso ele não consiga falar. O moribundo, em sinal de consentimento ou de compreensão, levantará o dedo indicador.

A vida após a morte continuará a existir, pelo que a preservação do corpo é essencial.

Logo após a morte o corpo é colocado numa tábua lisa: pés juntos, braços colocados lateralmente, olhos fechados e queixo amarrado com um pano para impedir que a boca se abra. Caso não estejam presentes muçulmanos, estas operações deverão ser executadas pelo pessoal dos cuidados de saúde.

O corpo é lavado pela família ou por pessoal especializado do mesmo sexo que o falecido. Não deverá ser lavado por pessoas não muçulmanas. Posteriormente, o defunto deverá ser amortalhado com uma peça de linho branco sem nós nem costuras.

Algumas seitas muçulmanas lamentam-se em voz alta, arranham a cara e, choramingando, vão recitando um longo canto fúnebre pelo morto. Outras tentam aceitar e conter o pesar enquanto recitam o Alcorão. Buscam um estoicismo sereno. As seitas dos países mediterrânicos expressam frequentemente a emoção através de estrofes musicais com o objetivo de fazer os outros chorar. Na globalidade, as mulheres mais que os homens lamentam-se verbalmente. Poderão inclusive ser utilizadas cantoras profissionais.

Os emigrantes em países com características seculares, raramente se lamentam em voz alta. Os homens vão à mesquita rezar e os amigos visitam as mulheres que permanecem em casa.

O morto deverá ser enterrado o mais rapidamente possível, de preferência durante as vinte e quatro horas seguintes ao falecimento.

De uma forma rápida, antes do enterro, um curto ritual dará aos amigos e aos familiares a possibilidade de se despedirem e rezarem pelo morto, juntando-se numa cerimónia para expiação dos pecados. Cerimónia esta que poderá ser realizada em qualquer lugar. O pano que cobre a face será puxado para o lado.

Entre as seitas que o permitem., o máximo da expressão emocional acontece nesta altura. Neste caso as pessoas poderão juntar-se à volta do corpo, acarinhando-o e beijando-lhe a face antes do enterro. Noutras seitas, os homens deverão conter as suas emoções na altura de cobrir ou enterrar o corpo, e não lhe deverão tocar diretamente. Às mulheres ser-lhes-á permitido o pranto de uma forma discreta. O imã perguntará “Foi um bom ou mau homem/mulher?” e todos os presentes responderão “Bom. Boa”. Nesta altura passarão a recitar as orações dos mortos.

O enterro é realizado por homens, que colocarão o morto com os olhos virados para Meca e a cabeça tapada com uma prancha. Os homens abandonarão o local do enterro enquanto o imã permanecerá, para rezar até a alma do falecido responder a cinco perguntas.

Acreditam que os mortos permanecem na sepultura a aguardar julgamento para determinar o seu destino, no entanto, o seu estado físico e mental será afetado pelos pecados cometidos. Os bons terão uma visão do paraíso e permanecerão intactos tanto a nível físico como sensorial.

As sepulturas constituem a fonte secreta, a partir da qual a vida social e a memória coletiva encontram o ponto de partida.

As mulheres do Norte de África fazem o luto vestindo-se de branco, as do Médio Oriente de preto e as Turcas com cores claras. As mulheres jovens fazem o luto durante três meses e as mulheres mais velhas durante um ano.

No terceiro, sétimo e quadragésimo dia após a morte os homens juntam-se na mesquita e as mulheres preparam refeições açucaradas para os visitantes que rezam em conjunto pelo morto. A história do nascimento do profeta é contada em voz alta e as lágrimas são partilhadas por todos.

No primeiro aniversário do funeral é realizada uma cerimónia, que consiste na colocação de uma pedra na sepultura.

Não é permitida a presença de crianças nestes rituais, tenta-se evitar que façam perguntas, esperando que elas esqueçam a morte o mais rapidamente possível (Collin Murray Parkes, 2003, p. 191 a 193).

BIBLIOGRAFIA

(2003). In P. L. Collin Murray Parkes, *A morte e o luto através das culturas*.

Grupo Memorial. (22 de 05 de 2012). *Religiões*. Obtido de Vida perpétua:

<http://www.nossotemplo.com.br/islamismo.asp>

Cultura cigana

Quanto vive o homem, por fim?

Vive mil anos ou um só?

Vive uma semana ou vários séculos?

Por quanto tempo morre um homem?

Que quer dizer para sempre?

Cultura cigana

A morte e o luto

Anabela Pires

De acordo com (Mendes M. M., Associação Portuguesa de Sociologia, 2012), ao olhar dos não ciganos, o luto dos ciganos pode ser visto como “estranho” ou “exótico” porque é vivido de forma extremamente emocional. A morte tem grande relevância na cultura cigana, os ciganos são muito apegados às relações familiares. Quando morre um cigano o choque é grande e o desgosto profundo, os ciganos exteriorizam toda a dor que sentem ou creem que devem mostrar pela morte de um familiar, por isso a dor é expressa de uma forma dramática e exuberante, com gritos, lamentos e cânticos chorados. É habitual o luto entre os familiares mais próximos e a sua duração é diferente consoante o grau de parentesco e pode variar de três a cinco anos e no caso da viúva é para toda a vida.

O luto condiciona as atividades sociais, laborais e até a estética pessoal, assim como a vida comunitária e as manifestações de alegria. A viúva ou viúvo mantêm um luto rigoroso, os homens deixam crescer a barba, o cabelo e usam obrigatoriamente chapéu. As viúvas cortam o cabelo, usam lenço na cabeça, cobrem tudo o que possuem de mais importante em casa com um pano preto e visitam o cemitério quase diariamente levando flores e velas. Antigamente não tomavam banho e não podiam voltar a casar. Para a maioria, a mulher nova que volte a casar deixa de ser “mulher séria e de respeito”. Os ciganos consideram a viúva que conserva “a recordação do marido” de grande prestígio e influência.

Embora com alguma flexibilização, que decorre das mudanças a nível social com o abandono de práticas mais tradicionais e rigorosas como a destruição da mobília e haveres do defunto, o ritual da morte e do luto é bastante vivido neste povo.

Persiste a forte crença que o espírito do morto continua a existir de tal modo que qualquer pedido do defunto é cumprido, se este não estiver satisfeito com as honras prestadas e com o cumprimento das obrigações, pode voltar e provocar doenças.

Nós os ciganos e os outros: Etnicidade e Exclusão Social

Maria Manuela Mendes

Práticas associadas ao luto

Mais do que de uma forma institucionalizada, é de forma emocional que os ciganos na sua generalidade prestam culto aos seus mortos. Ao olhar dos não ciganos o culto dos ciganos face aos seus mortos é dotado de uma peculiaridade “estranha” ou “exótica”. Neste domínio, os ciganos partilham com uma diversidade de culturas, muitas crenças comuns, incluindo elementos expressivos e religiosos. Para o grupo étnico cigano, os mortos nunca podem ser “provocados”; “chamar os mortos”, mesmo nomeando o seu nome ou “jurar pelos mortos” de outra pessoa é uma “ofensa à pessoa e a todos os membros da sua linhagem, o que implica uma resposta violenta contra o provocador, única forma de os mortos voltarem ao seu lugar, para repousarem em paz” (Ardèvol E. , 1994, p. 105).

(...) Independentemente das suas crenças religiosas aceitam as ritualizações mais conotadas com uma matriz católica, é frequente a participação e a solicitação da realização de missas - a de 7º dia, a de mês, a de ano, assim como a celebração do Dia de Todos os Santos. Anualmente a família junta-se para celebrar o dia em que a pessoa faleceu e o dia de aniversário do(a) falecido(a). É prática habitual a exteriorização da tristeza pela perda dos parentes, o que se manifesta no aniversário da sua morte, no Dia de Todos os Santos e no seu aniversário. O ritual funerário começa com um período ritual ao qual ciganos e “não ciganos” chamam de “velório”, e que congrega na casa de quem morreu, os membros da sua linhagem, vizinhos e toda a parentela, quer do falecido, quer do cônjuge, incluindo “compadres” e amigos. Mesmo quando não professam a religião católica, o ritual funerário manifesta-se à semelhança da cultura maioritária, através do recurso à presença do padre e à realização de um funeral religioso de matriz católica.

Os ciganos exteriorizam de forma visível e marcadamente emocional a perda de algum familiar próximo. Olímpio Nunes, chega a dado passo a afirmar que os ciganos exteriorizam toda a dor que sentem ou creem que

devem mostrar, pela morte de um familiar, por isso “os seus velatórios têm uma maior demonstração de dor” (Nunes, 1981: 263). Como sinal externo de dor e como recordação da pessoa que faleceu, é habitual o luto entre os familiares mais próximos; “quando o defunto é o pai ou a mãe, as mulheres vestem-se totalmente de preto, incluindo lenços da cabeça e meias, mesmo que seja em pleno Verão, e mantêm-no por um espaço de tempo, que nunca é inferior a três ou cinco anos. Os homens também costumam vestir-se de preto, ainda que para nós essa obrigação não seja tão imperativa, usamos somente a camisa preta...” (Heredia, 1974: 143-4). Iniciado o período de luto, a sua duração variará consoante a distância parental, permanente para a viúva.

Durante algum tempo poderá haver abstinência de comer carne, assim como um período de “nojo”, durante o qual os ciganos não cortam o cabelo nem a barba, não tomam banho, nem mudam de roupa.

De uma forma geral, os familiares não dispõem de recursos suficientes para pagar os avultados gastos que o enterro implica, para grande parte dos ciganos a lápide do falecido tem que ser uma das melhores, para esse efeito necessitam do apoio económico prestado pela linhagem. A solidariedade nesta ocasião para com os familiares do(a) falecido(a) não se restringe aos familiares mais próximos, mas estende-se a qualquer cigano que tenha conhecimento da notícia, assumindo facetas diversas: desde o apoio financeiro no caso de a família não dispor de recursos necessários, às “palavras de conforto”, até ao acompanhamento domiciliário aos familiares, tomando a seu cargo a subsistência alimentar e económica dos familiares do falecido(a). Por norma, os vizinhos respeitam com rigor a dor e a mágoa dos familiares, abstendo-se de qualquer manifestação festiva ou ruidosa.

A consensualidade evidencia-se em torno da opinião de que o luto das viúvas é muito rigoroso, duradouro e mesmo penalizante: rapam o cabelo, vestem-se totalmente de negro - lenço na cabeça, meias de lã, manto, etc. -, e nunca mais participam em festas e divertimentos, não podem voltar a casar. É um luto que dura toda a sua vida, até à sua morte. Segundo a

tradição cigana, a viúva deve manter a memória viva do seu defunto marido.

Mas para a maioria, a mulher viúva que se volta a casar deixa de ser uma “mulher séria e de respeito”. A “viúva que se volta a casar, embora venha a ter a sanção do seu grupo, perde prestígio e autoridade na sua própria linhagem e entra sem eles na nova linhagem do marido; as relações da primeira são destruídas. Os ciganos dizem que a viúva que “conserva a recordação do seu marido” pode chegar a ter um grande prestígio e influência”. Em geral, tanto os da sua família como os da do marido, defendem-na e até lhe prestam ajuda económica, se precisar” (Ardèvol, 1994: 104-224). Pelo contrário, um cigano viúvo poderá voltar a casar-se passado alguns anos depois da morte da mulher, exterioriza o seu luto pelo uso de roupas negras, incluindo o chapéu, e deixa crescer as barbas e o cabelo.

Prática que parece que está a cair em desuso e assinalada por uma percentagem ínfima de entrevistados (2,6%) era a que consistia em destruir e queimar mobílias e os haveres pertencentes ao (à) falecido(a), prática que na opinião de Olímpio Nunes se baseava “na crença de que o seu espírito vivia sobre as coisas que ele usou” (Nunes, 1981: 281). Hoje, de forma mais recorrente e em substituição desta prática, opta-se por tapar com um pano negro as mobílias, televisões e elementos decorativos o luto expressa-se na diminuição do tempo do seu cumprimento, independentemente do grau de parentesco, assim como se nota tendencialmente o abandono de práticas mais tradicionais e rigorosas tais como, a abstinência de comer carne, a destruição de mobílias e outros bens, evidencia-se ainda que de forma circunscrita o facto de algumas jovens viúvas tenderem já a reconstruir a sua vida afetiva, apesar da censura que ainda lhes é movida pelo grupo (Mendes M. M., Associação Portuguesa de Sociologia, 2012).

Homens de respeito - Etnias tradicionais e suas identidades

Carlos Manuel Soares Miguel

O respeito por aqueles que falecem é vivido e sentido com grande intensidade. A dor manifesta-se a todos os níveis, sem embargo do luto ser mais ou menos severo em função do grau de parentesco do familiar que parte.

De qualquer forma, a morte acarreta sempre para as famílias sofrimento presente e futuro, é sempre uma dor prolongada, cultiva-se a tristeza, tanto aos olhos dos outros, como na vivência do dia-a-dia.

Na forma como se vive o luto também passa muito da honra de ser cigano e de ser considerado «um bom cigano». O culto dos mortos, a preservação da sua honra, como forma de reforçar a honra da própria família, é uma das características da etnia.

A tradição chega mesmo a ter contornos de grande dureza quotidiana para os que ficam de luto. Tal é o caso, por exemplo, da viúva que ao sepultar o marido como que também se despede da vida, libertando-se de todos os seus bens, inclusive mobílias, dormindo no chão, rapando o cabelo e pondo um pano branco sobre a cabeça que ali deverá permanecer para sempre, não mudando de roupa e passando a ter como única tarefa cuidar da sepultura do marido, sendo o seu sustento garantido pelos filhos.

Já estes, os filhos, permanecem de negro durante anos e, nesse período, não cortam o cabelo nem a barba, e durante um período, que pode chegar a um ano, não comem carne nem bebem vinho.

É verdade que a sedentarização atenuou um pouco a dureza deste rigor, até porque os hábitos de higiene passaram a ser outros e a existência de negócio regular ou diário obriga a outras exigências de comportamento, mas na sua génese ele mantém-se.

(...) É notório que para além do sentimento de perda, há uma reação de autoflagelação pela dor, como se a vida perdesse o sentido, ou melhor, ganhasse um outro sentido devido à ausência de quem morre. É como se houvesse também aqui solidariedade familiar com o sofrimento de quem deixa a vida, de quem deixa de viver cada momento, e sabemos o quanto o

desfrutar do hoje, sem pensar muito no amanhã, é importante e caracterizador dos ciganos.

Tanto assim é que há uma necessidade enorme de estar presencialmente perto do falecido, ou seja, a permanência no cemitério é uma das características da etnia.

A este sentir, a este acompanhar, se deve o quanto ofensivo se torna desprezar a memória de um familiar falecido, ao ponto de criar cisões profundas e irreparáveis entre famílias.

O próprio funeral é sempre uma manifestação de grande pesar, onde toda a família se encontra entre si e com os amigos, sendo por vezes desconcertante o contraste entre a dor e o luto carregado da família e os vestidos de festa das «solteiras» que, ao acompanharem os pais, não deixam de aproveitar a ocasião para se mostrarem aos demais.

Neste aspeto, o funeral constitui, também, um encontro de ciganos com cambiantes de grande contraste, onde o choro cantado dos que estão de luto convive com a enorme preocupação dos que vêm ao funeral essencialmente para mostrar a sua «solteira», vestida e maquilhada como se numa festa estivesse.

Mesmo para os que estão de luto essa também é uma preocupação, pois a campa onde o seu familiar irá ficar sepultado terá de traduzir a sua situação económica e a situação no seio da comunidade cigana (Miguel C. M., 2012).

Senda Gitana Retrato Social da Comunidade Cigana no Concelho de Aveiro

Cáritas Diocesana de Aveiro

O luto

“A lei deles é assim, (...) durante um ano, a gente o luto que leva é muito pesado.

(...) não pode tomar banho, não pode ver televisão, não pode ouvir música. Mas depois de passar um ano, (...) é muito diferente”.

(entrevistas de terreno: Ago, Set 2007)

A solidariedade funciona na unidade parental e manifesta-se, sobretudo, nos momentos de doença e de falecimento dum familiar. Sendo um povo solidário, estes nunca abandonam um ente doente, acompanhando-o sempre desde o surgimento da doença até ao momento da morte. Para os ciganos a morte é sagrada. O povo cigano tem grande respeito pelos mortos e procuram fazer-lhes os funerais com grande solenidade. O cuidado que têm em honrar o morto deriva da sua forte crença na existência de “fantasmas”, e temem que o morto, não satisfeito com as honras prestadas, possa voltar para os perseguir.

Na generalidade, assiste-se à mobilização de toda a família no sentido de velarem o corpo dia e noite esteja ele onde estiver, este nunca fica só.

A cerimónia fúnebre faz-se, normalmente, no acampamento do defunto e é realizada pelo pastor. Atualmente, os ciganos aceitam as leis do país onde vivem, e enterram os seus mortos nos cemitérios.

- Cáritas Diocesana de Aveiro 29

Tradicionalmente, sabe-se que queimam e deitam fora todos os bens do defunto, visto acreditarem que o espírito do defunto poderá pairar sobre as coisas que ele usou.

O luto, na cultura cigana, é vivido com grande rigor, no entanto convém referir que nem todas as comunidades ciganas vivenciam da mesma forma, havendo diferenças de acampamento para acampamento.

No caso da viuvez da mulher, a sua importância social é diminuída, perdendo direitos dentro da comunidade. A mulher viúva, segundo a lei

cigana, não deve ver televisão, ouvir música, falar em demasia e a sua participação em eventos sociais, como por exemplo a festa de Natal e o casamento, é anulada.

O desmazelo na forma de tratar o corpo é outra das provas eternas de sofrimento e de recordação do ente querido. A mulher veste uma roupa preta cedida por uma outra viúva do acampamento onde vive, e é-lhe rapado o cabelo pela cigana mais velha. “Desde aquele momento em que eu vesti a roupa, tive que estar um ano sem tirar aquela roupa e a gente tem que cumprir”. “A avó dele, foi aquela mais velha que está ali ela sem pedir autorização a ninguém, chegou com a tesoura e cortou-me o cabelo logo”. (idem) Por outro lado, deixa de poder usar qualquer coisa que a possa embelezar ou chamar a atenção para a sua feminilidade. Em determinados acampamentos, a mulher viúva não pode tomar banho, nem usar roupa interior durante um ano. “De certa idade não pode tomar banho, pode-se lavar mas tomar banho já não tomam.

Porque a família vai falar mal dela. A mulher nova que fica viúva, está um ano sem se lavar (...) Só a partir do ano é que se pode lavar” (idem).

A mulher cigana de luto não deve voltar a casar, já que nestas comunidades o luto é considerado para toda a vida.

Não será de estranhar, que algumas mulheres de etnia cigana não aguentem o processo de luto e a única alternativa que encontram seja fugir, abandonando os filhos. “(...) muitas mulheres não aguentam o luto e fogem. (...) abandonam os filhos, abandonam tudo”. (idem)

Apesar de alguns acampamentos viverem o processo de luto da mulher de forma rigorosa, verifica-se noutros, um certo alívio deste ritual, devido a uma certa aculturação provocada pela sedentarização, mas o essencial mantém-se. “Morre, a mulher viúva é para toda a vida. Agora as que são novas já não, chega a um ano, dois anos tiram o luto. Passados dois anos pode voltar a casar. A lei antigamente não, os ciganos nos matavam. Fazíamos uma coisa assim, os ciganos nos apanhavam e com uma navalha cortavam-nos logo a cara. Agora já não”. (entrevista de terreno 21 Set 2007).

O luto nos homens é diferente, na medida em que se trata de outro sexo. Os homens deixam crescer a barba e o cabelo e portanto não cuidam tanto da sua aparência. Estes não podem ouvir música, ir a festas e ingerir bebidas alcoólicas.

- Cáritas Diocesana de Aveiro 30

Na generalidade, o cigano não escreve, nem lê o nome de um ente querido que já tenha falecido (Aveiro, 2012).

BIBLIOGRAFIA

Aveiro, C. D. (16 de 05 de 2012). Obtido de Ciga-nos: http://www.ciga-nos.pt/UserFiles/Files/S.G._retrato%20social%20Comunidade%20Cigana%20de%20Aveiro.pdf

Mendes, M. M. (23 de 05 de 2012). Obtido de Associação Portuguesa de Sociologia: http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR462dca6711183_1.PDF

Miguel, C. M. (25 de 05 de 2012). Obtido de Observatório da Imigração: http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Col_Percursos_Intercultura/2_PI_Cap5.pdf

Cultura chinesa

“A morte de cada homem diminui-me, porque eu faço parte da humanidade; eis porque nunca pergunto por quem dobram os sinos: é por mim.” John Donne

A morte e a cultura tradicional da china

A cultura chinesa é fortemente influenciada pelo confucionismo, pelo taoísmo e pelo budismo. Nas expressões de luto e nos ritos de morte, encontramos mais comumente traços do confucionismo, que possui registrados todos os seus rituais em um de seus cinco livros clássicos, no *Li Chi* (Livro dos Ritos).

Os funerais chineses alcançam o *status* da comunidade e são compostos de ritos simbolicamente muito bem construídos.

O conceito de imortalidade da alma na cultura chinesa determina muitos dos rituais fúnebres encontrados, que visam, acima de tudo, o bem-estar da alma do morto e de seus descendentes que continuam vivos. Durante um velório, as pessoas costumam queimar dinheiro, casas de papel e bens materiais para assegurarem que a riqueza da alma; comidas como arroz, galinhas, vinhos, frutas e pães são ofertados ao morto a fim de evitar-lhe a fome; carpideiras são contratadas para ratificar e demonstrar a tristeza da família; e cantores taoistas são contratados para, através de cânticos, embalar a alma para o paraíso e evitar que esta se encaminhe ao inferno.

Geralmente um geomante tradicional é contratado para determinar a localização e a arquitetura do túmulo, pois os chineses acreditam que é a localização da sepultura que determinará o destino e o bem-estar dos descendentes do morto.

As pessoas, principalmente as mulheres, são encorajadas a expressar toda a sua tristeza e pesar durante a cerimônia, mas tal demonstração ou evocação do assunto é terminantemente proibido depois do término do período de luto. O período de luto chinês tem a duração de 49 dias (durava 7 na antiga China) e, neste espaço de tempo, são proibidos casamentos, aniversários ou quaisquer comemorações. Os membros da família devem vestir panos, listras ou faixas pretas nos braços para demonstrar tristeza e uma cerimônia é elaborada sete dias depois do funeral, e esta deve ser repetida consecutivamente de sete em sete dias por sete vezes.

Já que creem na imortalidade da alma os chineses acreditam na comunicação com os mortos e praticam com frequência tal comunicação. No entanto, muitos dos rituais que descrevemos estão impossibilitados de serem realizados, pois o movimento Comunista se instaurou na China e sentenciou que todos os corpos deviam ser cremados. As famílias de posse que ainda conseguem enterrar seus mortos, têm que retirar seus restos no período de sete a dez anos. É realmente decepcionante que uma elaboração cultural e psicológica dessa dimensão (ritos fúnebres chineses) esteja desaparecendo face a imposições políticas e ideológicas. O ideal seria que

a cultura fosse vista, neste caso, de modo relativizado e tolerante. Terminemos com uma tradicional anedota chinesa:

"Conta-se uma história a respeito de um servo chinês que queria folga para ir ao funeral de seu primo. Seu relutante patrão perguntou quanto tempo ele achava que levaria para seu primo comer a tigela de arroz que ele pretendia deixar ao lado do túmulo. Sua resposta: mais ou menos o tempo que sua tia que morreu na semana passada vai levar para sentir o aroma das flores que você colocou no túmulo dela." (Funerária On Line, 2012).

BIBLIOGRAFIA

Funerária On Line. (15 de 05 de 2012). Obtido de FOL:

<http://www.funerariaonline.com.br/Dicas/Default.asp?idnews=4047>

APÊNDICE XXI
PROCEDIMENTO SETORIAL ATUAÇÃO DE
ENFERMAGEM AO DOENTE COM *PACEMAKER*
PROVISÓRIO



PROCEDIMENTO SECTORIAL
ACTUAÇÃO DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM
PACEMAKER PROVISÓRIO

Professora orientadora_
Enfermeira Elsa Monteiro

Enfermeiro orientadora_
Teresa Lourenço

Enfermeira co-orientadora_
Natália Pereira

Realizado por_ Anabela Pires #03,
estudante do 1º Mestrado
em Enfermagem Médico - Cirúrgica

	PROCEDIMENTO SETORIAL ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM <i>PACEMAKER</i> PROVISÓRIO	
--	--	--

SÉRIE E		
DATA DE EDIÇÃO		
Nº E DATA DE REVISÃO		

APROVADO PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
--

1. OBJETIVO

Melhorar a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem ao doente portador de *pacemaker* provisório.

Uniformizar procedimento.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Serviço de Urgência Geral - Hospital X .

3. DISTRIBUIÇÃO

Publicado em Circular Informativa n.º em ____/____/____

4. RESPONSABILIDADES

4.1 PELA IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

Enfermeira Chefe / Responsável de serviço.

Enfermeiros do serviço de urgência geral.

4.2 PELA REVISÃO DO PROCEDIMENTO

	PROCEDIMENTO SETORIAL ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM <i>PACEMAKER</i> PROVISÓRIO	
--	--	--

5. DEFINIÇÕES

O *pacemaker* é um equipamento eletrónico utilizado para dar início a um batimento cardíaco quando o *pacemaker* natural do coração é incapaz de gerar uma frequência adequada à manutenção do débito cardíaco e consiste basicamente num circuito elétrico em miniatura e numa bateria compacta, é ligado ao coração através de um ou mais elétrodos que transportam os impulsos elétricos até ao coração (Pinto et al 2005).

Podem ser permanentes, se apesar do tratamento efetuado a situação do doente se mantiver e temporários (de suporte ou profilático) até que o problema responsável pela perturbação da frequência ou da condução tenha sido resolvido (Pinto et al 2005).

6. SIGLAS E ABREVIATURAS

PMD *Pacemaker* provisório.

ELABORAÇÃO	VERIFICAÇÃO Serviço de Gestão da Qualidade	PRÓXIMA EDIÇÃO
------------	--	-------------------

7. REFERÊNCIAS

http://www.relampa.org.br/detalhe_artigo.asp?id=552

http://www.relampa.org.br/detalhe_artigo.asp?id=404

http://www.chbalgarvio.minsaude.pt/Downloads_HSA/CHBALq/Servi%C3%A7os/UCI/manualmed_uci.pdf

<http://www.forumenfermagem.org/downloads/TA-pacemaker.pdf>

NORMA	TÍTULO	CRITÉRIOS
<i>Joint Commission International</i>		

	PROCEDIMENTO SETORIAL ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM <i>PACEMAKER</i> PROVISÓRIO	
--	--	--

8. DESCRIÇÃO

O *pacemaker* provisório é um dispositivo eletrônico de estimulação multiprogramável que substitui impulsos elétricos e/ou ritmos ectópicos de forma a obter atividade elétrica cardíaca o mais fisiológico possível.

8.1 MODALIDADES DE ESTIMULAÇÃO CARDÍACA

Segundo Pinto et al (2005), na implementação temporária podem ser utilizadas três modalidades de estimulação cardíaca:

- Transcutânea:

Os estímulos são aplicados diretamente na parede torácica (sistema de alta energia). Utilizado em situações de emergência com doente inconsciente ou sedado, são colocados dois eletrodos, no tórax anterior e posterior ligados ao desfibrilhador.

- Endocárdica:

Os estímulos são aplicados no endocárdio através de um eletrodo introduzido por veia central (subclávia, jugular interna, femoral) até ao ventrículo direito.

- Epicárdica:

O eletrodo é inserido através do epicárdico até ao miocárdio, requer cirurgia cardíaca.

8.2 CLASSIFICAÇÃO QUANTO AO MÓDULO DE ESTIMULAÇÃO

De acordo com Pinto et al (2005) podem ser classificados quanto ao módulo de estimulação artificial:

- De frequência fixa (assíncronos) - O *pacemaker* aplica os estímulos elétricos numa frequência pré fixada, não reagindo aos estímulos cardíacos.
- De demande (síncrono) - Só produz estímulo quando a frequência cardíaca do indivíduo é inferior à frequência pré determinada.

	PROCEDIMENTO SETORIAL ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM <i>PACEMAKER</i> PROVISÓRIO	
--	--	--

- Sequencial AV (estimulação de duas câmaras) -Estimula a aurícula e o ventrículo na sequência adequada e com atraso suficiente para permitir o enchimento ventricular apropriado.

8.3 INDICAÇÕES

São várias as indicações clínicas para a colocação de *pacemaker* provisório (Glória et al 2012), as indicações mais frequentes são:

- BAV completo com síncope, sinais de baixo débito ou em situação de insuficiência cardíaca refratária à terapêutica médica ou com frequência cardíaca inferior a 40/mim.
- Bloqueio bifascicular no EAM (sobretudo anterior).
- Intoxicação grave com beta bloqueantes ou digitálicos.
- Disfunção sinusal sem ritmo compensador.

8.4 PROGRAMAÇÃO DE ELECTRO CATETER ENDOCÁRDICO.

No implante dos cabos-elérodos no endocárdico, conecta-se o polo distal ao terminal negativo e o proximal ao terminal positivo do PMP, mensurando os limiares de comando e sensibilidade (Lopes et al, 2012).

O limiar de comando é a menor quantidade de energia aplicada ao músculo cardíaco capaz de despolarizá-lo, na sua determinação inicialmente regula-se o gerador desligado para o modo assíncrono com uma frequência 20% maior que a do doente e com amplitude mínima. Liga-se o gerador aumentando-se progressivamente a amplitude de pulso (geralmente numa escala de miliamperes) até que se obtenha comando do ventrículo. O valor assim encontrado na escala de amplitude é o limiar de comando, geralmente menor que 2 miliamperes ou 1 volt. Deve-se regular a amplitude pelo menos 5 miliamperes ou 5 volts acima do limiar encontrado, garantindo-se dessa forma uma margem de segurança adequada (Mateos, 2012).

	PROCEDIMENTO SETORIAL ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM <i>PACEMAKER</i> PROVISÓRIO	
--	--	--

No limiar de sensibilidade regula-se o gerador para a sensibilidade máxima e para uma frequência menor que a do doente, diminui-se progressivamente a sensibilidade até à altura em que se verifica competição com o ritmo cardíaco do doente determinando-se nesse momento o limiar de sensibilidade. O PMP deve ser mantido com sensibilidade igual à metade do valor encontrado de forma a garantir uma margem de segurança (Mateos, 2012).

A frequência cardíaca regula o número de impulsos que são enviados ao coração em um minuto, a frequência irá variar em função das necessidades fisiológicas do doente mas geralmente mantém-se entre 60 a 80 batimentos por minuto (Mateos, 2012).

8.5 COMPLICAÇÕES MAIS FREQUENTES (GLÓRIA ET AL, 2012):

- Deslocamento do elétrodo. É a complicação mais frequente e indica que o elétrodo não está bem implantado nas trabéculas e é facilmente identificado pelo registo de ECG sendo que o complexo QRS não sucede á espícula.
 - Aumento do limiar/ comando.
 - Aumento do limiar de sensibilidade.
 - Estimulação frénica.
 - Arritmia.
 - Trombose venosa profunda.
 - Complicações relacionadas com punção.
 - Infeção.
 - Pneumotórax.
 - Interferência eléctrica.
 - Tamponamento cardíaco, é uma complicação grave que ocorre por perfuração do miocárdio e associado geralmente com enfarte agudo do miocárdio do ventrículo direito.

	PROCEDIMENTO SETORIAL ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM <i>PACEMAKER</i> PROVISÓRIO	
--	--	--

8.6 RECURSOS MATERIAIS

- Cabos elétricos bipolares (n.º 5 ou n.º 6).
- Gerador de impulsos provisório (confirmar funcionamento).
- Introdutor compatível com cabo elétrodo (n.º 6 ou n.º 7).
- Desfibrilhador cardíaco externo.
- Carro de reanimação cardiorrespiratória.
- Material de tricotomia se necessário.
- Máscara cirúrgica.
- Bata esterilizada.
- Luvas cirúrgicas.
- Barrete.
- Compressas esterilizadas.
- Tabuleiro de cateter central.
- Solução antisséptica de base alcoólica.
- Material para anestesia local (seringa, agulha, lidocaína a 2% sem vaso constritor).
- Fio de sutura (seda 2/0 ou 3/0).
- Penso cirúrgico (10/8 cm).
- Seringas 10 e 20 ml.
- Lâmina de bisturi.

	<p style="text-align: center;">PROCEDIMENTO SETORIAL ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM <i>PACEMAKER</i> PROVISÓRIO</p>	
--	---	--

8.7 ANTES DA COLOCAÇÃO DE ELECTRO CATETER

O cateter deve ser testado antes da sua utilização, a técnica deve ser asséptica, o doente deve receber anestesia local e o procedimento deve ser efetuado com monitorização cardíaca contínua e confirmado através de RX, sempre que possível deve ser efetuado com controlo fluoroscópico (Glória et al 2012).

**PROCEDIMENTO SETORIAL ATUAÇÃO DE
ENFERMAGEM AO DOENTE COM *PACEMAKER*
PROVISÓRIO**

Procedimento	Fundamentação
Explicar o procedimento ao doente, vantagens e riscos, preparando-o psicologicamente e solicitando a sua colaboração.	Manter o doente informado e esclarecido sobre o seu tratamento, diminuindo a ansiedade e promovendo a aceitação e adesão à intervenção terapêutica.
Proceder à higienização das mãos.	Um dos principais veículos de contaminação dos dispositivos intravasculares são as mãos dos profissionais. A higiene das mãos antes do procedimento, combinada com técnica asséptica durante o procedimento diminui o risco de infeção.
Preparar e colocar material em campo estéril, junto à unidade do doente.	Economizar tempo.
Posicionar o doente em decúbito dorsal sem almofada, com o pescoço em hiper extensão e a cabeça voltada para o lado contrário ao da punção (punção da veia subclávia ou jugular). Pode ser necessário colocar um rolo na região interescapular.	Proporcionar conforto e facilitar o procedimento. Facilitar a abordagem da técnica. Na zona do pescoço e ombros a pressão dos líquidos nas veias centrais é menor que a pressão atmosférica. A colocação do rolo projeta os ombros e a região da clavícula, facilitando a colocação do electro cateter.

	<p style="text-align: center;">PROCEDIMENTO SETORIAL ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM <i>PACEMAKER</i> PROVISÓRIO</p>	
--	---	--

Efetuar tricotomia do local a ser implantado o PMP, se necessário.	Evitar a tricotomia, quando absolutamente necessário a tricotomia deve efetuar-se com tesoura ou máquina elétrica e nunca com lâmina, devido ao risco acrescido de colonização do local na sequência de pequenas escoriações.
Calçar luvas.	A utilização de luvas é recomendada com o objetivo de diminuir o risco de exposição a agentes patogênicos da via sanguínea.

	<p>PROCEDIMENTO SETORIAL ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM <i>PACEMAKER</i> PROVISÓRIO</p>	
--	---	--

8.8 DURANTE A COLOCAÇÃO DO ELECTRO CATETER

Procedimento	Fundamentação
<p>Colaborar com o médico durante o procedimento.</p> <p>Vigiar possíveis alterações que possam surgir no doente durante o procedimento.</p> <p>Avaliar nível de consciência.</p>	<p>Alterações da simetria torácica, sinais de dificuldade respiratória, cianose, dor torácica, podem ser evidências de possível embolia gasosa ou pneumotórax.</p> <p>Deterioração de nível de consciência pode significar baixo débito cardíaco.</p>
<p>Monitorização do doente com vigilância de traçado eletrocardiográfico, frequência cardíaca e saturação periférica de oxigénio, comunicar ao médico que executa o procedimento alguma alteração.</p>	<p>Vigiar e despistar complicações, durante a passagem do eléctrodo este pode provocar arritmias ventriculares.</p> <p>Vigiar estado hemodinâmico do doente.</p>
<p>Limpar o local de inserção do electro cateter com soro fisiológico, desinfetar com solução anti -sética.</p>	<p>Remover sangue coagulado, desinfetar local de inserção.</p>
<p>Realizar penso cirúrgico estéril.</p>	<p>O penso do local da inserção pode ser eficaz na redução da infeção em conjunto com uma inserção estéril do cateter e limpeza adequada da pele.</p>
<p>Retirar as luvas.</p>	<p>Evitar a disseminação.</p> <p>Evitar a contaminação do ambiente.</p>
<p>Proceder à higienização das mãos.</p>	<p>Prevenir a infeção cruzada.</p>

	<p>PROCEDIMENTO SETORIAL ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM <i>PACEMAKER</i> PROVISÓRIO</p>	
--	---	--

8.9- APÓS COLOCAÇÃO DE ELECTRO CATETER

Procedimento	Fundamentação
<p>Posicionar o doente em decúbito dorsal e promover o repouso do doente, principalmente da região do corpo onde foi inserido o cateter, caso tenha sido inserido pela femoral o doente não devesse fletir e elevar o membro.</p>	<p>Evitar deslocação do electro cateter.</p>
<p>Providenciar radiografia de controlo.</p>	<p>Despistar de complicações como pneumotórax ou hemotórax.</p> <p>Documentar posição dos eléctrodos.</p>
<p>Fixar adequadamente o gerador, próximo ao local de implante do cabo eléctrodo.</p>	<p>Despistar de complicações ou de deslocações acidentais.</p> <p>Prevenir a exteriorização ou deslocamento do eléctrodo por tração acidental.</p>
<p>Monitorização do doente com vigilância de traçado eletrocardiografia, frequência cardíaca e saturação periférica de oxigénio.</p> <p>Vigiar parâmetros vitais duas vezes turno e SOS.</p> <p>- Pressão arterial – Avaliação de baixo débito cardíaco.</p> <p>-Frequência cardíaca e ritmo – Avaliar se a modalidade do MP está adequada á clínica do doente ou se há deslocamento do eléctrodo.</p> <p>Temperatura – avaliação de sinais de infeção.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Deslocamento do eléctrodo - Identificado pelo registo de ECG sendo que o complexo QRS não sucede á epíscula. - Tamponamento cardíaco – (ocorre por perfuração do miocárdio), dispneia, taquicardia, hipotensão, pulso paradoxal, diminuição da saturação de O₂. - Arritmia – Dor torácica, dispneia, hipotensão. - Pneumotórax – Dor torácica, dispneia, diminuição da saturação de O₂. - Infeção – Hipertemia.

**PROCEDIMENTO SETORIAL ATUAÇÃO DE
ENFERMAGEM AO DOENTE COM *PACEMAKER*
PROVISÓRIO**

Monitorização da <i>performance</i> do <i>pacemaker</i>	Se a frequência cardíaca descer abaixo do pré fixado, avisar o médico, verificar a presença de “ <i>spikes</i> ”do estímulo do <i>pacemaker</i> e verificar se uma P ou complexo QRS se seguem a cada estímulo.
Manter penso seco, íntegro e estéril e substituí-lo de 48/48 h ou SOS com técnica asséptica. Registrar a data do penso.	Os pensos devem ser estéreis, capazes de prevenir a acumulação de humidade, permitir uma inspeção visível, fáceis de aplicar e fixar de forma segura. Devem permanecer secos e íntegros. Permitir a continuidade dos cuidados.
Avaliar se o doente apresenta sinais de mau funcionamento do PMP.	Tonturas, hipotensão ou mal-estar súbito.
Verificar se os terminais do cateter estão devidamente ligados ao gerador de impulsos.	Manter a integridade do sistema de PMP.
Evitar que o doente contacte com qualquer equipamento elétrico e manter componentes externos do sistema isolados.	Promover a segurança do doente. Evitar micro choques. Uma pequena carga elétrica que passe através do fio do <i>pacemaker</i> diretamente ao coração poderá dar início a arritmias fatais.
Vigiar possíveis sinais inflamatórios sinais no local de inserção do cateter. Vigiar hemorragia ou hematoma no local de inserção do cateter.	Despistar de complicações tardias como infeção ou hemorragias. A infeção pode ocorrer por não se respeitar técnica asséptica e pelo tempo prolongado de inserção do cateter.

	<p>PROCEDIMENTO SETORIAL ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM <i>PACEMAKER</i> PROVISÓRIO</p>	
--	---	--

<p>Verificar o estado das pilhas e mudar pilhas do gerador após longos períodos de utilização.</p>	<p>Promover a segurança do doente.</p>
<p>Isolar terminais dos fios quando não estão a ser usados.</p> <p>Usar luvas ao tocar no terminal exposto.</p> <p>Não tocar ao mesmo tempo no doente e no equipamento elétrico.</p>	<p>Assegurar a segurança elétrica.</p> <p>O corpo do enfermeiro pode servir como condutor de corrente elétrica.</p>
<p>Verificar condição da bateria pelo menos duas vezes ao dia.</p>	<p>Prevenir complicações.</p> <p>A causa mais comum da falha do PMP é a falha de bateria.</p>
<p>Verificar limiares de comando e de sensibilidade duas vezes dia.</p>	<p>Prevenir complicações como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumento do limiar/ comando. - Aumento do limiar de sensibilidade.
<p>Evitar contacto de líquidos com o gerador, cabos ou local de inserção.</p>	<p>Promover a segurança do doente.</p>
<p>Desligar o gerador de impulsos temporariamente em caso de necessidade de desfibrilhar.</p>	<p>Prevenir danos no circuito do PMP.</p>

9. INDICADORES

Não aplicável.

10. ANEXOS

Não aplicável.

APÊNDICE XXII
PROCEDIMENTO SETORIAL EFICÁCIA DA
RESPOSTA À RCP NA SALA DE
REANIMAÇÃO/EMERGÊNCIA DO SUG

PROCEDIMENTO SETORIAL
PROCEDIMENTO SETORIAL EFICÁCIA DA RESPOSTA À RCP NA SALA DE REANIMAÇÃO/EMERGÊNCIA DO SUG

SÉRIE E DATA DE EDIÇÃO		
Nº E DATA DE REVISÃO	0	

APROVADO PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

1. OBJETIVO

Uniformizar o processo de prestação de cuidados ao doente em situação de emergência/paragem cardiorrespiratória.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Médicos e enfermeiros do Serviço de Urgência Geral.

3. DISTRIBUIÇÃO

Publicado em Circular Informativa nº ____ em ____/____/____

Distribuição Geral.

4. RESPONSABILIDADES

4.1 PELA IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO:

Diretor do Serviço; Enfermeira Chefe e profissionais do Serviço de Urgência Geral (médicos e enfermeiros).

4.2 PELA REVISÃO DO PROCEDIMENTO:

Equipa de enfermagem do Serviço de Urgência Geral.

5. ABREVIATURAS

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

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

RCR – Reanimação cardiorrespiratória

	PROCEDIMENTO SECTORIAL	
	MELHORIA CONTÍNUA DA RESPOSTA À REANIMAÇÃO CARDIO-RESPIRATÓRIA	

PCR – Paragem cardiorrespiratória

ELABORAÇÃO Enf. Anabela Pires Enf. F.N. Enf. P.C.	VERIFICAÇÃO Serviço de Urgência Geral	PRÓXIMA EDIÇÃO
--	--	----------------

6. REFERÊNCIAS

NORMA	TÍTULO	CRITÉRIOS
<i>Normas de Orientação Clínica e Administrativa</i>	Avaliação e ressuscitação do doente com trauma grave	
<i>Projecto espiral</i>	Desenvolvimento de programas cooperativos de melhoria contínua de qualidade na ARSLVT	

7. PROCEDIMENTO

7.1 PRINCÍPIOS

A melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, nas suas dimensões de eficácia, eficiência equidade, adequação e acessibilidade deve ser assumida por todo e qualquer profissional de saúde, tanto na área da prestação de cuidados programados, como em situação de emergência, como é o caso da reanimação cardiorrespiratória.

A avaliação e reanimação do doente requerem um atendimento em equipa multidisciplinar, em que cada elemento deve saber o seu plano de atuação, devendo estar este em harmonia com a metodologia seguida e aprovada pelo Serviço de Urgência Geral.

Torna-se assim imperioso que se proceda a uma avaliação da melhoria contínua da qualidade específica à área da reanimação, ao tempo de resposta, ao prognóstico e à organização da equipa.

A eficácia da resposta à paragem cardiorrespiratória é assim fundamental numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade que se pretende implementar.

	PROCEDIMENTO SECTORIAL	
	MELHORIA CONTÍNUA DA RESPOSTA À REANIMAÇÃO CARDIO-RESPIRATÓRIA	

7.2 FUNDAMENTAÇÃO

É importante situar que o sucesso na resposta à reanimação cardiorrespiratória passa pela rapidez de actuação dos profissionais, nomeadamente através do início precoce do Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAV).

Para que o procedimento seja uniforme há que implicar a equipa multidisciplinar no sentido de criar sinergias tanto em termos formativos como na forma de discussão de medidas a introduzir.

Os estudos efetuados em Portugal, sobre a qualidade dos registos da reanimação, a qualidade da resposta à reanimação cardiorrespiratória e sobre o prognóstico da reanimação ainda não apresentam resultados considerados globais e que possam permitir a introdução de medidas corretivas aos mesmos. O caminho que se apresenta pode ser facilitado pela existência de Guidelines e protocolos de atuação, nomeadamente em relação aos algoritmos do SBV e SAV enunciados pelo Conselho Português de Ressuscitação e conduzindo assim à implementação das medidas corretivas que se desejam.

A implementação deve passar pela avaliação das necessidades formativas em reanimação cardiorrespiratória aos profissionais do Serviço de Urgência, aferição dos recursos materiais e protocolos existentes, qualidade dos registos na reanimação cardiorrespiratória e qualidade da resposta à reanimação cardiorrespiratória.

Deve-se assim uniformizar o procedimento da reanimação cardiorrespiratória, sendo este reconhecimento validado por diversas organizações internacionais.

7.3 RECOMENDAÇÃO PARA A MELHORIA DA RESPOSTA À REANIMAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA

Na presença de paragem cardiorrespiratória é imprescindível o acesso imediato a medidas de SBV E SAV que só podem ser verdadeiramente efetivadas se ocorrer uma deteção precoce das situações que conduzem posteriormente à atuação de emergência preconizada para tal.

O atendimento ao doente em PCR deve ser orientado com base:

- Na diferenciação técnica que cada profissional possui;

	PROCEDIMENTO SECTORIAL	
	MELHORIA CONTÍNUA DA RESPOSTA À REANIMAÇÃO CARDIO-RESPIRATÓRIA	

- Na metodologia recomendada pelo Serviço de Urgência Geral;
- Nas normas de procedimento aprovadas pelo Serviço;
- De acordo com a avaliação primária do doente (A, B, C, D e E).

7.4 RECOMENDAÇÕES SOBRE EQUIPAMENTOS DE RESPOSTA NA REANIMAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA

Os recursos materiais de emergência para a reanimação alocados a cada setor devem estar organizados de forma igual para que não haja desvios no modo de procedimento, nem ocorram alterações no tempo de resposta à reanimação. São ainda estabelecidas normas gerais de efetivação de check-lists para a gestão dos recursos materiais e equipamentos da Sala de Reanimação e carros de urgência.

7.5 PROMOÇÃO DA FORMAÇÃO ESPECÍFICA EM REANIMAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA

A eficácia da reanimação cardiorrespiratória passa pela intervenção dos seus profissionais, sendo fundamental o processo de formação contínua específica. Preconiza-se assim que os profissionais de saúde do Serviço de Urgência Geral tenham toda formação específica em SBV e SAV em nº a determinar pela direção/coordenação do Serviço de Urgência Geral e o Centro de Educação e Formação.

7.6 DIVULGAÇÃO DE MATERIAL DE INFORMAÇÃO SOBRE SBV E SAV

Deve ser feita a divulgação e afixação de cartazes do Conselho Português de Ressuscitação sobre SBV e SAV em locais estratégicos do serviço.

8. AVALIAÇÃO E MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

A atividade da equipa multidisciplinar na reanimação cardiorrespiratória não se esgota na Sala de Reanimação, sendo necessário efetivar um processo de auditoria permanente face ao desempenho efetuado, correlacionando-o com fatores prognósticos e resultados verificados. Para

	PROCEDIMENTO SECTORIAL	
	MELHORIA CONTÍNUA DA RESPOSTA À REANIMAÇÃO CARDIO-RESPIRATÓRIA	

tal é necessário apontar os indicadores de qualidade a serem trabalhados por este serviço, que serão objeto de definição posterior por parte da Direção/Chefia de Enfermagem do Serviço.

9. ANEXOS

Anexo I. Registo de Abertura do Carro de Emergência.

Anexo II. Regulamento da Sala de Reanimação.

Anexo III. Norma e protocolo de utilização do carro de urgência.

Anexo IV. Lista de Material do carro de emergência .

REGISTO DE ABERTURA DO CARRO DE EMERGÊNCIA

DATA E HORA	Nº de SELO COLOCADO	MOTIVO	INTERVENÇÃO	OBSERVAÇÕES	ASSINATURA Nº MEC
____/____/____ :____		VERIFICAÇÃO MENSAL <input type="checkbox"/> AUDITORIA <input type="checkbox"/> OUTRA (*) <input type="checkbox"/>	REPOSIÇÃO <input type="checkbox"/> CHECK-LIST <input type="checkbox"/> VALIDADE <input type="checkbox"/>		
____/____/____ :____		VERIFICAÇÃO MENSAL <input type="checkbox"/> AUDITORIA <input type="checkbox"/> OUTRA (*) <input type="checkbox"/>	REPOSIÇÃO <input type="checkbox"/> CHECK-LIST <input type="checkbox"/> VALIDADE <input type="checkbox"/>		
____/____/____ :____		VERIFICAÇÃO MENSAL <input type="checkbox"/> AUDITORIA <input type="checkbox"/> OUTRA (*) <input type="checkbox"/>	REPOSIÇÃO <input type="checkbox"/> CHECK-LIST <input type="checkbox"/> VALIDADE <input type="checkbox"/>		
____/____/____ :____		VERIFICAÇÃO MENSAL <input type="checkbox"/> AUDITORIA <input type="checkbox"/> OUTRA (*) <input type="checkbox"/>	REPOSIÇÃO <input type="checkbox"/> CHECK-LIST <input type="checkbox"/> VALIDADE <input type="checkbox"/>		

PROCEDIMENTO SETORIAL

**PROCEDIMENTO SETORIAL EFICÁCIA DA RESPOSTA À RCP NA SALA DE
REANIMAÇÃO/EMERGÊNCIA DO SUG**

ANEXO II

REGULAMENTO DA SALA DE REANIMAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

DEFINIÇÃO STANDARD

1. Na Sala de Reanimação do Serviço da Urgência Geral devem ser prestados cuidados imediatos aos doentes, que pela sua condição de emergência o necessitem, como sejam os doentes em paragem cardiorrespiratória, insuficiência respiratória, choque, politraumatizados, grandes queimados, traumatizados cranioencefálicos, enfarte agudo do miocárdio entre outras situações emergentes.

CRITÉRIOS

RESPONSABILIDADE

2. A responsabilidade de gestão desta sala é da Direção do Serviço de Urgência, que a poderá delegar a um dos seus assessores.
3. Deve ser definido em cada período, um enfermeiro, um cirurgião e um médico internista responsáveis pela Sala de Reanimação, bem como um médico anestesista de apoio, nomeados pelos Chefes de Valência. O enfermeiro responsável pela Sala de Reanimação em cada período de oito (8) horas, deve afixar o nome dos elementos desta equipa que respondem à chamada na Sala de Reanimação e respetivas funções em cada turno.

ADMISSÃO DO DOENTE

4. A admissão à Sala de Reanimação é uma decisão médica e de enfermagem.
5. Desde que haja comunicação pré-hospitalar da chegada de um doente com indicação para admissão na sala de reanimação, a equipa desta sala deve ser imediatamente ativada.
6. Os critérios de admissão na Sala de Reanimação e a ativação da equipa de emergência devem estar de acordo com a Circular Normativa, da Direção Geral de Saúde de 22/6/2010. Sendo estes:
 - Compromisso da via aérea
 - Paragem respiratória
 - Frequência respiratória menor que 6 ou maior do que 35 ciclos por minutos

PROCEDIMENTO SETORIAL

PROCEDIMENTO SETORIAL EFICÁCIA DA RESPOSTA À RCP NA SALA DE REANIMAÇÃO/EMERGÊNCIA DO SUG

- SaO₂ menor que 85% com oxigênio suplementar
- Paragem cardiorrespiratória (PCR)
- Frequência circulatória menor que 40 ou maior que 140 batimentos/minuto
- Escala de Coma de Glasgow – diminuição maior que 2 pontos
- Crise convulsiva prolongada ou repetida
- Perda súbita de consciência

Estes critérios devem ser adaptados à idade pediátrica e em conformidade com os critérios do Protocolo de Encaminhamento da Urgência Geral para a sala de reanimação/trauma.

Tão ou mais importante do que a observação de valores num determinado momento, é a sua evolução em avaliações sucessivas.

7. A admissão de um doente na sala de reanimação deve ser sinalizada através de um alarme sonoro (três toques).
8. É necessário estabelecer alguns princípios orientadores no atendimento ao doente em PCR:
 - a. A Sala de Reanimação deve estar sempre preparada para o início de uma situação de emergência/ reanimação;
 - b. Todo o material de emergência deve estar bem visível, rotulado e de fácil acesso;
 - c. O número de pessoas na Sala de Reanimação deve estar restrito às necessárias;
 - d. Promover o trabalho em equipa, num espírito de coesão e linguagem comum, onde cada elemento desempenha o seu papel e as suas responsabilidades sob a coordenação do elemento designado para o efeito;
 - e. A atuação de cada um deve ser precisa e objetiva;
 - f. Promover uma comunicação clara entre as pessoas, usando o nome próprio a quem se dirige;
 - g. O elemento que recebe uma orientação ou pedido, deve fazer entender que tomou conhecimento dessa orientação ou pedido;
 - h. O elemento que recebe uma orientação ou pedido, após o efetuar, deve comunicar a sua execução;
 - i. Atender que o tempo é considerado precioso em toda a fase de reanimação, é importante olhar para o relógio.

PROCEDIMENTO SETORIAL EFICÁCIA DA RESPOSTA À RCP NA SALA DE REANIMAÇÃO/EMERGÊNCIA DO SUG

ATUAÇÃO NA SALA DE REANIMAÇÃO

9. Os recursos humanos afetos à sala de reanimação devem comportar no mínimo dois médicos, três enfermeiros e um assistente operacional para cada doente assistido. A equipa deve ser reforçada à medida das necessidades assistenciais, sendo para o efeito devidamente contactados pelo coordenador da sala ou a quem for delegada essa tarefa.

Quanto aos enfermeiros, estes devem ter competência específica na área da reanimação. Preconiza-se que a atuação dos enfermeiros siga as seguintes responsabilidades na Sala de Emergência:

A equipa de enfermagem da Sala de Reanimação é constituída da seguinte forma: um enfermeiro responsável pela sala de reanimação (escalado de sala de reanimação em cada turno), um segundo enfermeiro proveniente da UIPA, e um terceiro enfermeiro, o chefe de equipa de enfermagem.

O primeiro enfermeiro, responsável pela sala de reanimação nesse turno:

- Aciona o código sonoro e reúne a equipa.
- É responsável pela assistência às manobras de manutenção da via aérea, massagem cardíaca externa e monitorização do doente (ECG, FC, SpO₂, PA e T) e ENG quando necessário.
- Elaboração dos registos

O enfermeiro responsável pela sala, sempre que haja comunicação do exterior da chegada de um doente em PCR, deverá ser informado.

Um segundo enfermeiro (proveniente da UIPA) é responsável pelos acessos venosos, apoio a manobras invasivas e pela administração de fármacos.

O terceiro enfermeiro (chefe de equipa de enfermagem) é responsável pela preparação dos fármacos.

PROCEDIMENTO SETORIAL

PROCEDIMENTO SETORIAL EFICÁCIA DA RESPOSTA À RCP NA SALA DE REANIMAÇÃO/EMERGÊNCIA DO SUG

Em cada turno de oito horas, o chefe de equipa de enfermagem deve proceder ao preenchimento do quadro informativo da sala de reanimação, com a identificação da equipa de enfermeiros e assistente operacional, que constituem a equipa nesse turno.

10. A coordenação da atuação da assistência na Sala de Reanimação é da responsabilidade do médico internista no caso dos doentes médicos e do cirurgião no caso dos doentes cirúrgicos ou politraumatizados, que solicitarão a intervenção de outras especialidades sempre que necessário, através do sistema de comunicação implementado no Serviço de Urgência.
11. Após a transferência de um doente para a Sala de Reanimação, devem ser fornecidas ao enfermeiro responsável pela sala de reanimação o processo de internamento com folha de registo de RCR.
12. Proceder de imediato à recolha de informações que permitam estabelecer a causa da Paragem cardiorrespiratória e antecedentes clínicos relevantes.
13. Se a equipa da Sala de Reanimação tiver conhecimento da admissão de um doente em PCR, deve ter a sala devidamente preparada para atuação imediata:
 - a. Maca de reanimação em posição funcional.
 - b. Soros preparados.
 - c. Confirmar a preparação prévia de fármacos de emergência/reanimação.
 - d. Confirmar a preparação do equipamento necessário à reanimação (sistema de aspiração, material de controlo da via aérea e ventilador, material de punção venosa, etc.).
14. Sempre que um doente permaneça na Sala de Reanimação deve-se assegurar a presença de um enfermeiro, (Enfermeiro responsável pela sala de reanimação).
15. A supervisão, manutenção e revisão do material da Sala de Reanimação é da competência da Enfermeira Chefe do Serviço, sendo a reposição e verificação da responsabilidade do enfermeiro responsável para a Sala de Reanimação em cada um dos turnos.
16. Dentro das suas competências, o assistente operacional deve colaborar com a equipa médica e de enfermagem, nos processos e circuitos, sempre que solicitado.

PROCEDIMENTO SETORIAL

PROCEDIMENTO SETORIAL EFICÁCIA DA RESPOSTA À RCP NA SALA DE REANIMAÇÃO/EMERGÊNCIA DO SUG

ATUAÇÃO EM SITUAÇÕES ESPECÍFICAS

17. Devem ser desenvolvidos procedimentos para as situações de emergência mais frequentemente atendidas na Sala de Reanimação.

DESLOCAÇÃO PARA FORA DA SALA

18. O processo de transporte intra ou inter-hospitalar do doente crítico deve seguir as recomendações da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.

PERMANÊNCIA NA SALA DE REANIMAÇÃO

19. Cada doente deve permanecer na sala de reanimação apenas o tempo suficiente para avaliação da sua condição e instituição das primeiras medidas de suporte avançado de vida.

20. O chefe de valência deve promover a transferência do doente para outros serviços hospitalares adequados ou outras instituições de referência, logo que a condição clínica do doente o permita.

21. O Chefe de Equipa do serviço deve dinamizar os mecanismos necessários para que esta transferência se realize o mais rapidamente possível e de forma a disponibilizar a sala com a maior brevidade.

EQUIPAMENTO

22. Deve estar definido o equipamento existente, assim como o protocolo de reposição e manutenção do mesmo (conforme o Anexo IV).

ANEXO III

NORMAS DE UTILIZAÇÃO DO CARRO DE RCR

1. Sempre que for utilizado o carro de emergência, este deve ser revisto e repostado todo o material gasto. O chefe de equipa de enfermagem ou outro enfermeiro a quem for delegada esta função, é o responsável por esta revisão.
2. Elaborar os registos na Folha de RCR. Estes devem ser efetuados em articulação com o médico e enfermeiro que colaboraram na RCR.
3. Realização do teste de verificação do monitor/desfibrilhador em cada turno da manhã e após cada utilização.
4. Pelo menos uma vez por semana, o carro deve ser revisto, quer em termos de equipamento, quer de material e medicação (quantidades e prazos de validade), sendo essa revisão da responsabilidade do enfermeiro de horário fixo.
5. Manter bem visível junto ao carro de RCR a listagem de equipamento, material e medicação. (Anexo V)
6. Proceder à selagem do carro de emergência após a verificação do mesmo.
7. O enfermeiro chefe de equipa de enfermagem deve proceder ao registo, em livro de ocorrências, dos números de selos utilizados na selagem dos carros de reanimação, no final de cada turno.

ANEXO IV
LISTA DE MATERIAL DO CARRO DE EMERGÊNCIA

<u>Base Superior</u>	<u>Quantidade</u>
Monitor/Desfibrilhador com Pacemaker externo e oximetria	1
Bala de Oxigénio (com debitómetro)	1
Insuflador manual com saco/reservatório, máscara facial e filtro descartável	1
Contentor de corto-perfurantes	1

<u>1ª Gaveta Superior</u>	<u>Quantidade</u>
Laringoscópio – nº 2,3,4,5	2/cada
Laringoscópio McCoy	1
Pinça de Maggyl	1
Guia ou condutores para tubo endotraqueal	2
Tubo Nasofaríngeo nº 6,7	1/cada
Mascara laríngea nº 4,5	1/cada
Gel de ultrassons	1
Gel lubrificante	1
Adesivo Hipoalérgico	1
Tubo de Guedel nº3,4	2/cada
Óculos de proteção	1
Lâmpadas de laringoscópio	3
Pilhas para Laringoscópio	2
Eléctrodos para monitorização	15
Fita de nastro	5

<u>2ª Gaveta de Fármacos</u>	<u>Quantidade</u>
Ácido Acetilsalicílico 100 mg (cp)	3
Adenosina 6 mg (amp)	5
Adrenalina 1 mg (amp)	10
Água bidestilada 20cc (amp)	10
Amiodarona 150 mg (amp)	5
Atropina 0,5 mg (amp)	10
Captopril 25 mg (cp)	5
Cloreto de Potássio 7,45mg (amp)	3
Cloreto de Sódio 20cc (amp)	5
Cloreto de Cálcio 10% (amp)	2
Diazepan 10 mg (amp)	5
Digoxina 0,5 mg (amp)	3
Dopamina 200mg (amp)	3
Flumazenil 5 mg (amp)	4
Furosemida 20 mg (amp)	15
Glucose 30% 20cc (amp)	4
Hidrocortisona 100mg (amp)	2
Lidocaína a 1% 10 mg (amp)	2
Midazolam 15 mg (amp)	4
Naloxona 400 mcg (amp)	4
Nitroglicerina 0,5 mg (cp)	4
Prednisolona 1 gr (amp)	1
Propofol 1% (amp)	3
Salbutamol/Brometo Ipratrópio nebul. (2,5mg+0,5mg) (amp)	2/cada
Sulfato de magnésio 20% (amp)	3

<u>2ª Gaveta de Fármacos</u> <u>(carro da Sala de Emergência)</u>	<u>Quantidade</u>
Clopidogrel 75 mg (cp)	8
Dinitrato de Isossorbido 50 mg (amp)	5
Heparina 25000U (amp)	2

<u>3ª Gaveta</u>	<u>Quantidade</u>
Agulhas Irrecuperáveis- IM, IV, SC	10/cada
Cateter I.V.- 14G ao 24G	4/cada
Sistema de Soro	5
Prolongamento 50 cm e 75 cm	5/cada
Torneira de 3 vias	5
Seringa Irrecuperável- 2cc a 20cc	5/cada
Garrote	1
Adesivo Hipoalérgico 5x10	1
Compressa Esterilizada 7,5x7,5	4
Compressa Esterilizada 15x20	2
Luva Cirúrgica 6,5 à 8	1/cada
Luvras de Latex médias (Cx de 100)	1
Sonda Nasogástrica Tam.14 a 18	1/cada
Mascara de O2 com saco reservatório (alto débito)	2
Máscara com nebulizador e tubo	2
Sonda de aspiração (CH 6 à 18)	4
Drenos Torácicos (14 ao 40)	2

<u>Painel Inferior</u>	<u>Quantidade</u>
Estetoscópio	1
Cabos de Pace-Maker externo	1
Eléctrodos de Pace-Maker externo	
<u>Fluidoterapia:</u>	
Cloreto de Sódio 0,9% 100ml	1
Cloreto de Sódio 0,9% 500ml	1
Cloreto de Sódio 0,9% 1000ml	1
Lactato de Ringer 500ml	1
Gelafundina 500 ml	1
Hidroxietilamido (HAES)	1
Manitol a 20% 250 ml	1
Bicarbonato de Sódio 8,4% 100ml	1
Soro Glicosado 5% 100 ml	1
Soro Glicosado 5% 500 ml	
Soro Glicosado 5% 1000 ml	1
<u>Outros:</u>	
Clamps para selagem do Carro	1 Pacote

<u>Painel Lateral</u>	<u>Quantidade</u>
<u>1ª gaveta:</u>	
Tubo endotraqueal 6,5 e 7	2/cada
<u>2ª gaveta:</u>	
Tubo endotraqueal 7,5 e 8	2/cada
<u>2ª gaveta:</u>	
Kit de Cricotirostomia	1

APÊNDICE XXIII
DOSSIÊ TEMÁTICO SOBRE OS SISTEMAS DE
COMBATE A INCÊNDIO E SISTEMAS DE ALARME
DE INCÊNDIO



DOSSIÊ TEMÁTICO DE SISTEMAS
DE COMBATE A INCÊNDIO
E SISTEMAS DE ALARME
E INCÊNDIO

Professora orientadora_
Enfermeira Elsa Monteiro

Enfermeiro orientadora_
Teresa Lourenço

Enfermeira co-orientadora_
Natália Pereira

Realizado por_ Anabela Pires #03,
estudante do 1º Mestrado
em Enfermagem Médico - Cirúrgica

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	3
FICHA N ° 1, Política de Gestão de Meios de Prevenção e Combate a Incêndios, CHBM	4
FICHA N ° 2, Compilação legislativa, segurança contra incêndio em edifícios	5
FICHA N ° 3, Extintor	6
FICHA N ° 4, Extintores Portáteis de Incêndio	7
FICHA N ° 5, Extintores de incêndio móvel	8
FICHA N ° 6, Boca-de-incêndio armada com mangueira semi-rígida	9
FICHA N ° 7, Botão de alarme manual	10
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	11

INTRODUÇÃO

Um dos tipos de sinistro mais frequentes em hospitais é o incêndio e todos os hospitais devem possuir meios de proteção passivos e ativos, dentro dos últimos englobam-se os extintores portáteis, redes de incêndio armado e sistemas de detecção de incêndio (Alves e Redondo, 1999).

Segundo o Plano de Emergência Interno do Hospital X (2008) as equipas de primeira intervenção em caso de sinistro são constituídas por profissionais da zona afetada e são elas que terão de concretizar as primeiras ações de tentativa de controlo do sinistro e/ou até à chegada de ajuda externa.

O Dossiê temático apresentado visa ser um contributo para a atualização dos conhecimentos dos enfermeiros acerca dos sistemas de combate a incêndios, tipos de fogos e legislação aplicável de forma a melhorar a resposta dos enfermeiros do SUG do Hospital X, face à ocorrência de uma situação de catástrofe particularmente a atuação em caso de incêndio, de forma a reduzir os riscos de eclosão de incêndio; limitar a propagação do fogo, fumo e gases de combustão e facilitar a intervenção das equipas de emergência e dos bombeiros, conforme designado em Procedimento Geral “Atuação em Caso de Incêndio (GIE.101) do Hospital X, editado em 22-12-2011.

FICHA N.º 1

Identificação bibliográfica

Autores CHBM.

www.chbm.min-saude.pt

Título Política de Gestão de Meios de Prevenção e Combate a Incêndios.

Edição Edição A

Data 22-12-2011

Palavras-chave Prevenção. Combate a incêndios. Hospital

Resumo Este documento tem como finalidade definir as estruturas e os meios na área de segurança contra incêndio que contribuam para o controlo e minimização dos riscos de incêndio.

FICHA N.º 2

Identificação bibliográfica

Autores Autoridade Nacional de Proteção Civil, Ministério da Administração Interna
http://www.bv-guimaraes.org/site/wp-content/uploads/Compilacao_Legislativa_SCIE_www.pdf

Título Compilação legislativa segurança contra incêndio em edifícios.

Edição Autoridade Nacional de Proteção Civil. Ministério da Administração Interna.

Data Setembro de 2009.

Palavras-chave Legislação. Incêndio. Edifícios.

Resumo Cabe á Autoridade Nacional de Proteção Civil proceder á legislação das condições de segurança contra incêndio em edifícios. Esta compilação engloba as disposições regulamentares de segurança contra incêndio aplicáveis a todos os edifícios e recintos, distribuídos por 12 utilizações-tipo, sendo cada uma delas, por seu turno, estratificada por quatro categorias de risco de incêndio. São considerados não apenas os edifícios de utilização exclusiva, mas também os edifícios de ocupação mista.

FICHA N.º 3

Identificação bibliográfica

Autores Associação Portuguesa de Segurança Eletrónica e de Proteção Incêndio.

<http://www.apsei.org.pt/?lop=conteudo&tp=2&op=069059b7ef840f0c74a814ec9237b6ec&chave=extintor&>

Título Extintor.

Edição Ficha técnica n.º 3.

Data Setembro de 2010.

Palavras-chave Extintor. Características técnicas. Classificação.

Resumo Define-se o que é um extintor, quais os tipos de extintores de acordo com o agente extintor e sua adaptação ao tipo de fogo ou aos materiais combustíveis existentes. Fornece também elementos relativos à manutenção do extintor e normas aplicáveis (NP EN 3-7).

FICHA N.º 4

Identificação bibliográfica

Autores Allianz Portugal SA

<http://www.allianz.pt/drvg06/AZP%20Portal%20Allianz/Empresas/Consultores%20de%20Risco/Home%20Consultores%20de%20Risco/Ficheiros/Extintores%20Portáteis%20de%20Risco>

Título Extintores Portáteis De Incêndio.

Edição Direção Negócio Empresas – Consultores de Risco, Allianz.

Data Junho 2003.

Palavras-chave Fogos. Tipo/classe de fogos. Agentes extintores. Eficácia.

Resumo Neste *site* explica-se o que são extintores de incêndios e extintores portáteis, tipo de extintores e de agentes extintores, classe de fogos consoante o tipo de materiais de natureza combustível envolvidos no processo e adequação do extintor consoante a natureza do fogo. Faz referência ainda à eficácia dos extintores e agentes extintores segundo a classificação dos riscos e por último como utilizar um extintor.

FICHA N.º 5

Identificação bibliográfica

Autores Associação Portuguesa de Segurança Eletrónica e de Proteção Incêndio.

<http://www.apsei.org.pt/?lop=conteudo&tp=2&op=069059b7ef840f0c74a814ec9237b6ec&chave=extintor&>

Título Extintores de incêndio móvel.

Edição Ficha técnica n.º 34

Data Setembro de 2010

Palavras-chave Tipos de extintores. Extintores móveis. Classe de fogos.

Resumo Descreve-se o que é um extintor móvel, tipos de extintores e suas características técnicas genéricas, elementos identificativos, aspeto, sua adaptação ao tipo de fogo e normas aplicáveis (EN-1866-1, NP-4413).

FICHA N. 6

Identificação bibliográfica

Autores Associação Portuguesa de Segurança Eletrónica e de Proteção Incêndio.

<http://www.apsei.org.pt/?lop=conteudo&tp=2&op=069059b7ef840f0c74a814ec9237b6ec&chave=extintor&>

Título Boca-de-incêndio armada com mangueira semirrígida.

Edição Ficha técnica n º5.

Data Setembro de 2006.

Palavras-chave Boca-de-incêndio. Incêndios.

Resumo Nesta ficha explica-se o que é uma boca-de-incêndio armada ou carretel, suas características técnicas, classificação, componentes e elementos identificativos, para além disso menciona normas aplicáveis (NP EN 671).

FICHA N.º 7

Identificação bibliográfica

Autores Associação Portuguesa de Segurança Eletrónica e de Proteção Incêndio.

<http://www.apsei.org.pt/?lop=conteudo&tp=2&op=069059b7ef840f0c74a814ec9237b6ec&chave=extintor&>

Título Botão de alarme manual.

Edição Ficha técnica N.º 18.

Data 2008.

Palavras-chave Botão de alarme. Incêndios. Acionamento manual de um alarme.

Resumo Este documento descreve o que é um botão de alarme manual, tipos de botão de alarme quanto ao tipo e operação e quanto ao elemento de operação, princípios ativos de funcionamento e normas aplicáveis (NP EN 54-1, EN 54 -11, NP EN 54-14). Refere também a sua aplicação, sinalização de alarme, transmissão e manutenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ficha n.º 1 Política de Gestão de Meios de Prevenção e Combate a Incêndios,
www.chbm.min-saude.pt
- Ficha n.º 2 Compilação legislativa, segurança contra incêndio em edifícios. http://www.bv-guimaraes.org/site/wp-content/uploads/Compilacao_Legislativa_SCIE_www.pdf
- Ficha n.º 3 Extintores Portáteis De Incêndio.
[http://www.allianz.pt/drvg06/AZP%20Portal%20Allianz/Empresas/Consultores%20de%20Risco/Home%20Consultores%20de%20Risco/Ficheiros/Extintores%20Portáteis%20de%](http://www.allianz.pt/drvg06/AZP%20Portal%20Allianz/Empresas/Consultores%20de%20Risco/Home%20Consultores%20de%20Risco/Ficheiros/Extintores%20Portáteis%20de%20)
- Ficha n.º 4 Extintor.
<http://www.apsei.org.pt/?lop=conteudo&tp=2&op=069059b7ef840f0c74a814ec9237b6ec&chave=extintor&>
- Ficha n.º 5 Extintores de incêndio móvel.
<http://www.apsei.org.pt/?lop=conteudo&tp=2&op=069059b7ef840f0c74a814ec9237b6ec&chave=extintor&>
- Ficha n.º 6 Boca-de-incêndio armada com mangueira semirígida.
<http://www.apsei.org.pt/?lop=conteudo&tp=2&op=069059b7ef840f0c74a814ec9237b6ec&chave=extintor&>
- Ficha n.º 7 Botão de alarme manual.
<http://www.apsei.org.pt/?lop=conteudo&tp=2&op=069059b7ef840f0c74a814ec9237b6ec&chave=extintor&>
- Plano de emergência Hospitalar Comissão de planeamento da saúde de emergência. Angela Garcia, Jaime Almeida Redondo, 1999.
- Plano de Emergência Interno, CHBM, junho 2008.
- Procedimento Geral Atuação em caso de Incêndio do CHBM (GIE.101) de 2011.
- Política de Gestão de Meios de Prevenção e Combate a Incêndios. Edição A de dezembro de 2011 do CHBM.

APÊNDICE XXIV
AUDITORIA DE SISTEMAS DE ALARME E
COMBATE A INCÊNDIO NO SUG



AUDITORIA DE SISTEMAS DE ALARME E COMBATE A INCÊNDIOS DO SUG

Professora orientadora_
Enfermeira Elsa Monteiro

Enfermeiro orientadora_
Teresa Lourenço

Enfermeira co-orientadora_
Natália Pereira

Realizado por_ Anabela Pires #03,
estudante do 1º Mestrado
em Enfermagem Médico - Cirúrgica

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	3
1. FUNDAMENTAÇÃO	5
1.1. SISTEMAS DE COMBATE A INCÊNDIOS	7
1.1.1. Extintores	7
1.1.2. Redes de Incêndio Armada	8
1.1.3. Sistemas de alarme de incêndio	9
2. ENQUADRAMENTO DA AUDITORIA	10
2.1. SELEÇÃO DA EQUIPA AUDITORA	10
2.2. ELABORAÇÃO DO PLANO DE AUDITORIA.....	11
2.3. COMUNICAÇÃO.....	11
2.4. PREPARAÇÃO DA AUDITORIA.....	11
2.5. REALIZAÇÃO DE AUDITORIA.....	12
2.6. REALIZAÇÃO DE RELATÓRIO DE AUDITORIA	12
CONCLUSÃO	13
BIBLIOGRAFIA	14
ANEXOS	15
ANEXO I Plano de auditoria.....	16
ANEXO II Guia orientador no preenchimento da grelha de auditoria a sistemas de alarme e combate a incêndios do SUG Hospital X	18
ANEXO III Grelha de auditoria a sistemas de alarme e combate a incêndios do SUG Hospital X.....	21
ANEXO IV Relatório de auditoria	25

INTRODUÇÃO

A preocupação com a qualidade é intrínseco ao ser humano e evolui ao longo dos tempos, os conceitos de qualidade e gestão de qualidade foram desenvolvidos em tecido industrial. Alguns teóricos criaram conceitos, métodos e técnicas para implantar, manter e avaliar a qualidade; conceções como ausência de defeitos e conformidade com as exigências, substanciam o que significa a mesma (D'Innocenzo, Adami, & Cunha, 2006).

O movimento pela qualidade associado à indústria nos anos cinquenta foi sendo absorvido pela área da saúde nas décadas seguintes, Berwick (1995) citado por D'Innocenzo, Adami, & Cunha (2006) assegura que é possível utilizar os conceitos de qualidade usada na indústria para o referido setor (D'Innocenzo, Adami, & Cunha, 2006).

No geral a avaliação da qualidade procura medir as condições estruturais dos serviços, desde as habilitações do pessoal e/ou desempenho do equipamento até aos parâmetros físicos (D'Innocenzo, Adami, & Cunha, 2006).

Avedis Donabedian adaptou ao atendimento hospitalar a noção de indicadores de estrutura, processo e resultado; a componente estrutura diz respeito às características necessárias ao processo assistencial e engloba a área física, recursos humanos, materiais, e financeiros, sistemas de informação e instrumentos normativos técnico administrativos e condições organizacionais; por sua vez o componente processo equivale à prestação da assistência segundo padrões técnico científicos aceites na comunidade científica acerca de determinado tema e o uso dos recursos nos seus aspetos quanti-qualitativos; o elemento resultados diz respeito às consequências das atividades efetuadas nos serviços de saúde, considerando igualmente as mudanças relacionadas a conhecimentos e comportamentos (D'Innocenzo, Adami, & Cunha, 2006).

De forma a planear intervenções que conduzam à melhoria da assistência em saúde e à eficiência na administração dos serviços de saúde é necessário realizar avaliações das estruturas e processos, é igualmente relevante a avaliação dos resultados obtidos para que se possam operar mudanças e melhorar a qualidade dos serviços (D'Innocenzo, Adami, & Cunha, 2006).

Os enfermeiros possuem uma multiplicidade de conhecimentos e habilidades técnicas e na sua atuação está implícito o compromisso com a qualidade na assistência, deste modo podem-se e devem-se constituir como agentes de mudança e contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços. Focada na qualidade a assistência em enfermagem deve ter como finalidade a melhoria contínua da prestação de serviços bem como definição de estratégias que possibilitem o controlo da

mesma. (D'Innocenzo, Adami, & Cunha, 2006). Foi com base neste pressuposto e no contexto da frequência do primeiro Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da ESS do IPS, no âmbito do PAC, em que foi necessário o desenvolvimento da competência específica de enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, que realizámos auditoria interna a sistemas de combate e alarme a incêndios do SUG do Hospital X .

Tivemos como objetivo identificar áreas que requeressem atenção e problemas que carecessem de solução, propondo a partir daí sugestões de medidas corretivas, com vista a superar as deficiências detetadas de acordo com a legislação e os regulamentos em vigor.

O Regime Jurídico de Segurança Contra Incêndios em Edifícios, decreto-lei nº 220/ 2008 de 12 de novembro, baseia-se nos princípios gerais da preservação da vida humana, do ambiente e do património, tendo em vista a observância dos referidos princípios e de acordo com o decreto-lei, visou-se:

- a) Limitar o desenvolvimento de eventuais incêndios, circunscrevendo e minimizando os seus efeitos, nomeadamente a propagação do fumo e gases de combustão;
- b) Facilitar a evacuação e o salvamento dos ocupantes em risco;
- c) Permitir a intervenção eficaz e segura dos meios de socorro.

1. FUNDAMENTAÇÃO

Os edifícios hospitalares estão sujeitos a diversos tipos de acontecimentos que podem dar origem a situações de emergência, uma das características destes edifícios e o que os diferencia dos restantes é o tipo de ocupação com a presença de um elevado número de ocupantes em condições de deficiente capacidade de perceção e reação a uma condição de alarme, o que faz com que o aspeto fundamental em termos de segurança das instalações seja a prevenção de ocorrência de situações indesejáveis ou caso estas venham a acontecer, limitar ao máximo a sua disseminação de modo a reduzir a necessidade de evacuação dos ocupantes (Alves & Redondo, 1999).

Um dos tipos de sinistro mais frequentes em hospitais é o incêndio e todos os hospitais devem possuir meios de proteção passivos e ativos, dentro dos últimos englobam-se os extintores portáteis, redes de incêndio armado e sistemas de deteção de incêndio (Alves & Redondo, 1999), que se devem encontrar em conformidade com as disposições contidas no Regime Jurídico de Segurança Contra Incêndios em Edifícios, decreto-lei nº 220/ 2008 de 12 de novembro, onde se encontram definidas as disposições regulamentares de segurança contra incêndios aplicáveis a todos os edifícios, recintos e a todas as utilizações de edifícios, de forma a garantir as condições de segurança das instalações e ocupantes.

O Procedimento Geral GIE.101 de 2011 do Hospiral X, define fogo como combustão resultante de uma reação química exotérmica, que se propaga na presença de três fatores: combustível, comburente, fonte de ignição; esta combustão é habitualmente acompanhada de libertação de calor, radiação luminosa, fumos e gases.

Combustível é a substância que reage no seio de um gás, podem ser ordenados em três grupos: sólidos como a madeira, papel, tecido, plástico, entre outros; líquidos como por exemplo a gasolina, gasóleo, benzina, acetona, éter, álcool e os gases (butano, propano, metano, hidrogénio, acetileno, etc.), (CHBM - GIE.101, 2011).

As substâncias / produtos oxidantes enérgicos que podem inflamar outras substâncias e ativar ou favorecer a combustão de produtos inflamáveis designam-se como comburente e para que exista uma combustão é necessário uma fonte de energia que permita iniciar o processo ou seja uma fonte de ignição (CHBM - GIE.101, 2011).

A seleção do agente extintor deve ser determinada segundo as classes de fogos (Alves & Redondo, 1999):

	Classes de Fogos	Agente Extintor
	Fogos que resultam da combustão de materiais sólidos, geralmente de natureza orgânica, como, p. ex., madeira, carvão, papel, matéria têxtil, etc., a qual se dá normalmente com formação de brasas.	<p>Água</p> <p>Espumas</p> <p>Pó químico seco – Tipo ABC</p> <p>HFC's (hidrofluorcarbonetos)</p> <p>Gases Inertes</p>
	Fogos que resultam da combustão de líquidos ou de sólidos liquidificáveis, como, p. ex., éteres, álcoois, cetonas, vernizes, gasolinas, gasóleos, ceras, pomadas, pez, etc.	<p>Espumas</p> <p>Pó químico seco – Tipo BC e ABC</p> <p>Dióxido de carbono (CO₂)</p> <p>HFC's (hidrofluorcarbonetos)</p> <p>Água nebulizada</p> <p>Água com aditivo</p> <p>Gases inertes</p>
	Fogos que resultam da combustão de gases, como, p. ex., metano, propano, etano, butano, acetileno, etc.	<p>Pó químico seco – Tipo BC e ABC</p> <p>HFC's (hidrofluorcarbonetos)</p> <p>Gases inertes</p>
	Fogos que resultam da combustão de metais, como, p. ex., sódio, potássio, magnésio, urânio, zircónio e alguns tipos de plásticos.	Pó químico seco apropriado a cada tipo de metal
	Fogos envolvendo produtos para cozinhar (óleos e gorduras vegetais ou animais) em aparelhagem de cozinha.	<p>Agente químico húmido</p> <p>Dióxido de carbono (CO₂)</p>

Norma Portuguesa de Segurança Contra Incêndios, NP-1800, de 2011.

1.1 SISTEMAS DE COMBATE A INCÊNDIOS

1.1.1 Extintores:

A norma NP-1800, Segurança contra incêndios de 2011 do Instituto Português da Qualidade define os critérios a observar na seleção de agentes extintores e sistemas de extinção de incêndio. A capacidade de atuação dos extintores depende da adequada seleção do agente extintor, capacidade, instalação, sinalização, manutenção e correta utilização. A referida norma aplica algumas definições:

- Agente extintor:
A (s) substância (s) contida (s) no extintor e sistemas fixos de extinção de incêndios e cuja ação provoca a extinção.
- Classe de fogo:
Sistema normalizado de classificação de fogos, em função da natureza do combustível.
- Extintor:
Mecanismo que contém um agente extintor, o qual pode ser projetado e conduzido para um fogo por ação de uma pressão interna.

Os extintores de incêndio portáteis são classificados para usar em certas classes de fogo e calculados para oferecerem eficiência e eficácia em relação à extinção de incêndios. A nomenclatura dos extintores é apresentada por uma letra que indica a classe de fogo para qual o extintor tenha comprovado capacidade efetiva, antecedida de um número de classificação (somente para as classes A e B) que indicia a dimensão do fogo tipo em que o extintor satisfaz, (Alves & Redondo, 1999).

Os edifícios devem dispor de meios próprios de intervenção que permitam a atuação imediata pelos seus ocupantes e de meios que facilitem aos bombeiros a intervenção rápida das operações de socorro (ANPC, 2009).

Os edifícios devem ser equipados com extintores portáteis com extintores devidamente dimensionados e adequadamente distribuídos de forma que a distância a percorrer de qualquer saída de um local de risco

para os caminhos de evacuação até ao extintor mais próximo não exceda 15 m.

Os extintores devem ser calculados à razão de:

- a) 18 L de agente extintor padrão por 500 m² ou fração de área de pavimento do piso em que se situem;
- b) Um por cada 200 m² de pavimento do piso ou fração, com um mínimo de dois por piso.

Os extintores devem estar instalados em locais visíveis e sinalizados adequadamente e não podem estar ocultos.

Colocados de modo a que o seu manípulo fique a cerca de 1,20 m do pavimento.

Localizados nas áreas de trabalho e ao longo dos percursos incluindo saídas.

Colocados em suportes especiais e se colocados em locais que possam sofrer danos físicos devem ser protegidos adequadamente.

Adequados a incêndios da classe A/B/C.

As instruções de funcionamento de qualquer extintor devem estar dispostas de forma visível e as instruções nele impressas legíveis e em língua portuguesa.

O rótulo deve estar visível e os selos devem estar intactos.

Submetidos a medidas de manutenção uma vez por ano e com explicitação da data da sua inspeção (ANPC, 2009).

1.1.2 Redes de Incêndio Armada:

Equipamento de combate a incêndios de instalação fixa com ou sem armário, que usa uma fonte de alimentação contínua e imediata de água (APSEI, 2006). A boca-de-incêndio pode-se designar por carretel e é constituída por um tambor de alimentação axial, válvula de corte manual ou automática, mangueira semirrígida e agulheta de três posições.

Devem ser servidos por redes de incêndio armadas, guarnecidas com bocas-de-incêndio do tipo carretel, devidamente distribuídas e sinalizadas, as utilizações-tipo II a VIII, XI e XII, da 2.^a categoria de risco ou superior (ANPC, 2009).

O comprimento das mangueiras utilizadas deve permitir atingir todos os pontos do espaço a proteger a uma distância não superior a 5 metros.

A distância entre as bocas não deve ser superior ao dobro do comprimento das mangueiras utilizadas.

Deve existir uma boca-de-incêndio nos caminhos horizontais de evacuação junto à saída para os caminhos verticais, a uma distância inferior a 3 m do respetivo vão de transição.

O seu manípulo de manobra situa-se a uma altura do pavimento não superior a 1,50 m.

Os armários são sempre do tipo homologado em conjunto com o carretel e a respetiva porta, instalada à face da parede ou saliente desta, de modo a que possa rodar 170° na sua abertura.

O eixo com os carretéis, instalados ou não em armário, deve existir um espaço desimpedido e livre de quaisquer elementos que possam comprometer o seu acesso ou a sua manobra, com um raio mínimo, medido em planta, de 1 m e altura de 2 m (ANPC, 2009).

1.1.3 Sistemas de alarme de incêndio:

Os estabelecimentos de tipo hospitalar devem ser dotados de sistemas automáticos de deteção de incêndio e complementados por botões avisadores colocadas em corredores e outras vias de evacuação. Estas instalações têm por função permitir a transmissão célere e eficaz de um sinal a uma central de deteção e aviso de incêndio. As condições mais importantes que devem satisfazer uma instalação deste tipo são:

As botoneiras devem estar protegidas por um vidro, cuja quebra será necessária para ativação.

Devem ser facilmente visíveis e distribuir-se de modo a que não seja preciso percorrer uma distância superior a 25 m para alcançar a mais próxima.

Existência de alimentação elétrica auxiliar que garanta o funcionamento em caso de falha de energia (ANPC, 2009).

2. ENQUADRAMENTO DA AUDITORIA

As normas internacionais realçam a importância das auditorias como uma ferramenta de gestão para a monitorização, verificação e implementação eficaz de uma política de qualidade numa organização, (CHBM-QUA.102, 2012).

De acordo com a definição do Institute of Internal Auditors *“a auditoria interna é uma atividade independente, de avaliação objetiva e de consultadoria, que tem como objetivo acrescentar valor e melhorar as operações de uma organização. Ela pretende ajudar a organização na prossecução dos seus objetivos através de uma abordagem sistemática e disciplinada, na avaliação da eficácia da gestão de risco, do controlo e dos processos de governação.”* (IPAD, 2009).

Segundo o Instituto Português de Apoio e Desenvolvimento (IPAD, 2009), existem diversos tipos de auditoria, os quais têm uma denominação consoante o seu objeto, a finalidade, o âmbito, a extensão, a periodicidade e o agente executante.

As auditorias internas são aquelas executadas pela própria organização e podem ser divididas em auditorias de sistema em que se examina a eficiência do sistema de qualidade; auditoria de processos em que se avalia a proximidade entre métodos e procedimentos constituídos e a prática real; auditoria de itens, produtos e ou serviços que estabelece a conformidade de produtos e /ou serviços com as especificações técnicas.

Uma auditoria inclui todas as atividades necessárias para projetar, preparar e providenciar recursos para a sua condução eficaz e eficiente, dentro de um enquadramento temporal específico, os diversos autores dividem em um número maior ou menor de etapas as auditoria de qualidade; dividimos a gestão da auditoria em questão de acordo com Procedimento Geral do Hospital X ,(CHBM-QUA.102, 2012).

2.1 SELEÇÃO DA EQUIPA AUDITORA.

A equipa auditora foi constituída por enfermeiro auditor coordenador (enfermeiro do GGR do Hospital X) e estudante.

A composição da equipa teve por base o âmbito da auditoria, os conhecimentos necessários específicos a serem avaliados e o facto do enfermeiro do GGR cumprir os

requisitos do regulamento de referência do Hospital X em relação a auditorias (experiência profissional de mais de 5 anos, formação como auditor, experiência em auditorias, avaliação positiva, independência funcional).

No processo de auditoria, os auditores respeitaram os seguintes princípios, definido em regulamento interno do Hospital X:

- Conduta ética.
- Apresentação imparcial.
- Devido cuidado profissional.
- Independência.
- Abordagem baseada em evidências.

2.2 ELABORAÇÃO DO PLANO DE AUDITORIA.

O auditor estabeleceu o plano de auditoria com base na informação analisada (Anexo I) e submeteu-o ao Gabinete de Gestão de Risco para verificação.

2.3 COMUNICAÇÃO.

Após a elaboração e verificação do plano, o auditor comunicou ao auditado a data de realização da auditoria, efetuada durante o espaço temporal da primeira quinzena de junho do ano de 2012.

2.4 PREPARAÇÃO DA AUDITORIA.

Após estabelecido o âmbito da auditoria, auditoria ao produto/ serviço, sistemas de combate e alarme de incêndios do SUG do Hospital X e elaborada lista de funções a auditar respetivamente: bocas-de-incêndio, extintores portáteis e botoneiras avisadoras

(verificou-se também a existência ou não de gerador de emergência e de sistema de detecção automática de incêndios) foram elaboradas ferramenta de trabalho, grelha de verificação (Anexo III) para registo das constatações da auditoria e guia orientador no preenchimento da grelha de verificação a sistemas de alarme e combate a incêndios do SUG do Hospital X (Anexo II).

A grelha de verificação de sistemas de alarme e combate a incêndios foi elaborada após consulta e com base nas disposições contidas no Regime Jurídico de Segurança Contra Incêndios em Edifícios, decreto-lei nº 220/ 2008 de 12 de novembro, conjuntamente com as diversas portarias complementares, onde se encontram definidas as disposições regulamentares de segurança contra incêndios aplicáveis a todos os edifícios, recintos e a todas as utilizações de edifícios, foi discutida e validada com enfermeiro do Gabinete de Gestão de Risco e enfermeiro elo de ligação com Gabinete de Gestão de Risco, tendo sido considerada adequada à finalidade em causa, não tendo sofrido alterações.

2.5 REALIZAÇÃO DE AUDITORIA.

Nesta etapa a equipa de auditores no período estabelecido percorreram a área e através de observação direta conferiram a conformidade dos itens de acordo com lista de verificação construída.

2.6 REALIZAÇÃO DE RELATÓRIO DE AUDITORIA.

Foi realizado relatório de auditoria (Anexo IV) onde foram registadas as conformidades e não conformidades observadas, bem como citadas sugestões de ações corretivas. O relatório de auditoria foi entregue ao auditado e ao GGR.

CONCLUSÃO

De forma a garantir a implementação correta e eficaz do plano de emergência interno do Hospital X é fundamental manter as condições de segurança das instalações e edifícios (HNSR,EPE-Barreiro, 2007).

Foi nossa finalidade com a realização de auditoria de sistemas de alarme e combate a incêndios do SUG do Hospital X, assegurar a capacidade de intervenção própria do Hospital, no sentido de atenuar ao mínimo as consequências ocasionadas por situações de risco como é o caso dos incêndios e que possam evoluir para sinistros potencialmente causadores de situações de emergência.

Desta forma pensamos poder contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados, contribuindo para a criação de um ambiente seguro reconhecendo e antecipando a necessidade de práticas preventivas e a recolha e análise de informação com a finalidade de aumentar a segurança. Por outro lado desenvolvemos a capacidade de gestão do risco ao nível institucional prevenindo riscos ambientais incrementando sistemas de trabalho de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano e colaborando na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamento.

A realização deste trabalho permitiu-nos assim desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas, gerindo os cuidados em situações de Emergência e ou catástrofe, (DR - 2ª Série, 2011) introduzindo medidas corretivas das inconformidades.

BIBLIOGRAFIA

- Alves, A., & Redondo, J. (2 de 1999). Plano de Emergência Hospitalar. *Comissão de Planeamento da Saúde de Emergência*. Portugal: Ministério da Saúde, Instituto de Emergência Médica.
- ANPC. (09 de 2009). Segurança Contra Incêndios em Edifícios. *Compilação Legislativa - 1ª Edição*. Carnaxide, Lisboa, Portugal: Europress.
- APSEI. (09 de 2006). Ficha Técnica n.º 5. Lisboa, Lisboa, Portugal: Associação Portuguesa de Segurança Electrónica e de Protecção Incêndio.
- CHBM - GIE.101. (22 de 12 de 2011). Procedimento Geral - Actuação em caso de incêndio. Hospital X , Setúbal, Portugal.
- CHBM. (22 de 12 de 2011). Política de Gestão de Meios de Prevenção e Combate a Incêndios. Hospital X , Setúbal, Portugal: Hospital X .
- CHBM-QUA.102. (04 de 04 de 2012). Procedimento Geral - Auditorias Internas. Hospital X , Setúbal, Portugal: Hospital X .
- D'Innocenzo, M., Adami, N., & Cunha, I. (01 de 2006). Revista Brasileira de Enfermagem. *O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem*, pp. 85-87.
- DR - 2ª Série. (18 de 02 de 2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, pp. 8648 - 8657.
- HNSR,EPE-Hospital X . (07 de 2006). Política de Gestão do Risco e Segurança do Doente. Hospital X , Setúbal, Portugal: Hospital Nossa Senhora do Rosário - Hospital X .
- HNSR,EPE-Hospital X . (Julho de 2007). Plano de Emergência Interno. Hospital X , Setúbal, Portugal: Hospital Nossa Senhora do Rosário.
- IPAD. (04 de 2009). *Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento*. Obtido de Manual de Auditoria Interna: <http://www.ipad.mne.gov.pt>
- Ramos, A. W. (04 de 1990). *Revista Produção*. Obtido de <http://www.revistaproducao.net/arquivos/websites/32/v01n2a03.pdf>

ANEXOS

ANEXO I - PLANO DE AUDITORIA

PLANO DE AUDITORIA

Âmbito da Auditoria: Sistemas de combate a incêndio

Data: 06/ 2012

Duração: 3 Horas

Auditado: _ Serviço de Urgência Geral do Hospital X

Equipa Auditora: Estudante e Enfermeiro de Gabinete de Gestão De Risco

Auditor Coordenador: Enfermeiro de Gabinete de Gestão De Risco

Tema & Critérios da Auditoria: Sistemas de combate a incêndio

Critérios de auditoria:

Regime Jurídico de Segurança Contra Incêndios em Edifícios, decreto-lei nº 220/ 2008 de 12 de novembro, conjuntamente com as diversas portarias complementares.

-Procedimento Geral, "Atuação em caso de incêndio, CHBM", GIE.101 de 22/1272011.

-"Política de gestão de meios de prevenção e combate a incêndios", CHBM de 22/ 12 /2011.

Documentos a entregar pelo auditado até __/__/____

Não aplicável.

O Auditor Coordenador: Enfermeiro de Gabinete de Gestão de Risco

**ANEXO II - GUIA ORIENTADOR NO PREENCHIMENTO DA GRELHA DE
AUDITORIA A SISTEMAS DE ALARME E COMBATE A INCÊNDIOS DO SUG DO
HOSPITAL X**

GUIA ORIENTADOR NO PREENCHIMENTO DA GRELHA DE AUDITORIA A SISTEMAS DE ALARME E COMBATE A INCÊNDIOS DO SUG DO HOSPITAL X.

No contexto da frequência do primeiro Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e no âmbito do Projeto de Aprendizagem de Competências foi necessário o desenvolvimento da competência específica de enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica:

K2 — Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi vítima, da conceção à ação e definimos como objetivo específico elaborar lista de inconformidades e medidas corretivas em relação aos sistemas de combate e alarme a incêndios do SUG do Hospital X , neste teor criamos grelha que permitisse auditar os sistemas de alarme e combate a incêndios que foi posteriormente utilizada para elaboração de relatório de auditoria.

A grelha tem como objetivo explicitar o tipo, número e localização de sistemas de alarme e combate a incêndios respetivamente: bocas-de-incêndio, extintores portáteis e botoneiras avisadoras. Verificou-se também a existência ou não de gerador de emergência e de sistema de deteção automática de incêndios.

Os sistemas de combate e de alarme a incêndios do SUG do Hospital X são constituídos por:

-Cinco extintores portáteis, dois encontram-se no corredor dos vestiários, um no *hall* da sala de espera de cirurgia e dois em Balcão.

-Três bocas-de-incêndio, uma localizada no *hall* da sala de espera de cirurgia, uma no corredor do vestiário e uma no caminho de evacuação vertical.

-Cinco botoneiras avisadoras, uma localizada na UIPA e as restantes nos corredores do SUG.

A grelha de verificação foi construída após consulta e com base nas disposições contidas no Regime Jurídico de Segurança Contra Incêndios em Edifícios, decreto-lei nº 220/ 2008 de 12 de novembro, conjuntamente com as diversas portarias complementares, onde se encontram definidas as disposições regulamentares de segurança contra incêndios aplicáveis a todos os edifícios e recintos e a todas as utilizações de edifícios, critérios acima definidos.

Foi assinalado na coluna respetiva a conformidade ou não conformidade.

Os extintores foram numerados de 1 a 5, começando na zona mais próxima da UIPA até ao último localizado em Balcão.

- corredor do SUG mais próximo da Extintor 1- UIPA.
- Extintor 2 - corredor do vestiário.
- Extintor 3 - corredor do vestiário mais próximo da saída.
- Extintor 4 - corredor da sala de ortopedia.
- Extintor 5 - sala de espera de doentes (Balcão).

Os botões de aviso foram numerados de 1 a 5, começando na zona mais próxima da UIPA até ao último localizado em Balcão.

- Botão de aviso 1-UIPA.
- Botão de aviso 2 - corredor do SUG.
- Botão de aviso 3 - corredor do SUG.
- Botão de aviso 4 - corredor do SUG.
- Botão de aviso 5 - corredor do SUG.

As bocas-de-incêndio foram numeradas de 1 a 3, começando na zona mais próxima da UIPA até à última localizada em Balcão.

- Boca-de-incêndio 1 - corredor de vestiário.
- Boca-de-incêndio 2 - corredor do SUG.
- Boca-de-incêndio 3 - Balcão.

**ANEXO III - GRELHA DE AUDITORIA A SISTEMAS DE ALARME E COMBATE A
INCÊNDIOS DO SUG DO HOSPITAL X**

Grelha de auditoria a sistemas de alarme e combate a incêndios do SUG do Hospital X

	Bocas-de-incêndio					
	Conforme	Não Conforme	Conforme	Não Conforme	Conforme	Não Conforme
	1		2		3	
Todas as bocas-de-incêndio do SUG, se encontram a uma distância inferior a 5 m de cada saída		✓	✓		✓	
No SUG, existe uma boca-de-incêndio nos caminhos de evacuação junto à saída para os caminhos verticais, a uma distância inferior a 5 m do respetivo vão de transição	✓		✓		✓	
Os manípulos de manobra de todos os carretéis existentes no SUG, situam-se a uma altura do pavimento não superior a 1,50 m	✓		✓		✓	
Todos os armários de instalação dos carretéis existentes no SUG, se encontram em espaço desimpedido e livre de elementos que possam comprometer o seu acesso ou a sua manobra, com um raio mínimo de 1 m e altura 2 m	✓			✓		✓
Todas as bocas-de-incêndio existentes no SUG estão sinalizadas com pictograma indicativo	✓		✓		✓	
Todas as bocas-de-incêndio existentes no SUG contêm informação de: Ano de fabrico, pressão máxima do serviço, comprimento e diâmetro da mangueira		✓		✓		✓
Todas as bocas-de-incêndio existentes no SUG têm afixado ou na proximidade, instruções de funcionamento		✓		✓		✓
A instalação das bocas-de-incêndio existentes no SUG, permite a rotação do tambor e porta a 170° e fácil acesso à válvula de seccionamento	✓		✓		✓	

Elaborado por: Anabela Pires no âmbito do 1º CMEMC da ESS do IPS sob orientação da professora E.M. e da Enf.ª. Especialista T.L.

Grelha de verificação de sistemas de alarme e combate a incêndios do SUG Hospital X

	Extintores									
	Conforme	Não Conforme	Conforme	Não Conforme	Conforme	Não Conforme	Conforme	Não Conforme	Conforme	Não Conforme
	1		2		3		4		5	
Todos os extintores existentes no SUG, são adequados a incêndios da classe A/B/C	✓		✓		✓		✓		✓	
Todos os locais de instalação de extintores do SUG estão sinalizados com pictograma indicativo	✓		✓		✓		✓		✓	
Todos os extintores existentes no SUG estão dentro do prazo de validade	✓		✓		✓		✓		✓	
A distância máxima percorrida da saída de qualquer local de risco até aos extintores existentes no SUG é de 15 m		✓		✓		✓		✓		✓
Todos os extintores existentes no SUG têm cavilha e selo de proteção	✓		✓		✓		✓		✓	
Todos os extintores existentes no SUG têm registo atualizado com data de inspeção	✓		✓		✓		✓		✓	
Todos os extintores existentes no SUG foram sujeitos a manutenção há menos de um ano	✓		✓		✓		✓		✓	
Todos os extintores existentes no SUG estão dentro do limite de data de carregamento	✓		✓		✓		✓		✓	
Todos os extintores existentes no SUG têm normas de funcionamento visíveis		✓		✓		✓		✓		✓
Todos os extintores existentes no SUG se encontram em suporte apropriado	✓		✓		✓		✓		✓	
O acesso a todos os extintores existentes no SUG não está obstruído	✓		✓		✓		✓		✓	
Todos os extintores existentes no SUG se encontram a uma altura não superior a 1,2 m do pavimento (medido até ao manipululo)		✓		✓		✓		✓		✓

Elaborado por: Anabela Pires no âmbito do 1º CMEMC da ESS do IPS sob orientação da professora E.M. e da Enf.^a. Especialista T.L.

Grelha de verificação de sistemas de alarme e combate a incêndios do SUG Hospital X

	Botões de Aviso									
	Conforme	Não Conforme	Conforme	Não Conforme	Conforme	Não Conforme	Conforme	Não Conforme	Conforme	Não Conforme
	1		2		3		4		5	
Todas as botoneiras avisadoras de incêndio existentes no SUG estão protegidas por vidro e não danificadas	✓		✓			✓			✓	✓
Todas as botoneiras existentes no SUG são facilmente visíveis e encontram-se em local desimpedido	✓		✓		✓		✓		✓	
A distância a percorrer entre botoneiras existentes no SUG não excede os 25 m	✓		✓		✓		✓		✓	
Todas as botoneiras existentes no SUG estão operacionais		✓		✓		✓		✓		✓
Todas as botoneiras existentes no SUG têm dispositivo para abertura de emergência		✓		✓		✓		✓		✓

Elaborado por: Anabela Pires no âmbito do 1º CMEMC da ESS do IPS sob orientação da professora E.M. e da Enf.^a Especialista TL.

ANEXO IV - RELATÓRIO DE AUDITORIA

RELATÓRIO DE AUDITORIA

Tema: Auditoria a sistemas de alarme e combate a incêndios

Data de Realização: 15 / 6 / 2012 Duração: 3h00

Auditado: Serviço de urgência geral do Hospital X

Representantes do Auditado: Enfermeira Coordenadora do SUG.

Equipa Auditadora: Enfermeiro do Gabinete de Gestão de Risco e estudante.

Auditor Coordenador: Enfermeiro do Gabinete de Gestão de Risco

CRITÉRIOS DA AUDITORIA:

- Regime Jurídico de Segurança Contra Incêndios em Edifícios, decreto-lei nº 220/ 2008 de 12 de novembro, conjuntamente com as diversas portarias complementares.
- Procedimento Geral, “Atuação em caso de incêndio,CHBM”, GIE.101 de 22/12/2011.
- “Política de gestão de meios de prevenção e combate a incêndios”, CHBM de 22/ 12 /2011.

SUMÁRIO EXECUTIVO & CONCLUSÕES:

Das auditorias realizadas verificaram-se algumas inconformidades totais e parciais em todos os sistemas de combate a incêndios, algumas são de fácil resolução e não implicam custos acrescidos, outras relacionam-se com adequação dos meios de combate a incêndio, como a inexistência de equipamento de extinção automática ou de deteção automática de incêndio e de gerador de emergência para todo o SUG, sendo que a zona de Balcão não está servida com este dispositivo.

Sugere-se proceder à revisão e manutenção sistemáticas, por técnico qualificado de todo o equipamento de alarme e combate a incêndio, de acordo com definido na política de gestão de meios de prevenção e combate a incêndios do Hospital X de dezembro de 2012, (edição A).

Recomenda-se também entre outros aspetos mencionados em relatório anexo, a colocação de extintores em áreas de trabalho (SO, UIPA, Diretos) e ponderar a reparação e ativação de botoneiras avisadores de incêndio; neste momento a única forma de alarme de incêndio é o contacto por via telefónica.

As sugestões apresentadas visam melhorar e operacionalizar os sistemas de combate a incêndio do SUG do Hospital X, de forma a limitar o desenvolvimento de eventuais incêndios, com uma intervenção eficaz e segura dos meios de socorro de forma a preservar a vida humana, o ambiente e o património.

RELATÓRIO DE AUDITORIA

Auditado: Serviço de urgência geral da unidade Hospital X _____

CRITÉRIO	CONSTATAÇÕES DOS AUDITORES	AVALIAÇÃO DOS AUDITORES	ACÇÃO DE MELHORIA / RECOMENDAÇÃO DA EQUIPA AUDITORA
		Conformidade Total (T) Conformidade Parcial (P) Não Conforme (N) Não aplicável (N/A)	
Extintores:			
Todos os extintores existentes no SUG, são adequados a incêndios da classe A/B/C	Todos os extintores existentes no SUG, são adequados a incêndios da classe A/B/C	Conformidade total	
Todos os locais de instalação de extintores do SUG estão sinalizados com pictograma indicativo	Todos os locais de instalação de extintores do SUG estão sinalizados com pictograma indicativo de acordo com legislação em vigor	Conformidade total	
Todos os extintores existentes no SUG estão dentro do prazo de validade	Todos os extintores existentes no SUG estão dentro do prazo de validade	Conformidade total	

CRITÉRIO	CONSTATAÇÕES DOS AUDITORES	AVALIAÇÃO DOS AUDITORES Conformidade Total (T) Conformidade Parcial (P) Não Conforme (N) Não aplicável (N/A)	ACÇÃO DE MELHORIA / RECOMENDAÇÃO DA EQUIPA AUDITORA
<p>A distância máxima percorrida da saída de qualquer local de risco até aos extintores existentes no SUG é de 15 m</p>	<p>Existem dois extintores no corredor do SUG onde se encontra o vestiário que se encontram a mais de 15 m. Não existem extintores no SO e na UIPA, nem no corredor que dá acesso a estas duas salas de internamento</p>	<p>Conformidade parcial</p>	<p>Colocação de extintores no corredor de SO e UIPA, ou em alternativa no SO e UIPA</p>
<p>Todos os extintores existentes no SUG têm cavilha e selo de proteção</p>	<p>O extintor da sala de espera de utentes encontrava-se sem cavilha e selo de proteção</p>	<p>Conformidade parcial</p>	<p>Verificação mais frequente das condições dos extintores e reparação em SOS</p>
<p>Todos os extintores existentes no SUG têm registo atualizado com data de inspeção</p>	<p>Todos os extintores existentes no SUG têm registo atualizado com data de inspeção</p>	<p>Conformidade total</p>	
<p>Todos os extintores existentes no SUG foram sujeitos a manutenção há menos de um ano</p>	<p>Todos os extintores existentes no SUG foram sujeitos a manutenção há menos de um ano</p>	<p>Conformidade total</p>	

CRITÉRIO	CONSTATAÇÕES DOS AUDITORES	AVALIAÇÃO DOS AUDITORES Conformidade Total (T) Conformidade Parcial (P) Não Conforme (N) Não aplicável (N/A)	ACÇÃO DE MELHORIA / RECOMENDAÇÃO DA EQUIPA AUDITORA
Todos os extintores existentes no SUG estão dentro do limite de data de carregamento	Todos os extintores existentes no SUG estão dentro do limite de data de carregamento	Conformidade total	
Todos os extintores existentes no SUG têm normas de funcionamento visíveis	As únicas normas de funcionamento são as que se encontram impressas no extintor, não existindo outras indicações de funcionamento junto a qualquer dos extintores existentes no SUG	parcial Conformidade	Colocação de normas de funcionamento junto de cada extintor
Todos os extintores existentes no SUG se encontram em suporte apropriado	Dois extintores existentes no SUG (balcão e corredor de ortopedia) não tem suporte adequado e o extintor do corredor de ortopedia encontra-se em risco de queda por má fixação	parcial Conformidade	Colocação de suportes adequados nos dois extintores referidos. Verificações frequentes
O acesso a todos os extintores existentes no SUG não está obstruído	O acesso a todos os extintores existentes no SUG não está obstruído, no entanto dois extintores existentes no corredor do vestiário encontram-se em local não visível devido a prolongamentos de construção	parcial Conformidade	

CRITÉRIO	CONSTATAÇÕES DOS AUDITORES	AVALIAÇÃO DOS AUDITORES Conformidade Total (T) Conformidade Parcial (P) Não Conforme (N) Não aplicável (N/A)	ACÇÃO DE MELHORIA / RECOMENDAÇÃO DA EQUIPA AUDITORA
<p>Todos os extintores existentes no SUG se encontram a uma altura não superior a 1,2 m do pavimento (medido até ao manipulo)</p>	<p>Todos os extintores existentes no SUG se encontram a uma altura superior a 1,2 m. Os dois extintores que se encontram no corredor do vestiário encontram-se a uma altura e 1,80 me os restantes a uma altura de 1,30 m</p>	<p>Não conforme</p>	<p>Colocação de extintores na altura recomendada</p>
<p>Todos os extintores existentes no SUG, encontram-se localizados preferencialmente junto as saídas do SUG</p>	<p>Três dos extintores encontram-se junto as saídas do SUG, os dois extintores do corredor do vestiário localizam-se longe das saídas. Não existem extintores no SO e na UIPA nem no corredor que dá acesso a estas duas salas de internamento</p>	<p>Conformidade parcial</p>	<p>Colocação de extintores nas zonas em falta</p>

CRITÉRIO	CONSTATAÇÕES DOS AUDITORES	AVALIAÇÃO DOS AUDITORES Conformidade Total (T) Conformidade Parcial (P) Não Conforme (N) Não aplicável (N/A)	ACÇÃO DE MELHORIA / RECOMENDAÇÃO DA EQUIPA AUDITORA
Botões avisadores:			
Todas as botoneiras avisadoras de incêndio existentes no SUG estão protegidas por vidro e não danificadas	Duas botoneiras de incêndio (corredor de SO e ortopedia) encontram-se danificadas	parcial Conformidade	Reparação de botoneiras
Todas as botoneiras existentes no SUG são facilmente visíveis e encontram-se em local desimpedido	Todas as botoneiras existentes no SUG são facilmente visíveis e encontram-se em local desimpedido	Conformidade total	
A distância a percorrer entre betoneiras existentes no SUG não excede os 25 m	A distância a percorrer entre betoneiras existentes no SUG não excede os 25 m	Conformidade total	
Existe noSUG do Hospital X, uma alimentação elétrica auxiliar que garante o funcionamento em caso de falha de energia	Existe noSUG do Hospital X uma alimentação elétrica auxiliar que garante o funcionamento em caso de falha de energia mas só na zona respeitante ao SO e UIPA, a zona de balcão e triagem não têm recurso a gerador de emergência	parcial Conformidade	Ponderar a colocação de gerador de emergência na zona em causa

CRITÉRIO	CONSTATAÇÕES DOS AUDITORES	AVALIAÇÃO DOS AUDITORES Conformidade Total (T) Conformidade Parcial (P) Não Conforme (N) Não aplicável (N/A)	ACÇÃO DE MELHORIA / RECOMENDAÇÃO DA EQUIPA AUDITORA
Todas as botoneiras existentes no SUG estão operacionais	Nenhuma botoneira existente no se encontra operacional, todas se encontram desativadas, a única forma de alerta de incêndio é por telefone	Não conforme	Ponderar a ativação de sistema de alarme de incêndio
Todas as botoneiras existentes no SUG têm dispositivo para abertura de emergência	Das botoneiras existentes no SUG nenhuma tem dispositivo para abertura de emergência	Não conforme	Reparação de botoneiras
Sistema automático de deteção de incêndios:			
O SUG dispõe de sistema automático de deteção de incêndios	O SUG não dispõe de sistema automático de deteção de incêndios	Não conforme	Ponderar a instalação de sistema automático de deteção de incêndio
Bocas-de-incêndio:			
Todas as bocas-de-incêndio do SUG, se encontram a uma distância inferior a 5 m de cada saída	A boca de incêndios existente no corredor do vestiário encontra-se a uma distância superior	✓ Conformidade parcial	Ponderar caminho alternativo de saída no corredor do vestiário

CRITÉRIO	CONSTATAÇÕES DOS AUDITORES	AVALIAÇÃO DOS AUDITORES Conformidade Total (T) Conformidade Parcial (P) Não Conforme (N) Não aplicável (N/A)	ACÇÃO DE MELHORIA / RECOMENDAÇÃO DA EQUIPA AUDITORA
<p>A distância entre bocas-de-incêndio existentes no SUG, não é superior ao dobro do comprimento das mangueiras utilizadas</p>	<p>A distância entre as bocas-de-incêndio do corredor do vestiário e <i>hall</i> de sala de cirurgia é de 32 m. A distância entre as bocas-de-incêndio do <i>hall</i> de sala de cirurgia e vão de escada de caminho de evacuação é de 40 m. Não foi possível determinar a sua conformidade pois não existe informação acerca do comprimento de mangueira das respetivas bocas-de-incêndio.</p>	<p>Não aplicável</p>	<p>Contactar firma fornecedora para colocação de informação de pressão máxima do serviço, comprimento e diâmetro da mangueira em cada boca-de-incêndio</p>
<p>No SUG, existe uma boca-de-incêndio nos caminhos de evacuação junto à saída para os caminhos verticais, a uma distância inferior a 5 m do respetivo vão de transição</p>	<p>No SUG, existe uma boca-de-incêndio nos caminhos de evacuação junto à saída para os caminhos verticais, a uma distância inferior a 5 m do respetivo vão de transição</p>	<p>Conformidade total</p>	
<p>Os manípulos de manobra de todos os carreteis existentes no SUG, situam-se a uma altura do pavimento não superior a 1,50 m</p>	<p>Os manípulos de manobra de todos os carreteis existentes no SUG, situam-se a uma altura do pavimento não</p>	<p>Conformidade total</p>	

CRITÉRIO	CONSTATAÇÕES DOS AUDITORES	AVALIAÇÃO DOS AUDITORES Conformidade Total (T) Conformidade Parcial (P) Não Conforme (N) Não aplicável (N/A)	ACÇÃO DE MELHORIA / RECOMENDAÇÃO DA EQUIPA AUDITORA
	superior a 1,50 m		
<p>Todos os armários de instalação dos carretéis existentes no SUG, se encontram em espaço desimpedido e livre de elementos que possam comprometer o seu acesso ou a sua manobra, com um raio mínimo de 1 m e altura 2 m</p>	<p>Na observação realizada a boca-de-incêndio existente em vão de escada encontra-se em espaço obstruído por armário e contentores de lixo, dificultando o seu acesso, o carretel existente no <i>hall</i> da sala de cirurgia encontrava-se obstruído por macas ocupadas por doentes dificultando o seu acesso.</p>	<p>parcial Conformidade</p>	<p>Desimpedir o acesso a boca-de-incêndio no vão de escada, sensibilizar os profissionais de saúde para não colocação de macas de doentes junto de boca-de-incêndio</p>
<p>Todas as bocas-de-incêndio existentes no SUG estão sinalizadas com pictograma indicativo</p>	<p>Todas as bocas-de-incêndio existentes no SUG estão sinalizadas com pictograma indicativo</p>	<p>Conformidade total</p>	
<p>Todas as bocas-de-incêndio existentes no SUG contêm informação de: Ano de fabrico, pressão máxima do serviço, comprimento e diâmetro da mangueira</p>	<p>Nenhuma boca-de-incêndio existentes no SUG contêm informação de: pressão máxima do serviço, comprimento e diâmetro da mangueira</p>	<p>Não conforme</p>	<p>Colocação de informação em falta em cada boca-de-incêndio</p>

CRITÉRIO	CONSTATAÇÕES DOS AUDITORES	AVALIAÇÃO DOS AUDITORES Conformidade Total (T) Conformidade Parcial (P) Não Conforme (N) Não aplicável (N/A)	ACÇÃO DE MELHORIA / RECOMENDAÇÃO DA EQUIPA AUDITORA
Todas as bocas-de-incêndio existentes no SUG têm afixado ou na proximidade, instruções de funcionamento	Todas as bocas-de-incêndio existentes no SUG não têm afixado ou na proximidade, instruções de funcionamento	Não conforme	Colocação de informação em falta
A instalação das bocas-de-incêndio existentes no SUG, permite a rotação do tambor e porta a 170° e fácil acesso à válvula de seccionamento	A instalação das bocas-de-incêndio existentes no SUG, permite a rotação do tambor e porta a 170° e fácil acesso à válvula de seccionamento	Conformidade total	

Elaborado por: Anabela Pires no âmbito do 1º CMEMC da ESS do IPS sob orientação da professora E.M. e da Enf.ª. Especialista TL.

O Auditor Coordenador: _____ Data 15 / 6 / 2012

APÊNDICE XXV
POSTER

COMO USAR UM EXTINTOR DE INCÊNDIO

1. Retire o extintor do apoio segurando no manipulador e transportando-o ao alto



2. Retire o selo e cavilha de segurança



3. Pressione a alavanca



4. Coloque-se a uma distância segura do foco de incêndio NÃO CORRA RISCOS!



5. Dirija o jacto para a base das chamas



6. Varra devagar toda a superfície das chamas



7. Cubra toda a superfície das chamas



8. Tenha a certeza de que o incêndio ficou extinto



APÊNDICE XXVI
PROCEDIMENTO GERAL DE HIGIENIZAÇÃO DE
SALAS DA PEQUENA CIRURGIA



PROCEDIMENTO GERAL DE HIGIENIZAÇÃO DE SALAS DA PEQUENA CIRURGIA

Professora orientadora_
Enfermeira Elsa Monteiro

Enfermeiro orientadora_
Teresa Lourenço

Enfermeira co-orientadora_
Natália Pereira

Realizado por_ Anabela Pires #03,
estudante do 1º Mestrado
em Enfermagem Médico - Cirúrgica

	PROCEDIMENTO GERAL	
	HIGIENIZAÇÃO DE SALAS DA PEQUENA CIRURGIA	

SÉRIE E DATA DE EDIÇÃO		
Nº E DATA DE REVISÃO		

APROVADO PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
--

1. OBJETIVO

Promover boa higienização das salas de pequena cirurgia de forma a prevenir e/ou reduzir as IACS.

Uniformizar procedimentos.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Todos os serviços com sala de pequena cirurgia.

3. DISTRIBUIÇÃO

Publicado em Circular Informativa nº _____ em ____/____/____

Distribuição Geral.

4. RESPONSABILIDADES

4.1 PELA IMPLEMENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO

Enfermeira Chefe / Responsável de serviço.

Enfermeiros dos serviços com salas de pequena cirurgia.

Assistentes Operacionais dos serviços com salas de pequena cirurgia.

Auxiliares de Limpeza dos serviços com salas de pequena cirurgia.

4.2 PELA COORDENAÇÃO DO PROCEDIMENTO

Enfermeira Chefe/Responsável de serviço

	PROCEDIMENTO GERAL	
	HIGIENIZAÇÃO DE SALAS DA PEQUENA CIRURGIA	

4.3 PELA SUPERVISÃO DO PROCEDIMENTO

Enfermeira Chefe / Responsável de serviço

5. DEFINIÇÕES

6. SIGLAS E ABREVIATURAS

- AO** Assistentes operacionais
AL Auxiliares de limpeza
CCIH Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar
DGS Direção Geral de Saúde
EPI Equipamento de Proteção Individual
IACS Infeções associadas aos cuidados de saúde

	VERIFICAÇÃO	
ELABORAÇÃO	Serviço de Gestão da Qualidade	PRÓXIMA EDIÇÃO

7. REFERÊNCIAS

Ação de formação sobre controlo de infeção para os profissionais das empresas de limpeza. CCHH, , 2005. HNSR SA.

Associação de Enfermeiros de sala de Operações Portugueses- Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório, 1ª Edição, 2005, Lisboa

Comissão de Controlo da Infeção da Sub-Região de Saúde de Lisboa (2002). Manual de Procedimentos – Limpeza e descontaminação das instalações do Centro de Saúde. Região de Lisboa e Vale do Tejo.

Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar do Hospital de Santa Maria de Lisboa (2006) Normas e Recomendações.

Direção Geral da Saúde. Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde, Lisboa

	PROCEDIMENTO GERAL	
	HIGIENIZAÇÃO DE SALAS DA PEQUENA CIRURGIA	

Joint Commission Internacional – Normas Internacionais, segunda edição, PCI.3.
 “A Organização identifica os procedimentos e os processos associados ao risco de Infecção e implementa estratégias de forma a reduzir o risco

US Department of Health and Human Services Centers for disease Control and Prevention- HGuidelines for Enviromental Infection Control In Health-Care Facilities- Atlanta, 2003.

- <http://www.arslvt.min-aude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/Norma.pdf>
- http://www.umcci.minsaude.pt/SiteCollectionDocuments/RecomendacoesBoaPratica_HigienizacaoUSaude.pdf
- <http://www.arscentro.minsaude.pt/pinhalinteriornorte1/institucional/Documents/M anual%20de%20Procedimentos%20de%20Higi>
- <http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Gripe/OT%2011%20-%20Profissionais%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>

NORMA	TÍTULO	CRITÉRIOS
	Higienização de Salas de Pequena Cirurgia	

8. DESCRIÇÃO

4.4 FUNDAMENTO TEÓRICO

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI) evidencia que uma das linhas estratégicas utilizadas internacionalmente para reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) passa por “*incentivar e promover o ambiente seguro na Unidade de Saúde e as boas práticas de higienização*”, (DGS,2007).

O risco de um doente adquirir uma infeção numa unidade hospitalar depende da relação entre diversos fatores, entre eles o tipo de procedimento, a sensibilidade do hospedeiro, o comportamento do pessoal que executa, o grau de

	PROCEDIMENTO GERAL	
	HIGIENIZAÇÃO DE SALAS DA PEQUENA CIRURGIA	

limpeza (em termos microbiológicos) dos dispositivos médicos utilizados e do ambiente. De forma a controlar o risco de IACS é necessário minorar, reduzir ou eliminar a contaminação microbiana de tudo o que está em contacto com o doente, (CCIH, 2004).

A limpeza e a manutenção das superfícies estruturais do ambiente são medidas fundamentais para o controlo da qualidade do ambiente hospitalar. A limpeza implica um processo de remoção da sujidade e dos micro-organismos nela contidos e da matéria orgânica que facilita a sobrevivência e proliferação dos mesmos. As funções da limpeza são diversas e tem em conta duas vertentes, a vertente microbiológica sendo que através dela são eliminados pela remoção da sujidade os micro-organismos do ambiente o que torna as superfícies seguras para doentes e profissionais e a vertente não microbiológica que consiste em garantir o aspeto, restabelecer a função e evitar a deterioração das superfícies, (DGS,2007).

Protocolos de higienização adaptados a cada área hospitalar, de acordo com as áreas de risco, podem contribuir de modo significativo para a diminuição das IACS e facilitar o cumprimento das atividades (DGS, 2007).

As salas de pequenas cirurgias classificam-se como áreas de risco crítico. Para o controlo efetivo da infeção é necessário uma boa higienização destas áreas. As atividades de higienização das salas diferem consoante os diversos períodos do dia e funcionamento das mesmas, por outro lado a periodicidade de execução dos procedimentos de higienização de superfícies, materiais e equipamentos, deverão ser adequados às necessidades, tendo em vista a correta higienização da unidade (DGS, 2007).

O protocolo de limpeza e desinfeção de acordo e preconizado por CCIH do Hospital X, deve considerar os seguintes períodos:

- No início do dia de trabalho
- Limpeza imediata em casos de situação de derrame de sangue ou outra matéria orgânica.
- No final de cada cirurgia
- No final do dia de trabalho ou de turno

	PROCEDIMENTO GERAL	
	HIGIENIZAÇÃO DE SALAS DA PEQUENA CIRURGIA	

- Semanal (limpeza que pela sua importância de conservação de um bom ambiente deve ser realizada pelo menos uma vez por semana).
- Periódica ou global (limpeza mais completa e de fundo que contempla estruturas de difícil acesso e / ou limpeza e deve ser efetuada mensalmente).

Os cuidados a ter e os procedimentos a seguir devem ser os mesmos para qualquer tipo de cirurgia (AESOP, 2005).

Todos os profissionais envolvidos têm a responsabilidade de promover e manter o ambiente das salas seguro.

Os desinfetantes só devem ser usados quando há derrame de matéria orgânica e em situações específicas e devem ser respeitadas as diluições de cada produto, os desinfetantes são corrosivos para a maioria das superfícies e podem ser também tóxicos para os profissionais, para além disso uma superfície volta a estar recontaminada algum tempo depois que tenha sido usado desinfetante, quer tenha sido usado água com detergente, (CCIH, 2005).

	PROCEDIMENTO GERAL	
	HIGIENIZAÇÃO DE SALAS DA PEQUENA CIRURGIA	

8.2 PROCEDIMENTO

Procedimento	Fundamentação
<p>A higienização das salas deve ser efetuada por pessoal devidamente formado.</p>	<p>A formação do pessoal que executa a limpeza é fundamental para garantir o cumprimento do protocolo definido.</p> <p>Segundo a CCIH do Hospital X deve ser feita pelo menos duas vezes por ano e deve incidir no cumprimento das regras de higienização das superfícies, equipamentos de limpeza e precauções básicas como o uso correto de barreiras protetoras e a prevenção de acidentes.</p>
<p>A limpeza deve ser feita por meios húmidos, utilizando-se um pano embebido em água morna e detergente, o pano deve ser enxaguado na passagem de uma estrutura ou equipamento, para outra.</p> <p>O detergente deve ser adequado à limpeza de superfícies e contemplado no caderno de encargos instituído pelo hospital.</p>	<p>Na lavagem de uma superfície com água e detergente, consegue-se eliminar de 80 a 85% dos micro-organismos presentes nas superfícies.</p> <p>O detergente deve ser biodegradável, isento de desinfetantes, sem cheiro irritante para as vias respiratórias ou outros alergénios, não corrosivo, não iónico (produz menos espuma), PH neutro ou ligeiramente alcalino, de acordo com instituído na instituição e trazer instruções precisa de diluição.</p> <p>Devem estar devidamente rotulados e identificados em embalagens de origem. As diluições deverão ser preparadas nos serviços por altura da utilização e de acordo com as instruções do fabricante, as embalagens devem-se manter fechadas.</p>

	PROCEDIMENTO GERAL	
	HIGIENIZAÇÃO DE SALAS DA PEQUENA CIRURGIA	

<p>Os panos de limpeza devem ter cores diferentes consoante as áreas a limpar e devem ter cores indeléveis que não saíam com o uso</p>	<p>Verde - Armários, prateleiras, candeeiro.</p> <p>Laranja – Marquesa/ Catre.</p> <p>Branco – Carro de tratamento, bancada de trabalho ou outra superfície de apoio.</p> <p>Azul – Paredes, janelas tetos, superfícies vidradas, lâmpadas, estores.</p>
<p>O pessoal que procede à limpeza das salas deve usar EPI (anexo I):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Luvas tipo domésticas (borracha ou ménage) ou de nitrilo na limpeza. - Luvas de látex descartáveis em situações de salpico ou derrame de fluidos orgânicos. - Avental impermeável. - Óculos no manuseamento de desinfetantes e risco de contaminação com material orgânico. - Máscaras resistentes à penetração de fluidos nas situações de aplicação de 	<p>Os riscos de transmissão de doenças e acidentes de trabalho podem ser minimizados se forem utilizadas medidas protetoras.</p> <p>As luvas constituem uma barreira de defesa eficaz no contacto com os produtos de limpeza, durante a manipulação/ aplicação de produtos agressivos para a pele e no manuseamento de produtos contaminados ou suspeitos de contaminação incluindo materiais/equipamentos de limpeza.</p> <p>Devem ter cores diferentes de acordo com a área a limpar.</p> <p>De uso único colocado em cima da farda na desinfeção no contacto com líquidos e material orgânico.</p> <p>Previne lesões oculares em situações</p>

	PROCEDIMENTO GERAL	
	HIGIENIZAÇÃO DE SALAS DA PEQUENA CIRURGIA	

<p>desinfetantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Calçado próprio. - Farda. 	<p>de salpico ou de vapores.</p> <p>Deve ser confortável, fechado e com sola antiderrapante, preferencialmente com cunha ou salto estável de mais ou menos três centímetros.</p> <p>Deve ser mudada diariamente e sempre que necessária e ser sempre usada sem roupa do exterior por baixo.</p>
<p>Usar material adequado ao procedimento e à área a higienizar (baldes, panos, rodo, sacos e outros).</p>	<p>Cada unidade ou área específica deve possuir material de limpeza de uso exclusivo.</p> <p>O armazenamento e tratamento do material utilizado na limpeza deve ser feito em local referenciado e adequado para o efeito.</p> <p>Os materiais devem ser lavados após a utilização e armazenados secos.</p>
<p>Iniciar a lavagem pelas superfícies altas (de cima para baixo) e posteriormente os pavimentos (da zona mais limpa para a mais suja), do fundo da sala para a porta de saída.</p>	<p>Na mesma área deve-se ter em atenção a orientação da limpeza (vertical e horizontal).</p> <p>Segundo a DGS existe uma maior concentração de micro-organismos nas superfícies horizontais do que nas verticais.</p>
<p>A limpeza das superfícies deve ser efetuada em três fases:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fricção, enxaguamento, secagem. 	<p>Os movimentos de fricção efetuados sobre as superfícies durante a limpeza são um</p>

	PROCEDIMENTO GERAL	
	HIGIENIZAÇÃO DE SALAS DA PEQUENA CIRURGIA	

	dos fatores necessários para a sua eficácia.
<p>A limpeza do chão obriga à utilização do sistema de “duplo balde”, (utilização de um balde com água quente e detergente e um balde só com água quente para enxaguamento da esfregona).</p>	
<p>A limpeza só deve ser iniciada após ter sido retirado todo o material contaminado (resíduos, roupas, instrumentos cirúrgico, etc.).</p>	

	PROCEDIMENTO GERAL	
	HIGIENIZAÇÃO DE SALAS DA PEQUENA CIRURGIA	

8.3- INÍCIO DO DIA DE TRABALHO

Procedimento	Fundamentação
<p>Procedimento efetuado por AO</p> <p>No início do dia de trabalho deve-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Remover as capas que protegem os equipamentos. - Desinfetar todas as superfícies horizontais (<i>pantoff</i>, marquêsas, mesas, etc.), com pano limpo e seco humidificado com solução desinfetante (álcool a 70%) - Remover o pó acumulado das superfícies horizontais mais altas para as mais baixas. 	<p>As superfícies que servem de apoio à preparação de medicamento e técnicas que requerem assepsia, deverão ser desinfetadas com álcool a 70% no início da atividade e entre procedimentos.</p> <p>O álcool etílico tem maior atividade germicida, menor custo e menor toxicidade.</p> <p>Desinfecção de nível intermédio (pode eliminar todas as formas bacterianas vegetativas, assim como a maioria dos fungos e vírus, mas não assegura a destruição dos esporos bacterianos) e indicado em desinfecção de superfícies de equipamentos metálico, partes metálicas de aparelhos; mesas de exames; bancadas.</p> <p>A remoção do pó acumulado reduz a dispersão de partículas em suspensão, a utilização de álcool a 70%, tem a vantagem de secar rapidamente.</p> <p>Esta medida impede a deposição de pó em superfícies previamente limpas.</p>

	PROCEDIMENTO GERAL	
	HIGIENIZAÇÃO DE SALAS DA PEQUENA CIRURGIA	

8.4 -DURANTE A CIRURGIA

Procedimento	Fundamentação
<p style="text-align: center;">Procedimento efetuado por AO</p> <p>Durante as intervenções cirúrgicas o ambiente das salas deve ser mantido limpo.</p> <p>Os sacos de lixo devem ser mudados, sempre que muito cheios.</p> <p>O derrame de matéria orgânica deve ser coberto com toalhete absorvente embebido em hipoclorito de sódio na diluição de 1% deixando atuar 5 minutos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Remover o toalhete. - Posteriormente lavar com água e detergente. <p style="text-align: center;">(consultar anexo II)</p>	<p>Manter o ambiente limpo evita a contaminação excessiva e limita a contaminação inevitável.</p> <p>Evita o extravasamento e consequente contaminação do piso.</p> <p>A remoção de matéria orgânica derramada limita a contaminação inevitável.</p> <p>Os bacilos Gram negativos podem proliferar em locais húmidos ou meios líquidos e constituir uma fonte de infeção, este princípio justifica a importância de manter o ambiente limpo e seco e de remover o mais rapidamente possível os derrames e salpicos de matéria orgânica.</p> <p>A lixívia tem um bom espetro de ação microbiana (incluindo BK, fungos, vírus e esporos), uma ação rápida e baixo custo. O seu uso é limitado pela inativação pela matéria orgânica, não deve ser misturado com ácido porque liberta gás tóxico, por isso não pode ser misturado com urina.</p>

	PROCEDIMENTO GERAL	
	HIGIENIZAÇÃO DE SALAS DA PEQUENA CIRURGIA	

8.5 - NO FINAL DE CADA CIRURGIA

Procedimento	Fundamentação
<p>Procedimento efetuado por AO e AL</p> <p>Após cada intervenção cirúrgica é necessário proceder a uma higienização das salas com o objetivo de preparar a sala para a próxima cirurgia.</p>	<p>Após cada procedimento cirúrgico a sala deve ser limpa</p> <p>A limpeza da sala inclui chão, marquesa, superfícies de trabalho, mobiliário, equipamento, manípulo (s) de porta (s), lavatório e sua (s) torneira (s), despejo de resíduos</p> <p>A necessidade de desinfecção é determinada pela presença de deposição de matéria orgânica.</p>

8.6- NO FINAL DO DIA DE TRABALHO OU DO TURNO

Procedimento	Fundamentação
<p>Procedimento efetuado por AL e AO</p> <p>No final do dia de trabalho é necessária uma limpeza alargada a todas as superfícies, equipamentos, <i>pantoff</i>, carros de apoio, suportes de soros, rodados, manípulos de portas, recipientes de resíduos e de roupas, etc., que tenham ou não estado em contacto com o doente ou com matéria orgânica.</p>	<p>A limpeza diária alargada das salas é uma medida fundamental para evitar a acumulação de pó e algodão, diminuindo a contaminação e promovendo um ambiente seguro.</p>

	PROCEDIMENTO GERAL	
	HIGIENIZAÇÃO DE SALAS DA PEQUENA CIRURGIA	

8.7 LIMPEZA SEMANAL OU DE CONSERVAÇÃO (1 VEZ POR SEMANA)

Procedimento	Fundamentação
<p style="text-align: center;">Procedimento efetuado por AL e AO</p> <p>A limpeza semanal das salas será idêntica à limpeza diária recomendada, acrescida de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limpeza das paredes até a altura de um braço esticado. - Limpeza das grelhas de entrada e de saída de ar com pano húmido. - Limpeza de rodapés. <p>Efetuar uma passagem só com água para remover resíduos de sabão acumulados durante a semana, após a lavagem do chão com água e detergente.</p>	<p>A limpeza semanal complementa a limpeza diária promovendo a boa higienização e minimizando a acumulação de pó e consequentemente de microrganismos.</p> <p>A limpeza das paredes regulamente, promove a qualidade do processo de limpeza e proporciona um ambiente seguro.</p> <p>A limpeza das grelhas minimiza a dispersão de partículas, o grau de contaminação das salas e favorece a eficácia da filtragem.</p> <p>Pelo menos uma vez por semana, os pavimentos devem ser lavados primeiro pelo método de duplo balde de seguida deve-se efetuar uma limpeza com água simples de forma a remover a película de detergente que se vai acumulando.</p>

	PROCEDIMENTO GERAL	
	HIGIENIZAÇÃO DE SALAS DA PEQUENA CIRURGIA	

8.8 LIMPEZA PERIÓDICA OU GLOBAL (1 VEZ POR MÊS)

Procedimento	Fundamentação
<p>Procedimento efetuado por AL e AO</p> <p>O protocolo de limpeza periódica deve ser mensal e abranger todas as áreas anteriormente referidas e ainda a limpeza das paredes até ao teto e tetos.</p>	<p>A limpeza das paredes e teto regulamente, promove a qualidade do processo de limpeza e proporciona um ambiente seguro.</p> <p>A limpeza global deve ser iniciada pelos tetos e pontos de luz seguindo-se as paredes, mobiliário e equipamento e por último o chão.</p> <p>Deve incluir se for o caso, limpeza de vidros de janelas e persianas, portas e ombreiras, canalizações altas e calhas técnicas, enceramento e vitrificação de pavimento.</p>

9. INDICADORES

10. ANEXOS

Anexo I - Equipamento de proteção individual a utilizar na limpeza e desinfeção.
Especificações do equipamento de proteção individual e como utilizar EPI.

Anexo II - Procedimento a adotar em situações de derrame.

Anexo III - Ficha técnica dos desinfetantes e procedimento a adotar em caso de acidente.

	PROCEDIMENTO GERAL	
	HIGIENIZAÇÃO DE SALAS DA PEQUENA CIRURGIA	

ANEXO I

**EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL A UTILIZAR NA LIMPEZA
E DESINFEÇÃO.**

**ESPECIFICAÇÕES DO EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL E
COMO UTILIZAR EPI.**

	PROCEDIMENTO GERAL	
	HIGIENIZAÇÃO DE SALAS DA PEQUENA CIRURGIA	

Equipamentos de proteção individual a utilizar na limpeza e desinfeção.

Equipamentos de proteção individual						
	Luv as de borracha ou de "ménage"	Far da	Av ental de plástico	Óc ulos	Cal çado (próprio)	Má scara
L limpeza	X	X		X	X	
D desinfeção	X	X	X	X	X	X

Realizado por Anabela Pires, segundo Grupo da Gestão de Risco Clínico e das Intervenções em Saúde do ACES Pinhal Interior Norte I.

	PROCEDIMENTO GERAL	
	HIGIENIZAÇÃO DE SALAS DA PEQUENA CIRURGIA	

Especificações do equipamento individual e como utilizar EPI.

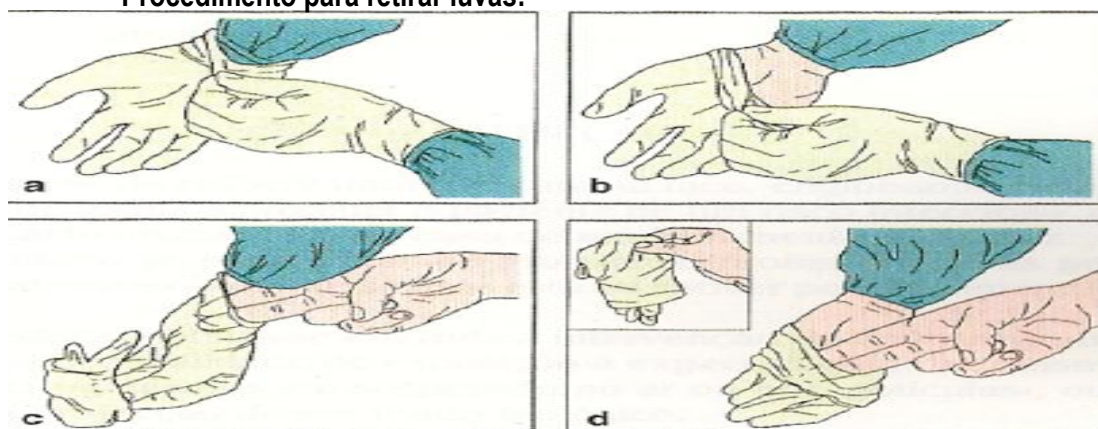
Farda:

- Deve possibilitar a liberdade de movimentos do profissional e ser sempre usada sem roupa do exterior por baixo.
- Não pode ser utilizada fora das instalações da unidade de saúde e deverá ser utilizada somente durante o período de trabalho.
- Deve ser mudada diariamente e sempre que necessário.

Luvas:

- Devem ter cores diferentes de acordo com a área a limpar (à semelhança do código de cores dos panos).
- Devem ser lavadas exteriormente antes de serem removidas das mãos, de acordo com a técnica recomendada. De seguida devem ser lavadas com água e detergente na superfície interna (do avesso) e postas a secar (para escorrer) ou secas com toalhetes de papel.
- Não é permitido que o pessoal mantenha as luvas usadas na limpeza, no manuseamento de equipamentos limpos. Não é igualmente permitido que o pessoal circule de luvas calçadas.

Procedimento para retirar luvas:



Fonte: Administração Regional de Saúde e Vale do Tejo. Manual de Procedimentos, fevereiro de 2009.

Avental:

- Deve ser de plástico, de uso único e colocado por cima da farda.

	PROCEDIMENTO GERAL	
	HIGIENIZAÇÃO DE SALAS DA PEQUENA CIRURGIA	

- Deve ser utilizado sempre que houver risco de contaminação da roupa por sangue ou outra matéria orgânica.
- Deve ser usado nos procedimentos de desinfecção de superfícies para proteção de salpicos.
- Retirar o avental para que a parte exposta fique para dentro, descartar.

Óculos:

- Devem ser usados nas situações de aplicação de desinfetantes de forma a prevenir lesões oculares e em situações de salpico ou de vapores.
- Devem ser lavados com água e sabão neutro e secos com papel absorvente, em caso de contacto com matéria orgânica devem ser desinfetados.

Máscara Cirúrgica:

- Deve ser utilizada nas situações de aplicação de desinfetantes.
- Deve ser resistente à penetração de fluidos.
- Colocar a máscara sobre o nariz, boca e queixo, prender com as tiras de fixação ou elásticos e ajustar.
- Para remover soltar as tiras do pescoço, soltar as tiras da cabeça e descartar.

Ordem de colocação de EPI :

1. Avental.
2. Máscara.
3. Óculos.
4. Luvas.

Ordem de remoção de EPI:

1. Luvas.
2. Óculos.
3. Avental.
4. Máscara.

	PROCEDIMENTO GERAL	
	HIGIENIZAÇÃO DE SALAS DA PEQUENA CIRURGIA	

ANEXO II

PROCEDIMENTO A ADOTAR NAS SITUAÇÕES DE DERRAME.

	PROCEDIMENTO GERAL	
	HIGIENIZAÇÃO DE SALAS DA PEQUENA CIRURGIA	

Procedimento a adotar nas situações de derrame.

Situação de derrame	Desinfetante	
	Hipoclorito de sódio (lixívia)	Tipo de luvas
Salpicos ou derramamentos de fluidos orgânicos até 30 cc, (com exceção de urina).	<p>1º Cobrir, toda a área do derramamento, com toalhete ou celulose embebido em hipoclorito de sódio (lixívia) na diluição de 1%, deixando atuar durante 5 minutos.</p> <p>2º Remover os toalhetes absorventes e depositar no contentor/saco de resíduos hospitalares do Grupo III.</p> <p>3º Lavar em seguida com água e detergente.</p>	<p>Látex descartáveis</p> <hr/> <p><i>Ménage</i></p>
	Derramamentos de fluidos orgânicos superiores a 30 cc, (com exceção de urina).	<p>1º Circunscrever a área do derramamento com toalhetes absorventes ou celulose, de forma a evitar a dispersão dos líquidos.</p> <p>2º Cobrir, toda a área do derramamento, com toalhete ou celulose embebido em hipoclorito de sódio (lixívia), deixando atuar durante 5 minutos.</p> <p>3º Remover os toalhetes absorventes e depositá-los no contentor/saco de resíduos hospitalares do Grupo III.</p> <p>4º Lavar em seguida com água quente e detergente.</p>

Realizado por Anabela Pires com base na publicação da Direção Geral da Saúde (2007) – Higienização do Ambiente nas Unidades de Saúde – Recomendações de Boa Práticas.

	PROCEDIMENTO GERAL	
	HIGIENIZAÇÃO DE SALAS DA PEQUENA CIRURGIA	

ANEXO III

**FICHA TÉCNICA DOS DESINFETANTES E PROCEDIMENTO A ADOTAR
EM CASO DE ACIDENTE.**

	PROCEDIMENTO GERAL
	HIGIENIZAÇÃO DE SALAS DA PEQUENA CIRURGIA

Ficha Técnica dos Desinfetantes e procedimento a adotar em caso de acidente.

DENOMINAÇÃO DA ESPECIALIDADE FARMACÊUTICA

Princípio Ativo – Hipoclorito de sódio 1% de cloro livre

Espectro de Ação Gram +	ram -	Micobactérias*	Vírus lipídicos	Vírus não lipídicos	Fungos	Esporos
+++	++	+++	+++	+++	++	+

(+++) Elevada potência desinfetante

(++) Moderada potência desinfetante

(+) Fraca potência desinfetante

(-) Sem ação desinfetante

*** Incluindo Mycobacterium tuberculosis**

Indicações

- Desinfecção de superfícies contaminadas – solução de 10.000 ppm (1%) de cloro livre

Precauções

- Usar luvas de *ménage* e avental impermeável.

Características

- Agente oxidante, logo é corrosivo para muitos metais.
- Incompatível com detergentes catiónicos, formaldeído, álcool, ácidos fortes e sais de amónia;
- Perde atividade em presença de matéria orgânica;
- Maior estabilidade a pH alcalino.

Armazenamento e Estabilidade

- Armazenar em local seco, com temperatura inferior a 20°C, protegidos da luz, da exposição solar direta e de fontes de calor;
- Depois de preparadas são estáveis por 24 horas (quando isentas de matéria orgânica).

Medidas em caso de acidente

- Irritante e corrosivo para olhos, pele e mucosas, devendo proceder-se à irrigação com bastante água ou solução salina 0.9% dos olhos durante 15 minutos ou lavar a pele com abundante água e sabão. No caso da persistência dos sintomas consultar o médico.
- A inalação origina irritação brônquica e da laringe, tosse, corrimento nasal, dor de garganta, dor de cabeça, dispneia, podendo originar broncoespasmo e edema pulmonar. Após a inalação deve-se respirar ar fresco e se os sintomas persistirem, consultar o médico.
- A ingestão acidental pode originar dor abdominal, náuseas, vômitos, diarreia, edema da faringe e laringe.

Fonte: Grupo de Gestão de Risco Clínico e Intervenção em Saúde do Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Interior Norte I, Manual de procedimentos de higienização e limpeza em controlo de infeção 2010.

	PROCEDIMENTO GERAL	
	HIGIENIZAÇÃO DE SALAS DA PEQUENA CIRURGIA	

Ficha Técnica dos Desinfetantes e procedimento a adotar em caso de acidente.

DENOMINAÇÃO DA ESPECIALIDADE FARMACÊUTICA

Princípio Ativo – Álcool Etilico 70% Vol.

Denominação Comercial – Álcool Etilico 70% Vol. Aga S.A. e Proclinica Lda.

Espectro de Ação

Espectro de Ação Gram +	ram -	Micobactérias*	Vírus lipídicos	Vírus não lipídicos	Fungos	Esporos
+++	++	++	++	+++	+	-

(+++) Elevada potência desinfetante

(++) Moderada potência desinfetante

(+) Fraca potência desinfetante

(-) Sem ação desinfetante

* Incluindo *Mycobacterium tuberculosis*

Indicações

- Desinfecção de superfícies limpas

Modo de utilização

- Desinfecção por fricção ou imersão

Características

- Inativado pelo sabão e detergentes aniônicos;
- Incompatível com cloro e derivados crómicos;
- O uso prolongado e repetido pode endurecer a borracha e certos plásticos;
- Pode danificar o cimento de alguns tipos de lentes;
- É afetado pela presença de matéria orgânica.

Armazenamento e Estabilidade

- Inflamável e volátil pelo que deve ser mantido em recipientes bem fechados, não expondo ao calor, fogo e ao sol;
- Conservar em local fresco e bem ventilado.

Medidas em caso de acidente

- Irritante para as mucosas e o uso prolongado pode produzir irritação e secura da pele, podendo originar dermatites;
- O vapor é absorvido pelos pulmões provocando depressão do SNC e irritação transitória do trato respiratório superior e olhos. Pode originar dor de cabeça, fadiga e entorpecimento. O vapor pode provocar tosse, ardor e lacrimação, dor ocular transitória e sensação de corpo estranho por 1 a 2 dias;
- Foram relatados casos de exacerbação da asma.

APÊNDICE XXVII
RELATÓRIO DE ESTÁGIO OPCIONAL DE
OBSERVAÇÃO NA COMISSÃO DE CONTROLO DE
INFEÇÃO DO HOSPITAL X



RELATÓRIO DE ESTÁGIO OPCIONAL
DE OBERVAÇÃO NA COMISSÃO DE
CONTROLO DE INFECÇÃO DO HOSPITAL X

Professora orientadora_
Enfermeira Elsa Monteiro

Enfermeiro orientadora_
Teresa Lourenço

Enfermeira co-orientadora_
Natália Pereira

Realizado por_ Anabela Pires #03,
estudante do 1º Mestrado
em Enfermagem Médico - Cirúrgica

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	3
1. COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO HOSPITALAR.....	4
2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	6
CONCLUSÃO.....	9
BIBLIOGRAFIA.....	10

INTRODUÇÃO

No contexto da frequência do 1º Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, na Escola Superior de Enfermagem de Setúbal (ESES), na área curricular Enfermagem Médico-cirúrgica II, foi realizado estágio opcional de observação na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do Hospital X. O estágio decorreu sob orientação da Enfermeira M.do R. R. e da Enfermeira T. A., no período compreendido entre 16 e 29 de abril de 2012, com a duração de 16 horas.

Considerando a necessidade de aquisição de competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em situação crítica de forma a maximizar a intervenção na prevenção e controle da infecção hospitalar e considerando que o estágio da unidade curricular acima citada e projeto de aprendizagem de competências decorreu no SUG do Hospital X, pareceu-nos adequado a realização de estágio na CCIH com os objetivos de conhecer o funcionamento da Comissão, conhecer o papel da Enfermeira e conhecer mais detalhadamente as normas e procedimentos emanadas pela referida Comissão.

1. COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO HOSPITALAR

A Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar (CCIH) do Hospital X é um órgão de assessoria técnica do Conselho de Administração, funciona desde 2004 e tem como função planear, implementar e monitorizar o Plano Operacional de Prevenção e Controlo da Infecção de acordo com as diretivas nacionais e regionais e as características e especificidades das Unidades de Saúde. As vertentes fundamentais do Plano Operacional são: vigilância epidemiológica, elaboração e monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boas práticas, formação e informação a profissionais, utentes e visitantes, consultadoria e apoio (CCIH, 2012).

Tem como Missão ser *“reconhecida como um serviço de referência na Instituição em matéria de prevenção e controlo de infeção, assumindo-se como parceira privilegiada do Conselho de Administração e dos profissionais prestadores de cuidados (...)”* e como finalidade *“Prevenir as infeções evitáveis protegendo os doentes e os profissionais (...)”* (CCIH, 2012).

O núcleo executivo é constituído por dois enfermeiros com divisão de tarefas e um médico, apoiados por secretariado. O apoio é dado por núcleo consultivo (Diretores de serviços e Enfermeiros chefes), núcleo técnico (um Farmacêutico, um Infeciologista, um Microbiologista, um Médico da área cirúrgica) e elos de ligação (um Enfermeiro e um Assistente Operacional por cada serviço e um Técnico de Diagnóstico e Terapêutica) (CCIH, 2012).

De acordo com a Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar (2012), o papel do enfermeiro inclui:

- Vigilância epidemiológica diária de resultados que inclui as infeções mais frequentes e/ou mais graves no Hospital X.
- Recomendação de boas práticas com elaboração e monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boas práticas em prevenção e controlo de infeção divulgadas em manual de serviço, intranet, por ações de formação programadas ou solicitadas pelos serviços.
- Consultoria e apoio em colaboração com várias entidades nomeadamente, serviço de aprovisionamento, serviço de gestão hoteleira, serviço de aprovisionamento, serviços de instalações e equipamentos, saúde ocupacional/gestão de risco.
- Transmissão de informação aos chefes de serviço em reuniões da comissão de enfermagem.

- Reuniões periódicas com elos de ligação dos serviços.
- Identificação das necessidades dos serviços em termos de formação colaboração em ações de formação na área do controlo de infeção.
- Plano anual de formação e relatório anual.
- Participação em Grupos de Trabalho da Qualidade no âmbito do projeto de acreditação através de normas da *Joint Commission International*.

2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

De acordo com o objetivo inicial, durante o período de estágio foi possível através de entrevista não estruturada e das atividades desenvolvidas, conhecer o funcionamento da CCI , funções do núcleo executivo e de consultadoria.

O objetivo principal da CCI visa construir um ambiente que permita reduzir os riscos de adquirir e transmitir infeções entre doentes, profissionais, funcionários e familiares, bem como minimizar as IACS. Segundo o Instituto Nacional de Saúde as IACS podem-se definir como *“Uma infeção adquirida no hospital por um doente que foi internado por outra razão que não essa infeção. Uma infeção que ocorre num doente internado num hospital, ou noutra instituição de saúde, e que não estava presente, nem em incubação, à data da admissão. Estão incluídas as infeções adquiridas no hospital que se detetam após a alta, assim como infeções ocupacionais nos profissionais de saúde”* (PNCI, 2007).

Vários fatores favorecem a infeção do doente internado em unidades de saúde, a imunidade deprimida, o número de procedimentos médicos e técnicas invasivas, que criam potenciais vias de entrada para a infeção e hospitais com grande número de doentes e com deficientes práticas de controlo de infeção o que facilita a transmissão de bactérias.

As IACS constituem uma das mais importantes causas de morte e aumento da morbilidade nos doentes hospitalizados, os micro-organismos causadores de infeção nosocomial podem ser transmitidos a comunidade através de doentes com alta causando doenças na comunidade caso sejam multirresistentes.

Durante o período de estágio participámos em reunião programada da CCI, cuja ordem de trabalhos teve como objetivo definir quais e quantos doentes entram na instituição infetados ou colonizados por bactérias multirresistente, controle dos números de infeções relacionadas com cateter central (uma das infeções nosocomial mais frequentes são as associadas a dispositivos intravasculares), informação relacionada com consumo de antissépticos, perfis de suscetibilidade dos isolamento e definição de estratégias na resolução de objetivos.

Participámos em Comissão de escolha de material clínico onde foram definidas as características de material clínico a comprar pelo hospital, avaliando a sua adequação.

Colaborámos na programação de ação de formação para assistentes operacionais sobre limpeza e desinfeção de superfícies e equipamento hospitalar a efetuar pela CCI.

Os planos de formação e sensibilização dos profissionais devem incidir no cumprimento das normas de higienização das superfícies e equipamento de limpeza e precauções básicas como o uso adequado de barreiras de proteção.

O risco de um doente adquirir uma infeção numa unidade hospitalar depende da relação entre diversos fatores, entre eles o tipo de procedimento, a sensibilidade do hospedeiro, o comportamento do pessoal que executa, o grau de limpeza (em termos microbiológicos) dos dispositivos médicos utilizados e do ambiente. De forma a controlar o risco de IACS é necessário minorar, reduzir ou eliminar a contaminação microbiana de tudo o que está em contacto com o doente, (CCIH, 2004).

A limpeza e a manutenção das superfícies estruturais do ambiente são medidas fundamentais para o controlo da qualidade do ambiente hospitalar. A limpeza implica um processo de remoção da sujidade e dos micro-organismos nela contidos e da matéria orgânica que facilita a sobrevivência e proliferação dos mesmos. As funções da limpeza são diversas e tem em conta duas vertentes, a vertente microbiológica sendo que através dela são eliminados pela remoção da sujidade os micro-organismos do ambiente o que torna as superfícies seguras para doentes e profissionais e a vertente não microbiológica que consiste em garantir o aspeto, restabelecer a função e evitar a deterioração das superfícies (PNCI, 2007).

Observámos a monitorização e vigilância epidemiológica das infeções nosocomiais, trabalho efetuado diariamente pela enfermeira T. através de acesso informático aos resultados laboratoriais com deteção de microrganismos multirresistentes e a informação dos resultados aos chefes de serviços assim como a recomendação de boas práticas e necessidade de início de isolamento do doente. Paralelamente é feita pesquisa através dos processos dos doentes internados, pesquisando informações como data de admissão, proveniência, dias de internamento, fatores de risco intrínseco e extrínseco (dispositivos invasivos), origem da infeção (primária ou desconhecida ou secundária), que permitirão classificar a infeção e que constarão no relatório anual de vigilância epidemiológica.

A taxa de IACS em doentes de uma unidade de saúde é um indicador de qualidade e de segurança dos cuidados prestados, por isso é necessário o desenvolvimento de um programa de vigilância epidemiológica (VE) que monitorize esta taxa sendo uma ação fundamental para identificar problemas e prioridades locais e avaliar a eficiência da atividade de controlo de infeção. Os objetivos de um programa de VE incluem a sensibilização dos profissionais que prestam cuidados diretos para o problema das infeções, a monitorização das tendências; incidência e distribuição de IACS, prevalência e quando possível incidência ajustada pelo risco para que se

possa realizar comparações intra e inter instituições. Outro dos objetivos deve ser a identificação de necessidades de novos programas e a avaliação do impacto das medidas de prevenção e a identificação de como é possível melhorar a prestação de cuidados e a necessidade de estudos epidemiológicos (PNCI, 2007).

Participámos em reunião com Enfermeira chefe do serviço de medicina com a CCI no sentido de definir as melhores práticas em relação aos isolamentos versus material disponível e da apresentação de resultados acerca do objetivo de diminuir os doentes algaliados no serviço e definição de novas estratégias de forma a limitar o risco de infeções, minimizando os procedimentos invasivos. Uma das infeções nosocomiais mais comuns é a infeção urinária e devem ser estabelecidas políticas de prevenção e monitorização do seu cumprimento.

Assistimos à colaboração entre CCI e Serviço de Gestão Hoteleira na emissão de parecer sobre aspetos relacionados com aquisição de equipamentos e bens de consumo e serviços, assim como colaboração com Serviço de Instalações e Equipamentos em parecer relacionado com projeto e execução de obras a efetuar em serviço do hospitalar, de forma a minimizar o risco de transmissão de infeção.

A CCI deve ser informada das obras previstas na instituição e dar o seu acordo prévio, após ter avaliado a complexidade da obra em termos de produção de poeira/ entulho e da sua duração, deve avaliar também o risco para o doente. O planeamento e a execução das obras devem ter o acompanhamento de uma equipa multidisciplinar que inclui os profissionais da comissão de controlo de infeção, (PNCI, 2007).

Durante o período de estágio efetuámos pesquisa bibliográfica disponível na CCI sobre infeção hospitalar, normas e procedimentos, sendo possível adquirir novos conhecimentos e consolidar os já existentes fundamentais para o desenvolvimento de competências.

CONCLUSÃO

Os aportes adquiridos durante o período de estágio foram imprescindíveis para o desenvolvimento de boas práticas no serviço onde desempenhamos funções, assim como para a revisão e elaboração de norma de desinfecção e higienização de salas de pequena cirurgia, atividade a realizar para a concretização dos objetivos definidos para o PAC e fundamentalmente para o desenvolvimento das competências gerais do enfermeiro especialista e das específicas (K3) do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica com intervenção na prevenção e controlo da infeção.

O controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde exige do enfermeiro a obtenção de competências e conhecimentos que permitam um combate efetivo a estas infeções, o período de estágio na CCIH permitiu a reflexão sobre a prática e proporcionou a aquisição de conhecimentos que irão contribuir para adoção de medidas no âmbito da prevenção e controlo da infeção ao nível da prática profissional no SUG do Hospital X, local onde desempenhamos funções.

O estágio permitiu também a partilha de experiências entre diferentes profissionais de saúde existentes na instituição e facultou uma visão ampla acerca da importância do papel do enfermeiro na CCIH e fundamentalmente da importância do papel do enfermeiro na prevenção e ou redução das IACS no seu desempenho profissional e da vantagem da tomada de medidas eficazes no controlo da infeção.

BIBLIOGRAFIA

- CCIH. (12 de 2004). Limpeza Desinfecção e Esterilização no Hospital. Hospital X , Setúbal, Portugal.
- CCIH. (30 de 05 de 2012). Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar. Hospital X , Setúbal, Portugal.
- PNCI. (17 de 02 de 2007). *Higienização do Ambiente nas Unidades de Saúde - Recomendações de boa Prática*. Obtido de PNCI: <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0>
- PNCI. (17 de 02 de 2007). *Prevenção de Infecções Adquiridas no hospital - Um guia prático*. Obtido de PNCI: <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0>

APÊNDICE XXVIII
RELATÓRIO DE ESTÁGIO OPCIONAL DE
OBSERVAÇÃO NO GABINETE DE GESTÃO DO
RISCO DO HOSPITAL X



RELATÓRIO DE ESTÁGIO OPCIONAL DE
OBSERVAÇÃO NO GABINETE DE GESTÃO DO
RISCO DE UM HOSPITAL X

Professora orientadora_
Enfermeira Elsa Monteiro

Enfermeiro orientadora_
Teresa Lourenço

Enfermeira co-orientadora_
Natália Pereira

Realizado por_ Anabela Pires #03,
estudante do 1º Mestrado
em Enfermagem Médico - Cirúrgica

INTRODUÇÃO

No contexto da frequência do 1º Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, na Escola Superior de Saúde de Setúbal (ESS), na área curricular Enfermagem Médico-cirúrgica II, foi realizado estágio opcional de observação no Gabinete de Gestão de Risco e Segurança do Doente do Hospital X . O estágio decorreu sob orientação do Enfermeiro J.F.F. no período compreendido entre 30 de abril e 13 de maio de 2012, com a duração de 16 horas.

Considerando a necessidade de aprofundamento de competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em situação crítica de forma a maximizar a intervenção e dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação e considerando que o estágio da unidade curricular acima citada e projeto de aprendizagem de competências decorre no CHBM do Hospital X pareceu-nos adequado a realização de estágio no Gabinete de Gestão de Risco (GGR) com os objetivos de conhecer o funcionamento do Gabinete, conhecer o papel do Enfermeiro do Gabinete e conhecer mais detalhadamente as normas e procedimentos emanadas pelo referido Gabinete.

1. GABINETE DE GESTÃO DO RISCO

O Hospital X no âmbito do projeto de acreditação pela Joint Commission International implementou a gestão do risco clínico e não clínico com a finalidade de prestar cuidados de saúde com maior segurança e qualidade, nesse sentido decidiu desenvolver um programa de gestão do risco com o objetivo de promover a prestação de cuidados de saúde com qualidade, promover a segurança de pessoas e bens, identificar, monitorizar e controlar os riscos e acontecimentos indesejáveis, tendo criado por isso o serviço de Gestão da Qualidade e do Risco (CHBM, 2006).

O serviço de Gestão da qualidade e do Risco do Hospital X tem coordenado o respetivo programa de acreditação e é constituído por três núcleos (núcleo de auditorias internas, núcleo de apoio ao SIGO e núcleo de gestão documental), o Serviço articula-se com duas unidades tecnicamente autónomas o Gabinete de Gestão de Risco e Segurança do Doente e o Gabinete de Gestão do Risco (GGR). O gabinete de Gestão do Risco e Segurança do Doente é um órgão de assessoria do conselho de administração e iniciou funções em 2008 com registo de incidentes de queda em suporte de papel e mantém esse registo até 2010, ano de reestruturação do gabinete e início de aplicação informática de fator de risco baseado na taxonomia da estrutura conceptual da classificação internacional sobre segurança do doente. O núcleo executivo é constituído por enfermeiro a tempo inteiro com apoio de enfermeiro a tempo parcial de oito horas.

Desde de janeiro o GGR iniciou a introdução de plataforma própria nos serviços com maior registo de incidentes, os registos preconizados são dezasseis baseados no modelo de registo de incidentes da Direção Geral de Saúde, entre outros, sangue e derivados, dispositivos e equipamentos médicos, infeção associada aos cuidados de saúde, acidente do doente, medicação e fluidos intravenosos, queda do doente. Quando ocorre um acontecimento adverso é aconselhado a que este seja imediatamente avaliado para que se possam determinar as medidas a tomar. Existem níveis de gravidade para cada tipo de incidente, existindo medidas padronizadas e prazos a cumprir consoante a gravidade do incidente (GGR, 2012).

Segundo informação do GGR, no ano de 2011 foram registados duzentos e sessenta e quatro incidentes e até maio de 2012, foram registados cento e oitenta e dois incidentes.

As atividades a desenvolver pelo Gabinete de Gestão do Risco, são:

- Identificação e avaliação do risco geral, seus fatores causais e propostas de medidas preventivas.

- Análise de reclamações e de queixas que permita a identificação precoce de riscos não clínicos.
- Implementação do Plano de Emergência Interno.
- Promoção de formação na área da gestão de risco.

2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

De acordo com o objetivo inicial, durante o período de estágio foi possível através de entrevista não estruturada e das atividades desenvolvidas, conhecer o funcionamento do Gabinete de Gestão de Risco e as funções do núcleo executivo.

Durante o período de estágio efetuámos pesquisa bibliográfica disponível no GGR sobre políticas de gestão do risco e segurança do doente e tomámos conhecimento do Plano de Emergência Interno tendo sido possível adquirir novos conhecimentos e consolidar os já existentes, fundamentais para o desenvolvimento de competências nesta área.

Participámos em ação de formação no serviço de cirurgia geral sobre a aplicação de plataforma de registo de incidente, realizada por enfermeiro do GGR.

Observámos análise de incidentes críticos com realização de propostas de melhoria e recomendações de alerta efetuadas pelo mesmo. A ocorrência registada através da aplicação informática é enviada simultaneamente ao grupo local (diretor de serviço, Enfermeiro chefe/coordenador) e grupo de análise (por tipo de incidente. A análise da ocorrência é feita de acordo com o tipo, causa ou fator contribuinte, tipos de erro e gravidade. Após a resolução do incidente é enviado relatório ao grupo local com recomendações/ alertas ou propostas de ação a realizar.

O processo inclui a obtenção e análise de informações, a identificação dos riscos existentes e dos erros cometidos e a recomendação de ações corretivas.

CONCLUSÃO

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2006), o enfermeiro tem o dever de adotar medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem, sendo que a segurança é essencial à qualidade na saúde e nos cuidados de enfermagem, o desenvolvimento da segurança abrange uma série de medidas entre elas a gestão do risco, estando nela incluída o controlo de infeção, prática clínica segura, segurança dos equipamentos, manutenção de um ambiente seguro.

Os cuidados prestados às pessoas exigem segurança, por isso é necessário a informação sobre o risco e a redução do risco e o adquirir de um conjunto de conhecimentos focados na segurança das pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2006) é neste âmbito que surge o estágio no GGR.

Os aportes adquiridos durante o período de estágio foram imprescindíveis para o desenvolvimento de boas práticas no serviço onde desempenhamos funções e para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados.

O adquirir de conhecimentos (Plano de Emergência Interno, Política de gestão de meios e combate a incêndios, normas e procedimentos gerais relacionadas com o tema) permitiu desenvolver competências para lidar com situações de emergência interna ou externa e forma a assegurar uma assistência mais segura e eficaz às vítimas, possibilitou reconhecer a importância da promoção da segurança quer para os profissionais quer para os doentes e o desenvolvimento da ponderação de aprender com os erros e a aprendizagem de controlar os riscos, "*Controlar os riscos que ameaçam a capacidade profissional promove a qualidade dos cuidados, o que corresponde a realizar plenamente a obrigação profissional*"; (Ordem dos Enfermeiros, 2006, p. 9). Permitiu também aprofundar o conhecimento do que são acontecimentos perigosos para o doente e relevância da participação de acidentes perigosos ou graves, fomentando uma cultura de excelência e transparência não punitiva, objetivando a promoção de uma cultura pró ativa em relação ao risco com o sentido de melhorar a segurança do doente e os cuidados de enfermagem, neste sentido enquanto estudante e profissional pretendo transpor as aprendizagens para o local de trabalho, sensibilizando os enfermeiros para a importância do relato de incidentes críticos e a adoção de medidas que visem melhorar a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem.

Os enfermeiros têm um papel fundamental na identificação das situações de risco bem como na análise, proposta e aplicação de soluções para os problemas encontrados (Ordem dos

Enfermeiros, 2006). Neste contexto consideramos pertinente a elaboração de a elaboração de poster explicativo de como se manuseia extintor de incêndio e de lista de inconformidades e medidas corretivas em relação aos sistemas de combate a incêndios, objetivos definidos para o PAC e que foram partilhados e analisados com enfermeiro do GGR, durante o estágio houve oportunidade de recolha de sugestões e de aportes necessários para a sua concretização.

BIBLIOGRAFIA

CHBM. (06 de 2006). Política de Gestão do Risco e Segurança do Doente. Hospital X , Setúbal, Portugal: CHBM.

Ordem dos Enfermeiros. (6 de 2006). Tomada de Posição Sobre Segurança do Cliente. Lisboa, Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

APÊNDICE XXIX
SUPERVISÃO DE CUIDADOS



1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Unidade Curricular – Médico-Cirúrgica II

SUPERVISÃO DE CUIDADOS

Alice Figueira

Anabela Pires

M.ª Teresa Cordeiro

Mónica Veríssimo

Sandra Contreiras

JULHO

2012

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Unidade Curricular – Médico Cirúrgica II

SUPERVISÃO DE CUIDADOS

Alice Figueira

Anabela Pires

M.ª Teresa Cordeiro

Mónica Veríssimo

Sandra Contreiras

Docentes:

Prof. Doutora Alice Ruivo

Prof. Doutora Lurdes Martins

Prof. Doutor Sérgio Deodato

Julho

2012

Índice de Quadros

Quadro 1- Modelo do processo de supervisão de Nicklin	11
Quadro 2 - Diagnóstico de Enfermagem, Intervenções Planeadas e Resultado esperado para vômito atual	28
Quadro 3 - Terapêutica medicamentosa dos vômitos	33
Quadro 4 - Diagnóstico de Enfermagem, Intervenções Planeadas e Resultado esperado para hipoglicemia atual	34
Quadro 5 - Diagnóstico de Enfermagem, Intervenções Planeadas e Resultado esperado para morte com dignidade comprometida	37

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	5
1. SUPERVISÃO DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM	7
1.1 PROCESSO DE ENFERMAGEM	14
2. DOENTE TERMINAL	19
2.1 DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA	27
2.2 DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM E RESULTADOS ESPERADOS.	28
2.2.1 Vômito atual	28
2.2.2 Hipoglicémia atual	34
2.2.3 Morte com dignidade comprometida	37
CONCLUSÃO.....	40
BIBLIOGRAFIA	41

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Supervisão de Cuidados, do 1º Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da ESS, foi proposto a análise de uma situação problemática vivenciada em contexto do estágio III, à luz do processo de enfermagem, enquadrando-a teoricamente de acordo com um modelo conceitual de enfermagem e utilizando a Classificação Internacional para a Prática de enfermagem (CIPE) na elaboração de diagnósticos, intervenções de enfermagem e resultados esperados, que permitissem a tomada de decisão clínica, e uma análise reflexiva que conduzisse à decisão ética em enfermagem.

Neste trabalho será descrita uma situação vivenciada em contexto de estágio pelo grupo. A escolha recaiu numa doente em estadio terminal, internada em SO, que recusava opióides para analgesia e apresentava episódios de vômitos e hipoglicémias, com indicação médica para não administração de glicose hipertônica. A doente faleceu no corredor do serviço de urgência, esta ocorrência, colocou-nos perante problemas éticos e deontológicos de natureza complexa que exigiram reflexão e que pudessem conduzir à decisão autónoma de enfermagem do ponto de vista ético.

A supervisão clínica no decurso da experiência profissional dos enfermeiros, segundo Abreu (2004, p. 1) *“refere-se a uma relação profissional centrada na exigência, na formação, no trabalho e no desenvolvimento emocional, que envolve uma reflexão sobre o desenvolvimento das práticas orientadas por um profissional qualificado”*. O processo de tomada de decisão constitui um processo fulcral para a realização da supervisão de cuidados de enfermagem. O enfermeiro perante as situações da prática clínica deve estar munido de competências que lhe permitam tomar a decisão mais adequada. Para tal, é exigido competência, reflexão, autonomia e responsabilidade.

O enfermeiro especialista tem um conjunto de competências que permitem a realização da supervisão clínica em enfermagem, nomeadamente no que concerne às competências comuns A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade, B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro, C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e articulação na equipa multiprofissional, C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos

cuidados, e D2 – Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, descritas no Regulamento nº 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros.

Assim sendo, ao realizarmos este trabalho, temos como objetivos:

- Identificar uma situação complexa do ponto de vista ético deontológico na prática dos cuidados de enfermagem.
- Adquirir competências que orientem a tomada de decisão na supervisão clínica dos cuidados de enfermagem.
- Definir diagnósticos, intervenções de enfermagem e resultados esperados, relacionados com o problema definido.
- Elaborar uma reflexão crítica acerca da situação problemática que conduza à decisão autónoma de enfermagem.

O trabalho será dividido em duas partes, a primeira em que se define supervisão de cuidados em enfermagem, processo de enfermagem e modelo concetual adotado. Na segunda parte, aborda-se a temática do cliente terminal descrevendo-se a situação problemática, os diagnósticos de enfermagem identificados, intervenções de enfermagem e resultados esperados. Por fim, far-se-á uma reflexão acerca do trabalho realizado.

1. SUPERVISÃO DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM

A supervisão clínica em Enfermagem (SCE) começou a estruturar-se no mundo ocidental com Florence Nightingale. Nos Estados Unidos da América (EUA), o crescimento da SCE foi exponencial, originado pela evolução académica e estatutária da profissão, da evolução dos sistemas de cuidados de saúde e dos modelos de gestão e por uma maior exigência dos clientes relativamente aos cuidados de enfermagem. Nos países do Norte da Europa verificou-se um desenvolvimento semelhante, embora com alguns anos de atraso relativamente aos EUA, principalmente após a transição do ensino de enfermagem para a universidade, que possibilitou o desenvolvimento de conhecimentos e das ciências de enfermagem, proporcionando a reflexão da teoria na prática e o desenvolvimento da profissão, (Abreu W. C., 2007; Abreu w. c., 2004).

Na área da enfermagem psiquiátrica, o tema era discutido desde 1943, em 1982 foi definido um primeiro modelo de intervenção, com a implementação do *Registered Mental Health Nurse Syllabus*. Em termos conceituais, Hildegard Peplau foi uma das autoras que tentou introduzir de forma mais consistente a temática da supervisão clínica em enfermagem, (Abreu w. c., 2004)-

No início dos anos 90, do século XX, no Reino Unido, a SCE surge da reflexão profunda sobre os contextos de saúde, profissões na área da saúde, segurança dos cuidados de saúde e qualidade de assistência ,Smith (1998), cit. por Abreu (2007). Foi a partir daqui, que a SCE teve a sua implementação definitiva, tendo sido aceite como refere Bishop (1994) como uma forma de promover práticas de qualidade, dar suporte aos enfermeiros e promover a segurança dos clientes, (Abreu w. c., 2004).

Ainda segundo o autor referenciado anteriormente e citando o Departamento de Saúde do Reino Unido (1993), a SCE é um processo formal de suporte e aprendizagem que permite a alunos ou enfermeiros, um desenvolvimento integrado de competências, o assumir a responsabilidade pela prática desenvolvida e a promoção da qualidade e segurança dos cuidados, nomeadamente em situações de reconhecida complexidade. A SCE surge relacionada com o investimento na qualidade das práticas, segurança pessoal e da equipa, através de uma atenção aos processos relacionais e de afirmação pessoal, identificação com o conteúdo do trabalho e a satisfação profissional, espírito crítico, análise das práticas e decisões informadas e disponibilidade psicológica para estabelecer relações de ajuda.

O termo supervisão, no início, estava associado à ideia de inspeção e revisão do trabalho dos funcionários, mediante políticas e procedimentos predefinidos e em que o supervisor procurava apenas identificar os procedimentos mal executados, este, planeava o trabalho, tomava decisões e tinha autoridade para fazer com que os trabalhadores obedecessem sem questionar. Esta forma autocrática de supervisão manteve-se muitos anos na enfermagem, despromovendo a iniciativa e produtividade das pessoas. Gradualmente, o conceito de supervisão foi evoluindo, o trabalho, os contextos e a formação foram mudando as mentalidades e, atualmente predomina a ideia que o interesse da supervisão reside na ajuda ao trabalhador para que realize melhor o seu trabalho. Este intervém ativamente na definição das metas e no planeamento de estratégias para as alcançar, (Garrido, 2012).

Como seria previsível a supervisão na enfermagem também evoluiu e Kron (Liderazgo y administracion en enfermeria , 1983, p. 193) afirma que, *“baseado no trabalho em equipa é possível verificarem-se hoje grupos de pessoas pensando, planeando e trabalhando conjuntamente com supervisão eficaz, proporcionando melhores cuidados de enfermagem do que os experienciados há alguns anos”*.

Encontrar um conceito satisfatório de supervisão não é tarefa fácil, limitando-se muitos autores a identificar as qualidades exigidas ao supervisor ou os resultados que se esperam de um processo eficaz de supervisão.

A supervisão clínica em enfermagem é um processo baseado no relacionamento profissional, entre um enfermeiro que executa práticas clínicas e um supervisor clínico de enfermagem. Este relacionamento envolve o supervisor que transmite o seu conhecimento, experiência e valores aos colegas, para o desenvolvimento da prática e permitirá consequentemente, aos profissionais estabelecer, manter e melhorar padrões e promover a inovação na prática clínica. Para Holloway (1995) articular as várias etapas: refletir, entender, concetualizar e aplicar é a tarefa do supervisor; este é o tradutor da teoria e da pesquisa para a prática.

Um documento do United Kingdon Central Council, “Visão para o Futuro” (1993), referido e analisado por Cutcliffe (2001), descreve a supervisão clínica como um processo formal de sustentação profissional e de aprendizagem que permite aos profissionais desenvolver conhecimentos e competências. Transmite a noção de responsabilidade profissional e de proteção dos doentes, contribuindo para aumentar a segurança da prática em situações clínicas complexas. Estimula a expansão da prática clínica e deve ser vista como meio de incentivo para a autoavaliação encorajadora e habilidades analíticas e reflexivas, (Garrido, 2012).

Em 1996 a United Kingdom Central Council, descreve a supervisão clínica como forma de promover a reflexão através da prática, identificar soluções para os problemas, de melhorar a prática e aumentar a compreensão das ações profissionais.

Existem vários modelos de supervisão que se distinguem de acordo com a sua filosofia e pressupostos teóricos e cada um tem seus próprios valores.

Munson (2002) refere que, os profissionais podem discutir a supervisão a partir de várias perspectivas, dando ênfase às seguintes:

- *Perspetiva de personalidade*: envolve as características e os traços que os participantes trazem para a situação de supervisão e como estes influenciam a atividade da prática e a relação de supervisão.
- *Perspetiva de situação*: relaciona-se com as situações específicas e os problemas que os participantes encontram no processo de supervisão. O foco de interesse está nas situações e problemas e na forma de lidar com eles.
- *Perspetiva organizacional*: ênfase colocada na função ou na organização e na forma como a supervisão ajuda a implementação das metas e objetivos organizacionais.
- *Perspetiva de interação*: baseia-se na interação entre o supervisor e o supervisionado. A ênfase está centrada no modo como os participantes interagem e como a interação é variada para ajustar o conteúdo específico da supervisão. Os diversos atores do processo de supervisão devem acordar qual o modelo de supervisão que melhor responde às suas necessidades. Mas para promover um modelo de reflexão sobre as práticas, a supervisão clínica deveria desempenhar três funções fundamentais:
 - Proporcionar apoio ao enfermeiro na sua prática clínica (restaurativo);
 - Promover desenvolvimento pessoal e profissional (educativo);
 - Promover cuidados de enfermagem de qualidade (normativo).

O trabalho dos enfermeiros tem uma multiplicidade de atuações e áreas de prática especializada, pelo que um modelo único de supervisão não abrangerá todos os profissionais. Visto isto, nas últimas décadas surgiram vários modelos de supervisão clínica em enfermagem, um dos modelos de supervisão clínica mais importantes foi proposto por Proctor (1986) – o “*supervision alliance model*”. Esta autora, enfatiza o facto da supervisão clínica envolver mais pessoas, além do supervisor e supervisionado, (Garrido, 2012).

Abreu (2004) refere que, na generalidade dos modelos podemos identificar dois pressupostos fundamentais:

- O reconhecimento da maturidade da profissão, na medida em que consegue olhar-se criticamente, num claro sinal de exigência e responsabilidade;
- O reconhecimento de que os profissionais e os alunos são vítimas de situações potencialmente agressivas para a sua integridade psicológica. Este mesmo autor é responsável pela adaptação e divulgação entre nós do modelo de Nicklin (1997), apresentando-o como um modelo de SCE que, para além de possuir um enquadramento concetual consistente, está profundamente direcionado para a prática clínica na globalidade e não apenas para as dimensões emocionais.

Para Nicklin, a supervisão clínica em enfermagem, deve proporcionar resposta a diversos aspetos relacionados com a gestão, formação e suporte emocional, desenvolvendo-se em seis etapas, que podemos analisar no quadro seguinte.

PROCESSO DE SUPERVISÃO CLÍNICA	
Objetivo	Apreciação de situações-problema (competências clínicas, estratégias de gestão de cuidados, dimensões afetivas e relacionais).
Identificação do problema	Clarificação das áreas dos problemas identificados.
Contextualização	Definição de objetivos de intervenção que salvaguardem as expectativas, obrigações e aspirações da instituição, dos utentes e do próprio profissional.
Planeamento	Preparação e programação da intervenção, de acordo com os intervenientes.
Implementação	Implementação das ações planeadas.
Avaliação	Avaliação dos resultados e do processo de supervisão.

Quadro 1 – Modelo do processo de supervisão clínica de Nicklin Fonte: Abreu (2004), adaptado de Nicklin (1997)

A maioria dos modelos de supervisão dá especial atenção às características do supervisor, mas nem sempre estas são tidas em consideração Sloan, (1998). Catmur (1995) salienta, a nível das características do supervisor, as capacidades de comunicação, competências de ajuda e conhecimentos especializados. Butterworth e Faugier (1992) referem que os supervisores clínicos devem disponibilizar-se também para serem supervisionados, possuir uma preparação específica para desenvolverem o processo, possuir capacidades formativas, desenvolver práticas clínicas e serem escolhidos pelos supervisionados. Salientam ainda a necessidade dos supervisores saberem utilizar resultados das pesquisas para fazerem evoluir o processo de supervisão, (Abreu W. C., 2007).

Os objetivos fundamentais da supervisão clínica em enfermagem contemplam a formação e desenvolvimento de competências profissionais assim como a melhoria da qualidade dos cuidados dispensados aos clientes.

Thomas e Reid (1995) alertam que não devem ser negligenciadas as dificuldades que a operacionalização da supervisão clínica pode trazer e identificaram três dificuldades principais:

- Falta de pessoal treinado para levar a cabo essa tarefa

- Falta de estrutura de supervisão que, frequentemente, fazem o supervisionado questionar o papel do supervisor;
- Em serviços que apresentam elevada mobilidade, com aumento de admissões e de carga de trabalho, a supervisão é, habitualmente, a primeira atividade a ser renunciada e a última a ser reinstalada.

Como forma de minimizar estes problemas as instituições, muitas vezes, apontam como solução a entrega da supervisão clínica das práticas aos enfermeiros responsáveis pelos serviços ou unidades de saúde. Esta decisão tem mais inconvenientes que vantagens e será sempre uma má solução. Como refere a United Kingdom Central Council (1996), o supervisor clínico deve ter a confiança de quem necessita ser apoiado nas práticas, não devendo ser designado pela organização, (Garrido, 2012).

Em Portugal, a supervisão clínica em enfermagem começa a surgir como uma matéria importante que leva à reflexão dos enfermeiros, apresentando-se como um meio através do qual os enfermeiros podem analisar, suportar e melhorar o seu desenvolvimento pessoal e as práticas profissionais.

A supervisão clínica entre nós, como refere Abreu (2007) surge no contexto da discussão sobre qualidade, reflexão sobre formação clínica, aprendizagem experiencial e supervisão das práticas clínicas e poderá constituir uma verdadeira revolução de mentalidades.

A supervisão de cuidados é uma responsabilidade do enfermeiro, em especial do enfermeiro especialista, monitorizando, registando e avaliando os procedimentos efetuados, de forma a manter a melhoria contínua da qualidade. Analisa assim a prática, planeando quando necessário condições para a melhoria do desempenho levando à prestação de cuidados com segurança, tal como refere, (Abreu w. c., 2004).

Os enfermeiros têm um papel preponderante na diminuição do risco, promovendo a segurança do cliente como garante de cuidados de enfermagem de qualidade. Segundo Nunes (2006:6) *“todos os passos na intervenção de enfermagem junto de um cliente envolvem a possibilidade de erro (...). Uma clara identificação dos fatores que levam ao aparecimento de erros é o primeiro passo para os prevenir, (...) desde a comunicação e a relação interpessoal em que os cuidados de enfermagem se fundam, aos aspetos processuais e técnicos do seu exercício”*.

A segurança do cliente é inerente ao exercício da profissão de enfermagem, legislado no Regulamento do Exercício da Profissão de Enfermagem, no Código Deontológico dos Enfermeiros e no enquadramento conceptual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Sendo assim, deverão ser tomadas medidas para que este risco seja diminuído, reduzindo as causas do

aparecimento dos mesmos, seja na melhoria de procedimentos, na avaliação dos cuidados, na comunicação, nas condições humanas e materiais.

Consideramos que a prevenção está implícita na supervisão clínica, na gestão de risco e na segurança dos clientes e é inerente aos cuidados de enfermagem. Ao longo deste trabalho pretendemos demonstrar a responsabilidade do enfermeiro especialista na melhoria dos cuidados de enfermagem, pois a supervisão clínica está bastante enraizada nos quatro domínios das competências comuns do enfermeiro especialista enunciadas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade; Competências do domínio da gestão dos cuidados; Competências do domínio das aprendizagens profissionais), como já foram referidas anteriormente, assim como nas competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica. Pretendemos, assim refletir acerca de uma situação com que fomos confrontados, analisando quais os aspetos a melhorar e promover a excelência dos cuidados a prestar como enfermeiros especialistas em pessoa em situação crítica. Tal como refere Deodato, (2010) *“a Supervisão de Cuidados, em ligação à aprendizagem em ambiente clínico, pode desempenhar um papel complementar no desenvolvimento de competências do estudante. Permitindo a reflexão e a discussão em pequeno grupo, favorece a análise sobre o vivido, ao mesmo tempo que possibilita a mobilização de conhecimentos, constituindo assim uma experiência formativa significativa.”*

Desta forma é nosso propósito atingir o estágio de peritos que suportam a ação na experiência e na perceção intuitiva das situações como um todo, prestando cuidados de enfermagem de elevada qualidade e antecipação, como menciona Benner (2001).

1.1 PROCESSO DE ENFERMAGEM

O Processo de enfermagem é um processo de resolução de problemas, de forma sistemática, contínua e dinâmica, centrado na pessoa. É um conjunto de etapas e ações planeadas, dirigidas à satisfação de necessidades e à resolução de problemas das pessoas. Para Doenges e Moorhouse (1994) é um método eficiente de organizar os processos de pensamento para a tomada de decisões clínicas e resolução de problemas ao planear e prestar cuidados ao doente.

Segundo Soresen (1998) é o método científico adaptado às condições, muitas vezes imprevisíveis, da vida humana e aplicado aos seres humanos quando têm necessidades não satisfeitas.

São objetivos do processo de enfermagem a manutenção da saúde, prevenção da doença, promoção da recuperação, restabelecimento do bem-estar e plena atividade e apoio na morte serena.

É uma metodologia com cinco etapas (Colheita de dados; Diagnóstico; Planeamento; Implementação e Avaliação) interligadas entre si e nunca totalmente concluída pois na fase seguinte pode ser necessário voltar atrás e reformular.

A avaliação da forma como a pessoa atingiu os resultados esperados conduz, não só a uma continuação da recolha de dados, mas também à redefinição dos problemas e ao planeamento de novas intervenções.

As etapas do processo de enfermagem:

- Colheita de dados: Consiste na obtenção de informações úteis e pertinentes sobre a pessoa, de forma a definir o problema passando à fase seguinte. Embora associada à fase inicial da relação, esta é uma fase em permanente atualização, dada a possível integração de novos dados em cada interação do enfermeiro com a pessoa.
- Diagnóstico: Um diagnóstico de enfermagem é segundo Soresen (1998, p. 140) uma decisão clínica acerca das respostas do indivíduo, família ou comunidade aos problemas de saúde/estilos de vida reais ou potenciais. É formulado de acordo com a seleção, organização e análise dos dados recolhidos. Podem ser definidos de acordo com alguns padrões como a CIPE ou NANDA.
- Planeamento: Inicia-se após a identificação dos diagnósticos, de acordo com os conhecimentos existentes, a bibliografia atual, informações pertinentes mas fundamentalmente com a vontade e a decisão da pessoa envolvida. O planeamento com o doente, ou seja, a inclusão da pessoa neste processo é relativamente recente e foi segundo Nunes (2011) um grande passo na área da ética pois enaltece o respeito pelo outro.
- Implementação: Consiste na prestação de cuidados de enfermagem de acordo com o planeado, contudo pode ser preciso replanear, pois podem ter-se alterado algumas condições e já não fazer sentido o inicialmente planeado. Esta fase inclui a prestação direta de cuidados, a supervisão de cuidados delegados, o ensino, a orientação, a

identificação das necessidades de encaminhamento e o cumprimento de prescrições de outros prestadores de cuidados de saúde.

- Avaliação: Consiste na observação e apreciação da eficácia e eficiência dos resultados esperados, de forma a decidir uma eventual adequação dos diagnósticos e das intervenções definidas, é por isso um processo contínuo.

O processo de enfermagem enquanto método de resolução de problemas não inclui uma base teórica subjacente à prática de enfermagem no contexto dos cuidados de saúde, pois é apenas uma sequência de etapas através das quais se pretende alcançar um determinado fim. É por isso importante encontrar um enquadramento conceptual que identifique essa base teórica, só possível nos vários modelos teóricos de enfermagem.

Assim, na área dos cuidados de enfermagem, tem que se considerar uma concetualização teórica, pois é através de um modelo teórico que os cuidados de enfermagem são orientados, funcionando também como fio condutor para a tomada de decisão. Pearson refere que “*O modelo de enfermagem, sobre o qual assente o exercício contém as teorias e os conceitos desse exercício e teorias e conceitos refletem as filosofias, os valores e as crenças sobre a natureza humana e o que a enfermagem pretende realizar*”, (1992, p. 12).

Consideramos que a seleção de um modelo teórico de enfermagem e aplicação do processo de enfermagem como metodologia de trabalho, apoiada nessa teoria, corresponde a um contributo importante para o enriquecimento da qualidade dos cuidados prestados, visto que a definição do modelo sobre o qual assenta o exercício da enfermagem numa situação específica, vai afetar diretamente a prestação de cuidados de enfermagem ao cliente. Os modelos teóricos de enfermagem delimitam o campo específico de atuação dos enfermeiros, dando importância às suas intervenções autónomas e conduzem à consistência e continuidade nos cuidados prestados.

Poder-se-á dizer, que a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem passa pela utilização de uma metodologia de trabalho ou processo de enfermagem, associada a um modelo teórico. A Ordem dos Enfermeiros (2001) definiu padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, levando à melhoria dos cuidados prestados aos cidadãos e à reflexão do exercício profissional dos enfermeiros. Foram, então, definidos os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional com base no enquadramento concetual de Saúde, Pessoa, Ambiente e Cuidados de Enfermagem. Existem seis categorias de enunciados descritivos relacionados com satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e o auto cuidado dos clientes, readaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem.

Em 2011 a OE aprova o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Saúde Especializados em Pessoa em Situação Crítica, em que se define Pessoa em Situação de Doença Crítica e ou Falência Orgânica, Situação de Catástrofe ou Emergência Multi-Vítima, Prevenção e Controlo da Infeção Associado aos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica e Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa em Situação crítica. Nos enunciados descritivos para além dos referidos anteriormente surge um sétimo que se prende com a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados.

As instituições de saúde devem implementar e consolidar os enunciados descritivos de forma a desenvolverem projetos e definirem indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem. Estes indicadores permitem a reflexão acerca da prática dos enfermeiros em contextos de trabalho, contribuindo para a melhoria da qualidade e para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência. Mas, para se conseguir a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem deverá existir um quadro de referência para o exercício profissional.

Neste contexto, escolhemos como fio condutor e base teórica para os cuidados de enfermagem definidos neste trabalho, o modelo concetual de Kolcaba.

Katharine Kolcaba nasceu em Cheveland, Ohio em 1944. Em 1965 obteve o diploma de enfermagem pela St. Luke's Hospital School of Nursing em Cheveland. Em 1987 licenciou-se em enfermagem, recebendo o título de especialista em Gerontologia em 1997. O conforto foi ao longo do tempo, estudado por várias teóricas de enfermagem, onde o seu conceito se evidenciou, ainda assim, a sua concetualização e operacionalização surgiram a partir da década de 90 do século XX com Katharina kolcaba, onde desenvolveu a Teoria do Conforto, baseada em três tipos de raciocínio lógicos: indução, dedução e abdução. De acordo com Kolcaba (2002, p. 89), conforto é *"(...) a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto. É a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (...) físico, psico-espiritual, social e ambiental."*

No dicionário da língua portuguesa, a palavra conforto significa um derivado regressivo de confortar, prestar auxílio, apoio numa aflição, numa infelicidade; ato ou efeito de confortar; ajuda, consolação, consolo. A literatura deixa transparecer que o conforto é um conceito que tem sido identificado como um elemento dos cuidados de enfermagem. De facto, a prática de enfermagem esteve, ao longo dos anos fortemente ligada a este conceito, sendo o enfermeiro, aquele que promove o fortalecimento e o conforto daquele que está enfermo. Porém, o seu significado tem tido

várias interpretações, fruto da evolução histórica, política e social da sociedade e com a evolução técnico-científica das ciências da saúde e da enfermagem em particular.

A teoria de Kolcaba, assenta no termo conforto, frequentemente empregue nos cuidados de enfermagem. Segundo esta autora, o conforto é uma experiência imediata, sendo fortalecida essencialmente pelas suas necessidades: alívio, tranquilidade e transcendência, dentro de quatro contextos: físico, psico-espiritual, sociocultural e ambiental. Assim, este fenómeno associa-se à enfermagem, sendo resultantes do cuidado profissional, proporcionado por meio de intervenções denominadas medidas de conforto para a satisfação das necessidades humanas básicas.

A autora supra citada, considera o conforto como um estado resultante das intervenções de enfermagem, sendo um estado em que estão satisfeitas as necessidades básicas de qualquer indivíduo, alívio, tranquilidade e transcendência. O alívio é o estado em que uma necessidade foi satisfeita sendo necessário para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual; a tranquilidade, é o estado de calma ou satisfação, necessário para um desempenho eficiente; a transcendência, é o estado no qual cada pessoa sente que tem competências ou potencial para planear, controlar o seu destino e resolver os seus problemas.

Kolcaba centra a sua teoria na alteração do estado de conforto sentido pelo doente após a intervenção de enfermagem. Esta intervenção é vista, à luz da teoria de Kolcaba como uma forma de arte de enfermagem, em que as intervenções ou cuidados de conforto requerem um processo de ações confortantes ganhos pelos doentes. O aumento desse conforto é o resultado desse processo. Para a autora a intervenção de enfermagem é a ação de confortar e que o conforto é o resultado dessa intervenção. Não obstante de todos estes princípios, que são basilares e fundamentais da sua teoria, Kolcaba reconhece que a arte de enfermagem é a aplicação individual de cada profissional dos princípios científicos e humanísticos nos contextos específicos do cuidar. Consideramos importante referir que a teoria apresentada assenta num paradigma existencial, pois o conforto aparece como um estado presente além da consciência, reconhecido apenas quando o doente já viveu um estado de desconforto, constituindo uma experiência pré-reflexiva, sendo, muitas vezes difícil de descrever.

Contextualizando a teoria do conforto, seguem-se os conceitos meta paradigmáticos defendidos por (Kolcaba, 2002):

- Enfermagem é a apreciação intencional das necessidades de conforto, a conceção das medidas de conforto para abordar essas necessidades e a apreciação dos níveis deste, após a implementação, comparados com a anterior linha de base. A apreciação e a reapreciação podem ser intuitivas e/ou subjetivas, tal como quando uma enfermeira

pergunta se o doente está confortável. Esta pode obter-se através da administração de escalas visuais analógicas, ou de questionários tradicionais, ambos os quais Kolcaba desenvolveu.

- Doente é quem recebe os cuidados, podem ser indivíduos, famílias, instituições ou comunidades que necessitem de cuidados de saúde.
- Ambiente é qualquer aspeto do doente, família ou meios institucionais que podem ser manipulados pela enfermeira ou pelos entes queridos para melhorar o conforto.
- Saúde é o funcionamento ótimo, conforme definido pelo paciente ou grupo, família ou comunidade.

Katharine Kolcaba aborda o conforto como o coração da sua teoria, tendo como objetivo major proporcionar conforto aos doentes nas vertentes física, psico-espiritual, sociocultural e ambiental.

2. DOENTE TERMINAL

Os avanços da Medicina ao longo do século XX foram inúmeros. A ocorrência da morte após um período curto de doença foi sendo combatida com sucesso, e o fenómeno da cura foi-se impondo no contexto da maioria das doenças agudas. Todos os progressos científicos e sociais alcançados impuseram um aumento da longevidade, dando origem a um outro fenómeno no mundo ocidentalizado: o da emergência das doenças crónicas não transmissíveis, passando a morte a acontecer com frequência no final de uma doença crónica evolutiva mais prolongada. No entanto, o facto de se passar a viver mais tempo não implicou que se passe a morrer melhor, (Neto & Barbosa, 2006).

A intensidade da luta pela busca da cura de muitas doenças, a sofisticação dos meios utilizados, levou, de algum modo, a sociedade a acreditar numa cultura de negação da morte, onde se inserem os profissionais de saúde. A morte passou a ser negada e considerada como uma frustração e falhanço para estes profissionais ao acreditarem no crescente tecnicismo e tecnologia avançada. De qualquer forma, hoje, em pleno século XXI, e apesar de todos os progressos da Medicina, a morte continua a ser uma certeza para cada ser humano, (Neto & Barbosa, 2006).

A redução do número de famílias alargadas, a industrialização e a entrada da mulher no mercado de trabalho laboral, têm ao longo do tempo condicionado bastante o tipo de apoio aos doentes crónicos. O aumento crescente das doenças crónicas e o período relativamente prolongado da perda de autonomia que lhes está associado, teve implicações nas famílias e no sistema de saúde, que assume, atualmente a grande maioria dos cuidados aos doentes com doença crónica. Foi precisamente como reação a esta tendência, que surgiu, a partir de 1968, o movimento dos cuidados paliativos. Em Portugal, os cuidados paliativos, são uma atividade recente, tendo as primeiras iniciativas surgido apenas no início dos anos 90 do século passado, (Plano Nacional de Cuidados Paliativos).

Segundo a OMS (2002), cuidados paliativos são considerados "(...) como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes – e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais."

Os cuidados paliativos definem-se ainda por “(...) cuidados ativos e interdisciplinares, integrando o controlo de sintomas, o apoio à família e a comunicação adequada. Este tipo de cuidados centra-se nas necessidades (e não nos diagnósticos) deste tipo de doentes e famílias, pelo que, muito para além dos doentes oncológicos, outros grupos há que beneficiam em muito da aplicação dos princípios da palição.”, (Neto & Barbosa, 2006, p. 26).

A filosofia dos cuidados paliativos tem vindo progressivamente a ser desenvolvida e é hoje perspectivada como um direito humano, sendo a sua viabilização aplicada pelas áreas do controlo de sintomas, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa. A doença terminal tem normalmente associados um conjunto de problemas não só físicos, mas também de outra índole – o sofrimento.

Como refere Neto (2006), o sofrimento não é um sintoma nem um diagnóstico, mas uma experiência humana muito complexa. A intensidade desse sofrimento é medida nos tempos do próprio doente à luz dos seus valores, das suas vivências, das suas crenças, enfim, de uma multiplicidade de fatores que fazem do sofrimento humano uma realidade complexa a ao mesmo tempo única para cada indivíduo que o experimenta.

O objetivo dos cuidados paliativos assenta na prevenção de sintomas indesejáveis, tratá-los adequadamente, diminuindo o sofrimento do doente e não o aumentando, no respeito inquestionável pela vida humana. Este pressuposto deve estar sempre presente no complexo processo de tomada de decisão clínica nos doentes em fim de vida, (Neto & Barbosa, 2006).

De acordo com Eurag (2004) citado por Neto (2006) a filosofia dos CP tem vindo progressivamente a ser desenvolvida e é hoje perspectivada como um direito humano, nomeadamente na Comunidade Europeia. No entanto, se existe já legislação importante sobre esta matéria, o certo é que nos deparamos com grandes assimetrias na acessibilidade a este tipo de cuidados, quer entre os diferentes países, quer num mesmo país, de região para região.

No ano 2005, o estudo Palliative Care Facts in Europe demonstrava que os recursos existentes em Portugal eram escassos e sem um modelo de organização homogéneo, nem instrumentos normalizados na sua gestão, (Plano Nacional de Cuidados Paliativos).

A disponibilidade da oferta nessa altura em Portugal para prestação de Cuidados Paliativos era de quatro unidades internamento (intra-hospitalares + IPSS), três equipas domiciliárias e duas equipas intra-hospitalares, que davam resposta quase exclusiva aos utentes com proveniência dos serviços do próprio hospital (IPO Porto). Na avaliação em 2008, o mesmo estudo, demonstrava que, apesar do início tardio da organização de Cuidados Paliativos em Portugal comparativamente a outros países da Europa, apresentava um desenvolvimento acelerado

e um modelo de organização homogéneo de implementação fruto de recursos humanos bem formados e de legislação e modelo financeiro favoráveis, subindo o número de camas por milhão de habitantes 5,05 para 20, o que corresponde a um aumento de 296%, (Plano Nacional de Cuidados Paliativos).

Apesar desta ascensão dos CP, o envelhecimento da população portuguesa é um fenómeno crescente, pois de acordo com os dados divulgados pelo INE sobre a mortalidade no período 2009/2011 em Portugal, o valor da esperança média de vida à nascença foi estimado em 79,45 anos para ambos os sexos, sendo de 76,43 para os homens e cerca de e 82,30 para as mulheres, sendo que 60% a 75% da população morrerá depois de um período de doença crónica progressiva, que poderá incluir uma situação de doença avançada ou terminal. Perante este fator podemos dizer que, embora existam em Portugal um número crescente de unidades de CP, nem toda a população tem acesso. Todo o processo paliativo é muito moroso, muitos doentes padecem de doença prolongada, não permitindo muitas vezes vagas em tempo útil para outros doentes, o que obriga que os cuidados sejam prestados muitas vezes por familiares.

Uma das maiores preocupações de um doente terminal é o controlo da dor aguda ou crónica que debilita a pessoa até esta já não conseguir executar as suas tarefas diárias. Muitas vezes, o doente pode estar a sofrer desnecessariamente, o que pode ter um efeito negativo na sua luta pela vida. Ter qualidade de vida até ao final de uma doença terminal é fulcral, por isso, é necessário averiguar e experimentar quais os medicamentos e/ou tratamentos que possam controlar a dor.

A importância da valorização, da avaliação e do alívio da dor são elementos vitais no contributo para o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas, (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

A 14 de junho de 2003, a Direção Geral de Saúde divulga a Circular Normativa n.º 09 que prevê a implementação da avaliação e registo sistemático da intensidade da dor em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, instituindo a dor como 5º sinal vital.

O controlo eficaz da dor é um dos deveres dos profissionais de saúde, de forma a minimizar as suas consequências e garantir o conforto e bem-estar da pessoa, para tal, a avaliação e registo da intensidade da dor deve ser realizada de forma contínua e regular à semelhança dos outros sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica administrada e melhorar a qualidade de vida do cliente.

A dor é uma das principais causas de sofrimento humano, comprometendo a qualidade de vida das pessoas e refletindo no seu estado físico e psicossocial. A dor é, sem dúvida, uma das mais íntimas e exclusivas sensações experimentadas pelo ser humano, envolve vários

componentes sensoriais, afetivos e cognitivos, sociais e comportamentais. Embora uma pessoa consiga sobreviver com dor, ela interfere no seu bem-estar, nas relações sociais e familiares, no desempenho do seu trabalho, influenciando assim a sua qualidade de vida. Portanto, a avaliação da dor constitui uma premissa na prática do enfermeiro, procurando um cuidado individualizado e dirigindo-se à causa desencadeante da dor a fim de aliviá-la.

A dor é definida pela International Association for the Study of Pain (IASP, 1994), como "(...) uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão".

Para efeito de classificação médica a dor é dividida em duas categorias: as agudas, que têm duração limitada e causa geralmente conhecida e as crônicas, que duram mais de três meses e têm causa desconhecida ou mal definida. Esta última categoria de dor aparece quando o mecanismo de dor não funciona adequadamente ou doenças associadas a ele tornam-se crônicas, (Metzger, 2002).

A dor é um fenômeno fisiológico essencial para a conservação da integridade física de um indivíduo, enquanto sintoma funciona habitualmente como sinal de alarme de uma lesão ou disfunção orgânica particularmente no que se refere à dor aguda. Cumprida esta função vital, a dor não representa qualquer outra vantagem fisiológica para o organismo. Pelo contrário, para além do sofrimento e da redução da qualidade de vida que causa, provoca alterações fisiopatológicas dos sistemas imunitário, endócrino e nervoso, que vão contribuir para o aparecimento de outras patologias do foro orgânico e psicológico, podendo conduzir à perpetuação do fenômeno doloroso e evoluir para a cronicidade, (Metzger, 2002).

Na prática profissional quotidiana, deve-se aceitar que a dor é aquilo que a pessoa diz que sente, no entanto, por vezes é mal interpretada por parte dos profissionais de saúde, na medida em que não é valorizada corretamente. A queixa de dor deve ser sempre valorizada e respeitada, devido ao desconforto que manifesta. A melhor forma de avaliar a dor é confiando nas palavras e no comportamento do cliente, aceitando que a dor existe. Uma das estratégias a adotar é então a utilização sistemática de instrumentos de avaliação, que permitem evitar os erros de interpretação, (Metzger, 2002).

O enfermeiro, no âmbito das suas competências nos domínios da prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional, toma como foco de atenção a dor contribuindo para a satisfação do cliente, o bem-estar e o autocuidado, (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

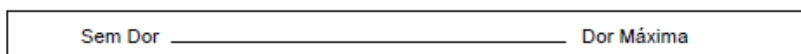
Torna-se então premente recomendar para a prática profissional as seguintes ações, (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

- Reconhecer que a pessoa é o melhor avaliador da sua própria dor;
- Acreditar sempre na pessoa que sente dor;
- Privilegiar o auto relato como fonte de informação da presença de dor na pessoa com capacidades de comunicação e com funções cognitivas mantidas;
- Avaliar a dor de forma regular e sistemática pelo menos uma vez por turno e/ou de acordo com protocolos instituídos;
- Colher dados sobre a história de dor;
- Escolher os instrumentos de avaliação de dor atendendo a: tipo de dor; idade; situação clínica; propriedades psicométricas; critérios de interpretação; escala de quantificação comparável; facilidade de aplicação; experiência de utilização em outros locais;
- Avaliar a intensidade da dor privilegiando instrumentos de auto avaliação, considerando a ordem de prioridade;
- Assegurar a compreensão das escalas de auto relato pela pessoa/cuidados principal/família, após ensino;
- Avaliar a dor nas crianças pré verbais e nas pessoas com incapacidade de comunicação verbal e/ou com alterações cognitivas, com base em indicadores fisiológicos e comportamentais, utilizando escalas de heteroavaliação;
- Manter a mesma escala de intensidade em todas as avaliações, na mesma pessoa, exceto se a situação clínica justificar a sua mudança;
- Ensinar a pessoa / cuidador principal / família sobre a utilização de instrumentos de avaliação da dor e sua documentação;
- Garantir a comunicação dos resultados da avaliação da dor aos membros da equipa multidisciplinar, mesmo que se verifique transferência para outras áreas de intervenção.

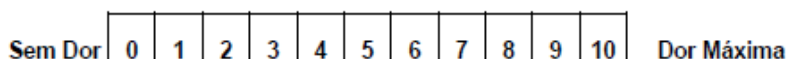
De forma a atender estes critérios o enfermeiro dispõe de um vasto leque de escalas de avaliação da intensidade da dor que se adequam às diversas necessidades da população, (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Escala Visual Analógica – Qualquer idade >6 anos de idade. Consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalado numa extremidade

a classificação “Sem Dor” e, na outra, a classificação “Dor Máxima”. Mede-se, posteriormente e em centímetros, a distância entre o início da linha e o local assinalado pela pessoa, obtendo-se a classificação numérica que será assinalada na folha de registo.



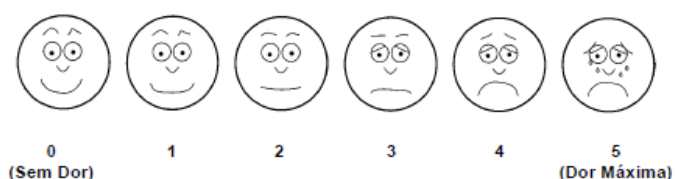
Escala de Avaliação Numérica – Aplicada a qualquer pessoa que identifique a dimensão dos números. Consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima”;



Escala Qualitativa - solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com os seguintes adjetivos: “Sem Dor”, “Dor Ligeira”, “Dor Moderada”, “Dor Intensa” ou “Dor Máxima”. Estes adjetivos devem ser registados na folha de registo.



Escala de Faces – para crianças com mais de 4 anos de idade. É solicitado ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que à expressão de felicidade corresponde a classificação “Sem Dor” e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação “Dor Máxima”. Regista-se o número equivalente à face selecionada pelo doente.



Escala FLACC (Face, Leggs, Activity, Cry, Consolability) – aplicada a crianças.

Categorias	Pontuação		
	0	1	2
Face	Nenhuma expressão especial ou sorriso	Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse	Tremor freqüente do queixo, mandíbulas cerradas
Pernas	Normais ou relaxadas	Inquietas, agitadas, tensas	Chutando ou esticadas
Atividade	Quieta, na posição normal, movendo-se facilmente	Contorcendo-se, movendo-se para frente e para trás, tensa	Curvada, rígida ou com movimentos bruscos
Choro	Sem choro (acordada ou dormindo)	Gemidos ou choramingos; queixa ocasional	Choro continuado, grito ou soluço; queixa com freqüência
Consolabilidade	Satisfeita, relaxada	Tranqüilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraída	Difícil de consolar ou confortar

Escala DOLOPLUS – idosos com alterações cognitivas.

REPERCUSSÃO SOMÁTICA					
1. Queixas somáticas	. ausência de queixas	0	0	0	0
	. queixas apenas quando há solicitação	1	1	1	1
	. queixas espontâneas ocasionais	2	2	2	2
	. queixas espontâneas contínuas	3	3	3	3
2. Posições antálgicas em repouso	. ausência de posição antálgica	0	0	0	0
	. o indivíduo evita certas posições de forma ocasional	1	1	1	1
	. posição antálgica permanente e eficaz	2	2	2	2
	. posição antálgica permanente ineficaz	3	3	3	3
3. Protecção de zonas dolorosas	. ausência de protecção	0	0	0	0
	. protecção quando há solicitação, não impedindo o prosseguimento do exame ou dos cuidados	1	1	1	1
	. protecção quando há solicitação, impedindo qualquer exame ou cuidados	2	2	2	2
	. protecção em repouso, na ausência de qualquer solicitação	3	3	3	3
4. Expressão facial	. mímica habitual	0	0	0	0
	. mímica que parece exprimir dor quando há solicitação	1	1	1	1
	. mímica que parece exprimir dor na ausência de qualquer solicitação	2	2	2	2
	. mímica inexpressiva em permanência e de forma não habitual (átone, rígida, olhar vazio)	3	3	3	3
5. Sono	. sono habitual	0	0	0	0
	. dificuldade em adormecer	1	1	1	1
	. despertar frequente (agitação motora)	2	2	2	2
	. insónia com repercussão nas fases de despertar	3	3	3	3
REPERCUSSÃO PSICOMOTORA					
6. Higiene e/ou vestir	. capacidades habituais conservadas	0	0	0	0
	. capacidades habituais pouco diminuídas (com precaução mas completas)	1	1	1	1
	. capacidades habituais muito diminuídas, higiene e/ou vestir difíceis e parciais	2	2	2	2
	. higiene e/ou vestir impossíveis; o doente exprime a sua oposição a qualquer tentativa	3	3	3	3
7. Movimento	. capacidades habituais conservadas	0	0	0	0
	. capacidades habituais activas limitadas (o doente evita certos movimentos, diminui o seu perímetro de marcha)	1	1	1	1
	. capacidades habituais activas e passivas limitadas (mesmo ajudado, o doente diminui os seus movimentos)	2	2	2	2
	. movimento impossível; qualquer mobilização suscita oposição	3	3	3	3
REPERCUSSÃO PSICO-SOCIAL					
8. Comunicação	. sem alteração	0	0	0	0
	. intensificada (o indivíduo chama a atenção de modo não habitual)	1	1	1	1
	. diminuída (o indivíduo isola-se)	2	2	2	2
	. ausência ou recusa de qualquer comunicação	3	3	3	3
9. Vida social	. participação habitual nas diferentes actividades (refeições, actividades recreativas, ateliers terapêuticos, ...)	0	0	0	0
	. participação nas diferentes actividades apenas quando há solicitação	1	1	1	1
	. recusa parcial de participação nas diferentes actividades	2	2	2	2
	. recusa de qualquer tipo de vida social	3	3	3	3
10. Alterações do comportamento	. comportamento habitual	0	0	0	0
	. alterações do comportamento quando há solicitação e repetidas	1	1	1	1
	. alterações do comportamento quando há solicitação e permanentes	2	2	2	2
	. alterações do comportamento permanentes (sem qualquer solicitação)	3	3	3	3

Não são apenas os profissionais de saúde que exercem funções no âmbito do controlo da dor, também as instituições de saúde têm a responsabilidade de elaborar ou adotar normas de orientação clínica para a avaliação e controlo da dor, implementar sistemas de documentação que suportem uma abordagem padronizada de avaliação e controlo da dor, promover o acesso a programas de formação sobre dor, definir indicadores de qualidade e implementar sistemas de auditoria para avaliação da qualidade no controlo da dor, (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Partindo do princípio que a prestação de cuidados de Enfermagem às pessoas, em particular pessoas com dor, tem como finalidade a promoção do bem-estar, é da competência do enfermeiro avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias para alcançar esse objetivo. Inclusivamente, os enfermeiros são considerados profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contacto, tendo todas as condições para promover e intervir no controlo da dor eficazmente, (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Os enfermeiros têm o dever ético e legal de advogar uma mudança do plano terapêutico, quando o alívio da dor é inadequado (OE, Parecer120/2007).

Segundo Gameiro (2000) as intervenções preconizadas para o alívio do sofrimento dos doentes correspondem de um modo geral aos elementos do Processo de Cuidar de Swanson (1991), segundo este, o cuidador deverá fazer uma apreciação cuidadosa da situação, procurar conhecer o doente evitando ideias preconcebidas, demonstrar disponibilidade, promover conforto, preservar a dignidade, valorizar os sentimentos do outro, oferecer otimismo e promover a esperança.

2.1 DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA

Doente sexo feminino, raça negra, 30 anos, com antecedentes pessoais de neoplasia gástrica com metastização óssea e carcinomatose peritoneal. Recorreu ao Serviço de Urgência por dores abdominais e vômitos. Encontrava-se em estado terminal, deitada numa maca no corredor do Serviço. Apesar da dor referia não querer a administração de morfina, por lhe provocar mal-estar (SIC). Como tal, foi-lhe administrado outro analgésico para minimização da dor. Durante o internamento apresentou episódios de vômitos e hipoglicémia, com critério médico para não administração de glicose hipertónica, de forma a avaliar-se a tolerância da doente à hipoglicemia devido alta clínica estar programada. A doente acabou por falecer no corredor, sozinha. O que podemos fazer para evitar estas situações?

2.2 DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM E RESULTADOS ESPERADOS

2.2.1 Vômito atual

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções Planeadas	Resultado Esperado
Vômito atual	<ul style="list-style-type: none">• Monitorizar glicemia capilar• Supervisionar refeição• Vigiar tolerância à dieta• Vigiar desidratação• Vigiar náusea• Vigiar reflexo de deglutição• Vigiar vômito• Gerir ingestão de líquidos• Interromper a ingestão de alimentos• Providenciar saco de vômito• Elevar cabeceira da cama• Referir vômito ao médico• Trocar artigos de cama• Confortar a pessoa• Facilitar repouso• Ensinar a pessoa sobre os posicionamentos durante a refeição	Vômito diminuído

Quadro 2 – Diagnóstico de Enfermagem, Intervenções Planeadas e Resultado esperado para vômito atual.

Vômito ou êmese é a expulsão rápida e forçada do conteúdo gástrico através da boca, causada por uma contração forte e sustentada da musculatura da parede torácica e abdominal, (ABCP, 2011).

As náuseas e vômitos podem ser extremamente debilitantes para o doente terminal e estão entre os sintomas que mais afetam a qualidade de vida destes doentes. Os principais órgãos envolvidos na origem destes sintomas são o trato gastrointestinal e o cérebro, através dos quimiorreceptores, do córtex cerebral, do aparelho vestibular e do centro do vômito, através de mediadores como a serotonina, a dopamina, a acetilcolina e a histamina, (Roque, 2010).

Segundo Abrunhosa (2000) as náuseas e os vômitos estão frequentemente presentes em doentes com cancro terminal e podem, resultar de um conjunto de fatores, entre os quais destacamos:

- Gastrointestinais.
- Má higiene oral e infeções da cavidade oral (candidíase, herpes).
- Alterações do paladar relacionadas com a quimioterapia.
- Obstruções esofágicas.
- Estase gástrica (ascite, hepatomegalia, opióides e anticolinérgicos). Gastrite (AINES, refluxo biliar).
- Obstrução intestinal.
- Hiperalimentação (quando o doente tem uma sonda nasogástrica ou uma gastrostomia).
- Hipertensão intracraniana.
- Metástases cerebrais, edema cerebral.
- Metabólicas.
- Uremia, hiper -calcemia, toxinas tumorais.
- Induzido por fármacos.
- Antibióticos, digoxina, AINES, morfina, anticonvulsivantes.
- Quimioterapia.
- Radioterapia.

A avaliação contínua e sistemática do vômito permite o conhecimento da evolução do quadro do doente, sendo por isso, fundamental o seu registo. A avaliação compreende o conhecimento da frequência, duração, intensidade, aspeto, volume, causas ou agentes de agravamento, desconforto físico e emocional, (ABCP , 2011).

Segundo a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (2011) a aplicação de instrumentos padronizados que ajudem a sistematizar a avaliação dos vômitos se bem

desenvolvidos e validados, podem facilitar a avaliação pelo doente e possibilitam a uniformização dos registos e o tratamento dos mesmos, uma escala capaz de avaliar o início e a intensidade dos vômitos pode-se constituir como uma mais-valia, através da sua avaliação é possível planear as intervenções de enfermagem e o tratamento do doente com vista à obtenção do maior conforto possível e deve incluir:

- Condições fisiopatológicas como a aceitação alimentar, frequência com que sucedem, fatores desencadeantes ou de agravamento, coloração e aspeto, presença ou não de sinais prodrómicos.
- Medicamentos que possam provocar náuseas.
- Frequência da alimentação, ingestão de líquidos e sólidos.
- Aspetos emocionais como preocupações e sentimentos.
- Exame físico que deve incluir a investigação de sinais de desidratação, alterações da cavidade bucal e oro faringe, distensão abdominal, ascite.

O tratamento sem medicamentos dos vômitos baseia-se essencialmente na manutenção de uma boa higiene oral com lavagem regular dos dentes, desinfeção das próteses dentárias e uso de desinfetantes locais e cuidados alimentares adequados. A secura da boca que ocorre em 80% dos doentes e contribui para o agravamento das náuseas e vômitos, pode ser minimizada pela administração de cubos de gelo, gelo picado ou utilização de humidificadores e nebulizadores que permitem evitar a hidratação terminal por perfusão (a boca tem uma capacidade de absorção considerável), (Abrunhosa, 2000).

É essencial questionar o doente a respeito de seu desejo de se alimentar, sensação de fraqueza, eventual dificuldade mecânica para deglutir, presença de sede e/ou fome, reação a determinados alimentos e odores, e agentes desencadeantes do sintoma,

O plano de cuidados de enfermagem deve incluir ainda a manutenção de um ambiente agradável, calmo e livre de odores, a administração de antieméticos prescritos deve ser feita 40 m antes das refeições e a medicação para controlo da dor deve ser administrada em horário adequado, (ABCP, 2011).

As refeições devem ser fracionadas, na temperatura ambiente e os alimentos devem ser de fácil digestão, pode-se oferecer sumos frescos no intervalo das refeições. As medidas dietéticas devem ser adequadas às necessidades do doente, às suas preferências e aos seus hábitos alimentares, (ABCP, 2011).

O doente não se deve deitar logo após as refeições, deve permanecer com a cabeça elevada durante 1 ou 2 horas depois da ingestão de alimentos, devem-se evitar alimentos fritos, com gorduras, condimentados, salgados, ácidos, açucarados ou com odor intenso, assim como a oferta de líquidos durante às refeições, no entanto deve-se priorizar a ingestão de oito a dez copos de líquidos nos seus intervalos, de forma a evitar a desidratação, esta ação minimiza a pressão no estômago reduzindo a ocorrência de refluxo, (ABCP , 2011). Algumas opções de líquidos são os chás e caldos claros e sumos; gelatinas, gengibre e lascas de gelo também se constituem como boas escolhas, o café, chá forte e refrigerantes à base de colas, devem ser evitados, (ABCP , 2011).

O gengibre é um antiemético natural, combinado a preparações não ácidas e associado a ingredientes neutros e refrescantes, apresenta efeito direto no trato gastrointestinal através de suas propriedades aromáticas, carminativas e absorventes, aumentando a absorção de toxinas e ácidos, o tónus e a motilidade intestinal, (ABCP , 2011).

De acordo com Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (2011), refeições com elevado teor proteico, tiveram efeito positivo na redução das náuseas e vômitos, uma das justificações para este facto seria a redução das disritmias gástricas.

Nos casos de vômito ininterrupto é aconselhável suspender qualquer comida ou bebida até à sua cessação, a alimentação deve ser iniciada após 30 a 60 m com pequenas quantidades de líquidos claros, em casos de estase gástrica e nos decorrentes de obstrução intestinal é indicada a nutrição entérica, (ABCP , 2011).

A terapêutica médica do vômito depende do diagnóstico correto da causa, da procura de uma causa reversível (ex: hiper calcemia), da escolha adequada do antiemético e da via de administração (subcutânea ou retal se a via oral não está acessível, (Abrunhosa, 2000).

O conhecimento dos mecanismos fisiopatológicos possibilita o tratamento com medicamentos que atuem em recetores específicos, estimulados ou inibidos de acordo cm as diferentes etiologias das náuseas e/ou vômitos, (ABCP , 2011).

A medicação utilizada pode ser dividida em três categorias: Os antieméticos, os pró-cinéticos e outras medicações utilizadas em casos especiais. Os agentes antieméticos são fármacos que atuam primariamente no sistema nervoso central, como os anti-histamínicos, anticolinérgicos os antidopaminérgicos, os antagonistas 5-HT3 e os antagonistas da neurocinina 1 (NK1), (ABCP , 2011).

Os pró-cinéticos têm ação predominantemente periférica, como os agonistas 5-HT4, agentes antidopaminérgicos periféricos e os análogos da somatostatina De entre medicamentos utilizados em situações especiais, é possível referir a utilização de benzodiazepinas no tratamento

da náusea antecipatória, os licocorticoides na prevenção da náusea e vômito aguda pós quimioterapia e a possível utilização dos agentes canabinoides. Olanzapina é uma medicação antipsicótica que pode ser utilizada junto com inibidores 5-HT3 e corticoides com o objetivo de melhorar os resultados da profilaxia da NVQT, (ABCP , 2011).

Terapêutica medicamentosa dos vômitos	
FÁRMACO	INDICAÇÃO
Anticolinérgicos Bromidrato de escopolamina Butilescopolamina	Excesso de secreções Obstrução intestinal Hipertensão intracraniana Irritação peritoneal
Fenotiazinas Clorpromazina Levomepromazina	Causas metabólicas, opiáceos Obstrução intestinal
Butirofenonas Haloperidol	Irritação peritoneal, obstrução intestinal, Causas metabólicas, opiáceos Causas farmacológicas (opiáceos, anticonvulsivos)
Anti- histamínicos H1 Prometazina Hidroxizina	Irritação peritoneal Obstrução intestinal Hipertensão intracraniana Causas vestibulares
Gastrocinéticos Domperidona Metoclopramida	Quimioterapia, opiáceos Estase gástrica Ileum
Antagonistas 5HT3 Ondansetron	Quimioterapia Radioterapia
Outras Corticoides- dexametasona	Hipertensão intracraniana Quimioterapia, radioterapia
Benzodiazepinas	Ansiedade, medo, agitação
Ibuprofen	Radioterapia
Inibidores H2, misoprostol, omeprezole	Gastrite induzida por AINES
Bifosfonatos	Hipercalcemia

Quadro 3 – Terapêutica medicamentosa dos vômitos

2.2.2 – Hipoglicémia atual

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções Planeadas	Resultado Esperado
Hipoglicémia atual	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar entrada e saída de líquidos• Monitorizar glicémia capilar• Vigiar débito urinário• Vigiar ingestão de líquidos• Vigiar sinais de hipoglicémia• Gerir terapêutica• Referir hipoglicémia ao médico	Hipoglicémia nenhuma

Quadro 4 – Diagnóstico de Enfermagem, Intervenções Planeadas e Resultado esperado para hipoglicémia atual

A hipoglicémia pode ser definida como um nível inferior ao nível normal de glicose no fornecimento sangue, esta pode provocar uma variedade de sinais e sintomas, mas os principais surgem a partir de um fornecimento inadequado de glicose ao cérebro, causando depressão do sistema nervoso central e comprometimento da sua função (neuroglicopenia). A hipoglicemia indica que o grau de utilização da glicose por parte dos tecidos é superior à sua disponibilidade plasmática, isto é, a saída de glicose do plasma é superior à sua entrada. Tal pode resultar de um excessivo consumo de glicose (devido ao exercício físico ou a um aumento das perdas externas), ou pode resultar de um inadequado aporte de glicose (produção endógena insuficiente ou inanição).

De uma forma geral estes dois mecanismos (aumento da saída e diminuição de entrada) atuam em consonância para produzir a síndrome hipoglicémica, (do Vale, 2010).

O nível de glicose no sangue para definir hipoglicemia pode variar de acordo com os indivíduos e as circunstâncias, mas podemos considerar para um adulto a manutenção dos níveis acima de 70 mg/ dl como normal e hipoglicemia abaixo de 60 mg / dl, (do Vale, 2010).

A hipoglicemia é motivada por uma perturbação no equilíbrio entre insulina e secretagogos, hidratos de carbono e atividade física. As formas mais comuns de hipoglicemia surgem como uma complicação do tratamento da diabetes mellitus com insulina ou antidiabéticos orais, a hipoglicemia é menos comum em pessoas não diabéticas mas pode acontecer por múltiplas

causas, entre elas contam-se o excesso de insulina produzida, deficiências hormonais, fome prolongada e certos tumores, (do Vale, 2010).

Nos doentes com neoplasias malignas, verificam-se anormalidades importantes no metabolismo dos hidratos de carbono, a célula cancerosa utiliza preferencialmente a glicose como substrato energético, dez a cinquenta vezes mais, comparativamente às células normais, o que indica que a presença do tumor aumenta o consumo de glicose, o tumor torna-se o maior consumidor de glicose, enquanto o doente é estimulado de diversas formas a fabricá-la, (Silva, 2006).

De entre as alterações metabólicas destacam-se o catabolismo intenso das reservas de carboidratos, os desajustes metabólicos têm sido observados em etapas avançadas do processo neoplásico assim como na disseminação metastática, quer a intolerância à glicose resultante do aumento da resistência à insulina e a libertação inadequada de insulina tem sido descritos e ocorrem em 60% dos doentes com tumores malignos, (Silva, 2006).

Devido ao elevado consumo de glicose, a gliconeogênese e o ciclo de Cori encontram-se em níveis aumentados para a conversão do lactato e outras substâncias em glicose objetivando a manutenção glicémica, este processo provoca ao doente, um prejuízo energético de 300 kcal/ dia, (Silva, 2006).

O nível de glicose abaixo do valor normal recorrente e persistente tem como efeito um aumento nos números de transportadores de glicose na barreira hematoencefálica, de forma a manter o nível de glicose no líquido cefalorraquidiano tão perto da normalidade quanto possível, é por este motivo que os doentes com hipoglicemias recorrentes conseguem manter a consciência, mesmo com níveis de glicose sanguínea mais baixos, sem terem sintomas adrenérgicos significativos, (do Vale, 2010).

Os sintomas de hipoglicemia podem ser divididos em dois grupos: os sintomas neuroglicopénicos e sintomas autonómicos. O primeiro grupo de sintomas resulta da privação de glicose no SNC, e inclui entre outras, alterações comportamentais (sensação de calor, fraqueza, confusão e dificuldade de concentração, astenia, lipotimia, dificuldade em falar, visão distorcida). No caso de se verificar uma hipoglicemia prolongada, poder-se-ão verificar convulsões, danos cerebrais irreparáveis e até morte.

Os sintomas autonómicos são o resultado da ativação do sistema nervoso autónomo (ativação simpática-adrenal), resultante da hipoglicemia e incluem sudorese, fome, parestesias, tremor, palpitações, ansiedade e nervosismo, (do Vale, 2010).

Podemos reverter a hipoglicemia rapidamente, restabelecendo o nível de açúcar no sangue pela administração de glicose hipertônica ou hidratos de carbono de ação rápida.

A glicemia deve ser controlada com tiras reativas, se abaixo de 60 mg/dl, o tratamento num doente consciente pode passar pela administração de 15 gr de hidratos de carbono de ação rápida, 100 ml de sumo natural sem adição de açúcar ou três rebuçados; em meio hospitalar administra-se por via endovenosa duas fórmulas de glicose hipertônica. Após 5 minutos a glicemia deve ser novamente avaliada, se permanecer nos 60 mg/ml ou inferior a este valor deve-se administrar novamente glicose até à reposição da normalidade e após esta deve-se tentar a ingestão de hidratos de carbono de ação lenta, para ajudar a repor as reservas de glicogénio. Em doentes inconscientes a administração de oral de glucose não deve ser tentada, para além da administração de dextrose, pode-se aplicar 1 mg de glugacon por via subcutânea, levando o fígado a libertar a sua reserva de glicogénio, (do Vale, 2010).

O regime nutricional é uma parte importante da terapia, o doente deve ter ensino sobre nutrição e planos de refeição flexível e adaptados à sua condição, os problemas alimentares não são simples para o doente, mas a sua gestão determina o sucesso do tratamento, o enfermeiro pode fornecer informação nutricional básica e supervisionar a administração de alimentos.

2.2.3– Morte com dignidade comprometida

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções Planeadas	Resultado Esperado
Morte com dignidade comprometida	<ul style="list-style-type: none">• Monitorizar frequência cardíaca• Monitorizar tensão arterial• Vigiar atividade psicomotora• Vigiar respiração• Gerir ambiente físico• Gerir terapêutica• Executar técnicas de relaxamento• Facilitar serviços religiosos• Motivar comunicação de emoções• Motivar comunicação de pensamentos• Promover escuta ativa	Dignidade parcial na morte

Quadro 5 – Diagnóstico de Enfermagem, Intervenções Planeadas e Resultado esperado para morte com dignidade comprometida

Etimologicamente, o termo dignidade deriva do latim *Dignitate*, e tem a ver com o merecer consideração, estima, o ser tratado com respeito, que é devido a todas as pessoas, que terão de ser fim e não meio, sempre e em todas as circunstâncias.

Os enfermeiros cuidam de pessoas, que na maioria das vezes, se encontram vulneráveis e que, com frequência se apresentam relativa ou totalmente dependentes para realizar as suas atividades de vida diária autonomamente.

Os cuidados de enfermagem ao doente terminal inserem-se numa área complexa, na medida em que, muitas vezes, os profissionais de saúde são confrontados com os seus próprios sentimentos no que se refere à morte.

Por prestar cuidados ao longo do ciclo vital, proteger e respeitar a dignidade da pessoa surge como um princípio fundamental para a enfermagem.

No Código Deontológico dos Enfermeiros, o artigo 86.º - Do direito pela intimidade, o enfermeiro assume o dever de: a)respeitar a intimidade de pessoa e protegê-la de ingerência na sua

vida privada e na da sua família; b) salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na tarefa que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa.

No artigo 87.º - Do respeito pelo doente terminal, é referido que o enfermeiro, ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal, assume o dever de: a) defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida; b) respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas; c) respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte. Assim *“é dever do enfermeiro assegurar o direito primordial da pessoa a morrer com dignidade, princípio consagrado em todas as cartas de direitos dos doentes.”*

Também o artigo 81.º- Dos valores humanos, o enfermeiro assume o dever de: a) cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa, e) abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida.

No artigo 89.º- Da humanização dos cuidados o enfermeiro assume o dever de: a) dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade.

No REPE (art. 4, 1.), a enfermagem “(...) tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, para que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.”

Segundo Pacheco (2002) os direitos do doente terminal em alguns aspetos não são devidamente tidos em linha de conta, nomeadamente a importância de cuidar quando já não é possível curar, e morrer com dignidade é, sobretudo, morrer no tempo certo – sem antecipação ou adiamento da morte – e da forma certa – sem dor, sem sofrimento e acompanhado.

Os desafios éticos que se colocam perante o doente em fase terminal estão relacionados com os últimos momentos de vida, pois ainda temos doentes que morrem com dor e sozinhos.

Para ajudar os doentes em fase terminal devemos promover-lhes um atendimento humano, personalizado e com respeito pelas suas escolhas, procurando promover uma morte digna.

Segundo Bailey (2001) torna-se importante cultivar o respeito pela morte, pois com frequência é mal compreendida e aceite. Também Machado e Figueiredo (2002) referem que os doentes, numa situação de morte, não devem ser expostos a quem não tem perfil humanitário, e que é indispensável nestes momentos, necessário facultar um ambiente confortável onde o

profissional de saúde esteja disponível para dar apoio emocional ao doente e familiares respeitando-os em toda a sua dignidade. Os enfermeiros assumem um papel de extrema relevância, na medida que são os profissionais que mais tempo permanecem junto dos doentes e familiares, assim, devem promover um ambiente calmo e tranquilo mostrando disponibilidade, para poderem contribuir, não só, para o alívio do sofrimento físico, mas também, para o alívio do sofrimento espiritual, que por vezes, é esquecido.

CONCLUSÃO

Após a realização deste trabalho, consideramos que a análise desta temática baseada no processo de enfermagem, com enquadramento teórico num modelo conceitual de enfermagem e utilizando a CIPE, permitiu adquirir e desenvolver conhecimentos relativamente à evolução do conceito de Supervisão Clínica em Enfermagem, a nível Nacional e Internacional.

Foi de extrema importância a aquisição de saberes nas dimensões ética, jurídica e deontológica da supervisão de cuidados em enfermagem, uma vez que é uma ferramenta essencial dos cuidados e na decisão ética de enfermagem que visa promover a excelência dos cuidados de enfermagem.

A relação com a tomada de decisão do enfermeiro, com a evidência científica para a prática de enfermagem mas também com as competências do enfermeiro especialista, obrigou-nos a mobilizar uma sucessão de conhecimentos que foram permitindo construir o trabalho nos moldes apresentados. Do enfermeiro especialista se esperará um desempenho adequado na supervisão de cuidados, analisando com regularidade a praxis para minimizar o risco de complicações e promover práticas seguras e a melhoria contínua da qualidade, sendo a realização deste trabalho um particular exemplo.

O modelo teórico adotado foi o de Katharine Kolcaba, com a sua teoria do conforto. Esta premissa encaixa na perfeição com as características do caso apresentado, pois o conforto surge como pedra basilar nos cuidados ao doente terminal.

Consideramos os objetivos inicialmente propostos atingidos. Porém, o caso não foi resolvido uma vez que a doente faleceu. Ainda assim, os conhecimentos adquiridos e desenvolvidos durante a reflexão do caso serão certamente fulcrais para a resolução de casos futuros de natureza idêntica.

Bibliografia

- ABCP . (2011). *Revista Brasileira de Cuidados Paliativos*, pp. 5-25.
- Abreu, w. c. (2004). *Supervisão Clínica em Enfermagem: pensar as práticas, gerir a informação e promover a qualidade*. Obtido em 6 de junho de 2012, de <http://lusomed.sapo.pt/Xn320/367168.html>.
- Abreu, W. C. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico*. Coimbra: Formasau.
- Abrunhosa, M. (2000). *Cuidados Paliativos. Promoção e proteção da saúde nas diferentes fases de vida - o doente terminal*.
- Bailey, A. (2001). *Morte: A grande aventura*. Niterói: Fundação Cultural Avatar.
- Benner. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Deodato, S. (Outubro-dezembro de 2010). *Supervisão de Cuidados: Uma estratégia Curricular em Enfermagem. Percursos*, pp. 3-7.
- do Vale, B. M. (2010). *Hipoglicemias. Causas, diagnóstico e abordagens terapêuticas*.
- Doenges, M. E., & Moorhouse, M. F. (1994). *Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnóstico de Enfermag: um texto interactivo*. Lisboa: Lusodidacta.
- Figueiredo, W. M. (2002). *Cuidar e ser Cuidado: A dimensão subjetiva de uma experiência quase morte. Revista Enfermagem*, pp. 153-159.
- Garrido, A. (26 de junho de 2012). *A supervisão clínica e a qualidade de vida dos enfermeiros*. Obtido de <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/1/2008000333.pdf>.
- H.Gameiro, M. (2000). *Sufrimento na Doença*. Coimbra: Quarteto.
- Holloway, E. (1995). *Clinical Supervision: a systems approach*. USA: Sage Publications.
- Kolcaba, K. Y. (2002). *Confort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. New York: Springer.
- KRON, T. (1983). *Liderazgo y administracion en enfermeria* . México: Nueva Editorial Interamericana.
- Metzger, C. (2002). *Cuidados de Enfermagem e Dor: Avaliação da Dor, Modalidades de Tratamento e Psicologia do Doente*. Loures: Lusociência.
- Munson, C. (2002). *Handbook of Clinical Social Work Supervision* . Binghamton. The Haworth Press.

- Neto, I., & Barbosa, A. (2006). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrão de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor: Guia Orientador de Boa Prática. *Cadernos OE. série I*.
- Pacheco, S. (2002). *Cuidar a Pessoa em Fase Terminal: Perspectiva Ética*. Loures: Lusociência.
- Pearson, A., & Vaughan, B. (1992). *Modelos para o Exercício de Enfermagem*. Londres: Heinmamm Nursing.
- Plano Nacional de Cuidados Paliativos*. (s.d.). Obtido em 2 de Outubro de 2012, de www.pncp.
- Roque, C. M. (Março de 2010). Agonia- Últimos Momentos de um Doente Terminal.
- Silva, M. P. (2006). Síndrome da Anorexia e Caquexia em Portadores de Cancer. *Revista Brasileira de Cancerologia*, p. 63.
- Sorense, & Luckman. (1998). *Enfermagem Fundamental : Abordagem Psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.

APÊNDICE XXX
ARTIGO “ENFERMAGEM MULTICULTURAL NUM
SERVIÇO DE URGÊNCIA”

ENFERMAGEM MULTICULTURAL NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA¹

Multicultural nursing in the Emergency Room

Anabela Pires

(Aluna do 1º Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica da ESS do IPS)

Portugal, é de forma cada vez mais visível um lugar de encontro onde vivem e se cruzam pessoas com uma grande diversidade de histórias e identidade e que apresentam um padrão de comportamentos e valores contrastantes com a cultura portuguesa, colocando aos enfermeiros o desafio de reconhecer a singularidade de cada indivíduo e de prestarem cuidados de enfermagem adaptados a cada Pessoa.

Pretendemos com este artigo fazer uma análise/reflexão sobre a importância de criar enfermeiros de referência para os doentes/famílias de etnia cigana no SUG e propor um conjunto de competências que permitam a prestação de cuidados de enfermagem culturalmente adequados às suas necessidades. Damos também a conhecer as funções e o perfil de competências do enfermeiro de referência do SUG do Hospital X, para a etnia cigana.

Palavra Chave: Competência Cultural; Cultura; Doença; Enfermeiro de Referência; Etnia Cigana

Portugal is more and more a place of encounter where many people with a diversity of histories and identities that contrast with the Portuguese culture. This situation presents to nurses the challenge of recognizing the singularity of each individual and the necessity to offer personalized care.

With this article we intend to do an reflexion about the importance of create reference nurses for the patients/ families of gypsy ethnicity while proposing a group of competences that allow nurses to provide nursing cares appropriate to their specific needs.

Key words: Cultural Competencies; Culture; Disease; Reference Nurse; Gypsy Ethnic.

¹ Este artigo surge como um requisito da frequência do 1º Mestrado Médico-cirúrgico na ESS IPS e tem como ponto de partida um trabalho realizado nesse âmbito “Descrição de competências do enfermeiro de referência para os doentes/famílias de etnia cigana”. Agradecemos à professora Tutora e Enfermeiras Orientadoras, as suas contribuições para a sua realização.

INTRODUÇÃO

Este artigo apresenta-se como um pequeno contributo para que o doente/família de etnia cigana, que recorre ao serviço de urgência, receba cuidados de enfermagem culturalmente adaptados às suas necessidades. No presente texto descrevem-se alguns princípios orientadores para que os enfermeiros se possam constituir como figuras de referência para a comunidade cigana, assim como uma definição das suas competências (fundamentadas nas competências do enfermeiro de cuidados gerais definidas pela Ordem dos Enfermeiros), para que se estabeleçam como uma ferramenta para a edificação de relações interculturais e como atores num projeto de mudança.

1. DA CULTURA DA SAÚDE E DA DOENÇA

O conceito de saúde/doença é alterado, modificado e influenciado segundo os contextos históricos, filosóficos, culturais, económicos, sociais e científicos, (Sousa J. E., 2006).

Desde sempre de uma forma natural, porque necessária, os povos procuraram as causas e a fonte das doenças, por vezes com explicações sobrenaturais para explicar os fenómenos de saúde e de doença, (Sousa J. E., 2006).

Stanhope (1999) confere um carácter universalista e intrínseco à consciência dos estados de saúde e de doença e segundo Sousa (2006), os homens sempre procuraram a casualidade dos fenómenos que influenciaram com a sua saúde, procurando agir sobre a doença, a incapacidade e a morte.

Simplificadamente e considerando o modelo biomédico de “saúde”, podemos definir saúde como a ausência de doença e inversamente a doença como a ausência ou perturbação da saúde e neste caso só se considera as perturbações que se processam na dimensão física ou biológica da pessoa o que a torna extremamente redutora, pois não apreende a complexidade e globalidade do ser humano na sua relação com o meio ambiente. Tomey (2002, p. 172) considera a saúde como “*a unidade e a harmonia entre mente, corpo e espírito*” e a doença como um desequilíbrio entre estas três esferas do indivíduo.

Em 1948 a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como “*um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença*”, alargando o conceito e incluindo as componentes psicológicas e sociais do ser humano e considerando-o como um todo indissociável.

Sousa (2006, p. 56) refere o caráter utópico desta definição por não dar ênfase aos aspetos adaptativos das pessoas face às suas perturbações, a saúde deve “*(...) ser enquadrada no âmbito de uma visão holística da pessoa no contexto de uma determinada cultura*”. Para Reis (1998, p. 40) os conceitos de saúde e doença estão dependentes de “*significações pessoais e de normas sociais e culturais*”.

A antropologia médica relaciona e reconhece as crenças e exercícios das práticas de cuidados de saúde com a cultura da sociedade em estudo, o entendimento das reações das pessoas aos fenómenos de doença, morte, passa pelo reconhecimento do aporte cultural dessas pessoas e da forma como aconteceu o seu processo de socialização, quais os seus valores, no que acreditam? (Sousa J. E., 2006).

Sousa (2006, p. 55) citando Ribeiro (1998) refere que “*(...) conceitos como os de saúde, de doença (...) refletem os valores, as crenças, os conhecimentos, as atividades, em suma, a cultura da sociedade, partilhada por todos os seus membros (...)*”.

A saúde existe assim como uma soma de todos os fatores que agem sobre a vida dos indivíduos – sexo, idade e genética – fatores não modificáveis e aqueles que são potencialmente modificáveis como o comportamento, os meios de vida, aspetos culturais e socioeconómicos. Quando se fala de saúde teremos de referir o processo de interação entre os seres humanos e o meio social que influencia o bem-estar físico e psíquico, variáveis como o género, a idade, a etnia e a classe social são fatores que influenciam de forma negativa ou positiva a saúde.

Pertencer a um grupo étnico minoritário que sofra desigualdades socioeconómicas, desigualdades no acesso ou utilização desigual dos serviços de saúde por falta de adaptação ou inclusão pode influenciar a saúde das pessoas e das comunidades, (Fundación Secretariado Gitano, 2007).

A cultura entendida como algo que engloba os costumes, as leis, as concepções do mundo e tudo aquilo que permite a vida em sociedade, compreende também as representações do corpo, saúde e doença. As diversas comunidades não têm a mesma perceção sobre a saúde/doença, estes conceitos são socialmente construídos, definidos e tipificados por cada cultura, por sua vez cada cultura cria os seus procedimentos terapêuticos e alternativas para recuperar a saúde, (Sousa J. E., 2006).

Existem diferentes modelos culturais que estabelecem as formas como as comunidades se comportam em relação à higiene, alimentação, sexualidade, exercício físico, sono, entre outros, assim há percepções distintas em relação à dor e aos sintomas. Devemos considerar a doença como uma forma de expressão cultural e para que seja considerada doença é necessário que a sociedade a considere como tal, (Sousa J. E., 2006).

O enfermeiro deve assim informar-se sobre o diferencial de saúde e doença que o doente construiu ao longo do seu processo de vida ancorado nas suas crenças, costumes e culturas, (Sousa J. E., 2006).

2. DA COMPETÊNCIA CULTURAL

Numa proposta de humanização que considera a pessoa, na sua extensão espiritual, mas que não exclui a salvação do seu corpo, estas duas dimensões são igualmente importantes mas contudo insuficientes; para além desta fragmentação cartesiana é fundamental considerar e preservar a identidade da pessoa durante o decurso da doença, para tal é imprescindível ter *competência cultural*, (Pereira, 2011).

Stanhope (1999, p. 130) define competência cultural como “(...) *um processo contínuo que resulta de uma inter-relação de fatores que motiva as pessoas a obter conhecimentos, perícia e habilitações para cuidar de indivíduos, famílias e comunidades*”.

De acordo com a mesma autora os objetivos da enfermagem culturalmente competente são providenciar cuidados que correspondam às necessidades culturais dos utentes e incluem quatro princípios básicos:

- *Os cuidados são concebidos para um doente específico.*
- *Os cuidados são baseados na singularidade da cultura da pessoa e incluem normas e valores culturais.*
- *Os cuidados incluem estratégias de delegação de poderes que facilitem a toma de decisões do utente nos comportamentos relativos à saúde.*

Os cuidados são prestados com sensibilidade para com a singularidade da cultura dos doentes, Stanhope, (1999, p. 130).

De forma a expressar a competência cultural nos processos de doença é necessário por um lado, a determinação de um campo de conhecimento e por outro lado profissionais de saúde que ajam nos processos de doença. Na área do conhecimento que foca a cultura, podemos considerar o saber

antropológico, a cultura instituiu-se como objeto de estudo da antropologia desde a sua fundação até a atualidade. No que diz respeito aos profissionais, todos os que exercem ação terapêutica devem ter competência cultural. Os enfermeiros pelos seus ideais holísticos, pela sua proximidade à pessoa doente e pela sua sensibilidade cultural são atores privilegiados neste processo, contribuindo para a humanização dos cuidados de saúde, (Pereira, 2011).²

O antropólogo Tylor (1920, p. 1) definiu cultura como “*um conjunto complexo que compreende os conhecimentos, as crenças, a arte, o direito, a moral, os costumes e todas as outras aptidões e hábitos que o homem, enquanto membro de uma sociedade adquire*”.

Para Stanhope (1999, p. 128) cultura surge como “*(...) o conjunto de valores, ideias e crenças sobre a vida que são partilhados por um grupo de indivíduos*” e citando Leininger refere que “*(...) cada indivíduo possui uma cultura com tradições que orientam o sentido de solucionar os problemas da vida.*”.

Por vezes os profissionais de saúde abordam a cultura de uma forma metonímica reduzindo-a a dimensões como a etnicidade, a língua, ou a nacionalidade, referindo o doente como o “doente cigano”, ainda que estes fatores culturais sejam importantes, *per si* não representam qualquer cultura, por outro lado, por vezes, os enfermeiros reportam-se a uma neutralidade relacional com o doente, encerrando a cultura neste último, ainda que sem realmente a considerar nos cuidados de saúde, embora estes cuidados sejam sempre interações sociais e culturais, pois quer o doente, quer o enfermeiro são possuidores de cultura, (Pereira, 2011).

Pereira (2011) refere que na abordagem ao fenómeno doença terá que se considerar o estado de doença socialmente reconhecido e a experiência subjetiva da doença, a competência cultural dos enfermeiros deve-se declarar através de uma aproximação etnográfica à experiência da doença, Marc Augè citado por Pereira (2011, p. 18) menciona que “*a doença é simultaneamente o mais individual e mais social dos eventos*”, logo é na interceção entre o individual e o sócio – cultural que a competência cultural se apresenta, (Pereira, 2011).

Surge assim a indispensabilidade de estabelecer princípios condutores de comportamento dos profissionais de saúde que enfoquem a componente cultural no exercício da prestação de cuidados, (Sousa J. E., 2006).

Stanhope (1999, p. 128) invoca a necessidade de mediação cultural quando emergem “*(...) incompatibilidades entre a cultura dos cuidados de saúde e a cultura dos clientes (...)*”.

² Nas competências C16; C14; C15, dos enfermeiros de cuidados gerais, definidas pela Ordem dos Enfermeiros, salienta-se a importância da dimensão cultural nos cuidados.

3. DA MEDIAÇÃO CULTURAL

Os mais recentes movimentos migratórios têm colocado num mesmo espaço pessoas com origens culturais diferentes transformando a sociedade onde vivemos numa sociedade pluricultural, este facto contribuiu para a importância da mediação como prática profissional em projetos de intervenção social e como forma de reconstrução de novos moldes sociais. Inicialmente orientada para a resolução de conflitos, tem sido nos espaços do campo dos profissionais do social que a mediação se tem declarado como um inovador recurso e pode-se constituir como uma resposta a problemas em que as soluções tradicionais se mostram inadequadas (Castro & Santos, 2011) citando Lemaire e Poitras (2004).

Em Portugal a mediação social iniciou-se na década de noventa e assistiu-se ao advento de um conjunto de experiências de mediação intercultural e de projetos ligados essencialmente a movimentos associativos, dando origem à introdução de inovações e ao alargamento do âmbito da sua intervenção transpondo a resolução de conflitos para a construção de relações interculturais entre indivíduos e ou diferentes comunidades. De acordo com Castro e Santos (2011) citando Freire (2009), a mediação impõe-se como um projeto de mudança construindo canais de diálogo e de capacitação para a participação dos indivíduos em esferas da qual se mantêm afastados, assim sendo a mediação social funciona como estratégia em todos os níveis em que é necessário reforçar a interculturalidade.

A mediação foi definida como “*Um meio de procura de acordo em que as pessoas envolvidas são ajudadas (...)*” (Oliveira, Galego, & Godinho, 2005) citando Sousa (2002, p. 19) e é aplicável em todas as situações em que os participantes necessitam de chegar a acordo e onde a comunicação entre as partes é incompleta ou deficiente. Giménez (2006, p. 142) acrescenta que a mediação intercultural pode ser definida como “*Modalidade de intervenção de terceiros em e sobre situações sociais de multiculturalidade significativa orientada para o reconhecimento do Outro e para a aproximação das partes, para a comunicação e compreensão mútua, para a aprendizagem e o desenvolvimento da convivência, para a regulação de conflitos e de adequação institucional, entre atores sociais ou instituições etno culturalmente diferentes.*”. É consensual que a mediação vai muito para além da resolução de conflitos, protagonizando um projeto de mudança por via da construção de canais de diálogo e de capacitação.

Alguns autores defendem que o mediador deve ter uma posição de neutralidade e imparcialidade face às partes envolvidas e que a figura do

mediador deve ser dotada de certas competências como a comunicação, a empatia e a relação com o Outro (Castro & Santos, 2011).

Por outro lado o Regulamento Profissional dos Enfermeiros (REPE, Regulamento Profissional dos Enfermeiros, 1996) no artigo 5º refere que os cuidados de enfermagem são caracterizados por:

”Terem por fundamento uma interação entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade.”

Configurando que a profissão de enfermagem assenta na comunicação e na relação com o Outro e baseando-nos no REPE podemos transpor a figura de mediação para o enfermeiro de referência para a cultura cigana estabelecendo alguns princípios orientadores do papel do enfermeiro de acordo com os autores acima citados e fundamentados nas competências do enfermeiro de cuidados gerais definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

De acordo com Castro & Santos (2011) destinatários ciganos valorizam num profissional de referência um conjunto de competências ligadas à dimensão comunicacional como a assertividade e empatia: carinhoso, amigo, aberto, agradável, disponível e com capacidade de diálogo. As posturas adotadas no exercício das suas funções como a paciência, ponderação, flexibilidade, neutralidade e calma são também referenciadas, há que ter igualmente em consideração a importância do reconhecimento do profissional de referência pela comunidade cigana e a sua credibilidade perante a mesma.

O autor acima citado refere que a mediação como forma de resolução de conflitos deve contemplar três princípios básicos:

- Posição neutra e informalidade. O enfermeiro deve manter uma posição neutral não representar nenhuma das partes, nem deve impor soluções, não existem soluções predeterminadas.
- Confidencialidade, assegurar o sigilo e transmitir confiança para que a pessoa possa expor os seus problemas.
- Voluntariedade, ambas as partes devem concordar com a mediação (Castro & Santos, 2011).

4. DAS FUNÇÕES E PERFIL DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE REFERÊNCIA

No âmbito da frequência do 1º Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na ESS do IPS, desenvolvemos um Projeto de Intervenção em Serviço na área da competência cultural, um dos objetivos consistia na identificação de um profissional de referência para a comunidade cigana que recorre ao

Hospital X, na descrição das suas funções e na construção de um perfil de competências desse enfermeiro.

Após uma análise e reflexão conjunta no seio da equipa de enfermagem do SUG da Instituição supra citada, foi construído um documento com o quadro de descrição de competências a partir da adaptação do documento emitido pela Ordem dos Enfermeiros em 2003 e pela revisão bibliográfica que se encontrou disponível sobre o tema .

A elaboração do perfil de competências do enfermeiro de referência para a comunidade cigana decorreu essencialmente da caracterização das competências profissionais do enfermeiro de cuidados gerais visto que estas competências são transversais a todos os enfermeiros independentemente do campo de ação e contexto de desempenho profissional, (Carrondo, 2006).

Das funções do enfermeiro de referência devem constar:

- Apresentar-se como enfermeiro de referência
- Fazer o acolhimento, entregar guia de acolhimento.
- Fazer a colheita de dados.
- Dar informações sobre: Horário e número de visitas, alimentação, estado de saúde do doente, normas da instituição, horário das informações.
- Facilitar a comunicação entre a instituição e as famílias de etnia cigana.
- Encaminhar o doente/ família para a assistente social ou outros profissionais.
- Avaliar os cuidados de enfermagem com a restante equipa.
- Transmitir a informação às pessoas que detêm a máxima autoridade no grupo presente.
- Transmitir a informação da comunidade cigana para a instituição e vice-versa.

O conceito de competência tem-se construído através de uma abordagem abrangente, construtivista e integrada que salienta o seu carácter dinâmico e complexo tentando ultrapassar o sentido tecnicamente original que subdividia a competência em atributos, tarefas primárias, tarefas secundárias e saberes, (Carrondo, 2006).

Para Alonso (2000, p. 21) competência é *“a capacidade de agir e reagir de forma apropriada perante situações mais ou menos complexas, através da mobilização e combinação de conceitos, procedimentos e atitudes pessoais, num contexto determinado, significativo e informado por valores”*.

As competências do enfermeiro de cuidados gerais estão definidas pela Ordem dos Enfermeiros desde outubro de 2003, de acordo com as

competências que integram o *ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurses*, do Conselho internacional de Enfermeiros.

De acordo com Council of Europe (1995) o enfermeiro tem como papel na sociedade colaborar para que os indivíduos/famílias/comunidades encontrem o seu potencial de saúde independentemente do âmbito onde vivem, executando funções como gerir e prestar cuidados de enfermagem quer ao nível da prevenção da doença, quer ao nível da promoção da saúde. O enfermeiro deve atuar dentro da equipe de saúde e da sociedade como membro ativo, tem como função formar/educar os doentes/famílias e incrementar uma prática de enfermagem baseada na reflexão crítica.

O perfil do enfermeiro de referência organizou-se em três dimensões, cada uma destas dimensões integra áreas de competência.

- Prática profissional e ética.

Na dimensão profissional e ética sobressai a responsabilidade deontológica enquanto profissional com um conhecimento específico que dá resposta às necessidades dos doentes/famílias, inclui assim como áreas de competência a responsabilidade pessoal e a responsabilidade ética (Carrondo, 2006).

- Prestação e gestão de cuidados.

A dimensão da prestação e gestão de cuidados envolve o conhecimento técnico, relacional e científico indispensável a um exercício profissional baseado na relação interpessoal focalizando cuidados de enfermagem de qualidade dirigidos à pessoa/família/comunidade, organiza-se em várias áreas de competência como promoção da saúde, planeamento, execução, avaliação, comunicação e relações interpessoais, cuidados de saúde interprofissionais, valorização profissional e formação contínua, (Carrondo, 2006).

- Desenvolvimento profissional

A dimensão do desenvolvimento centra-se nos processos de reflexão crítica e de formação, tendo em consideração o desenvolvimento pessoal e profissional, integra três áreas de competência; valorização profissional, melhoria da qualidade e formação contínua, (Carrondo, 2006).

4.1 QUADRO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE REFERÊNCIA

Competências do enfermeiro de referência
Domínio: Da responsabilidade e da promoção da ética na prática profissional
<p>Aceita a responsabilidade e responde pelas suas ações e pelos juízos profissionais que elabora.</p> <p>Consulta peritos em enfermagem quando os cuidados ao doente/família de etnia cigana requerem um nível de perícia que esta para além da sua competência atual.</p> <p>Consulta outros profissionais de saúde e organizações, quando as necessidades dos doentes/famílias de etnia cigana estão para além da sua área de exercício.</p> <p>Exerce de acordo com o código deontológico.</p> <p>Atua face às violações dos direitos humanos e na defesa dos direitos dos doentes/famílias de etnia cigana.</p> <p>Garante a confidencialidade e a segurança das informações obtidas enquanto profissional, mantendo sigilo.</p> <p>Respeita o direito à privacidade do doente de etnia cigana.</p> <p>Respeita o direito do doente de etnia cigana à escolha de interlocutor do mesmo sexo referente aos cuidados de enfermagem e de saúde, (é importante o prestador de cuidados ser do mesmo sexo de forma a evitar constrangimentos).</p> <p>Reconhece as suas crenças e os seus valores e a forma como estes podem influenciar a prestação dos cuidados, avaliando o seu comportamento cultural sem impor os seus próprios valores.</p> <p>Interpreta os seus preconceitos face a outras culturas e compreende o seu comportamento e a forma como este facilita ou interdiz a mediação, prestando cuidados culturalmente sensíveis.</p> <p>Respeita os valores, crenças, práticas, estilos de vida e estratégias de resolução de problemas da cultura do doente e comunidade cigana.</p>

Domínio: Prestação e gestão de cuidados.

Prestação e gestão de cuidados.

Aplica os conhecimentos acerca da cultura cigana e usa as técnicas mais adequadas na resolução ou prevenção de conflitos.

Resolve conflitos aplicando pensamento crítico e técnicas de resolução de problemas

Atua como recurso para a comunidade, famílias, doente de etnia cigana que enfrentam desafios colocados pela saúde e especialmente em caso de morte.

Apresenta a informação de forma clara e sucinta, adequando a informação prestada à comunidade cigana, na transmissão de informação em caso de morte deve-se ser cuidadoso.

Da promoção da saúde.

Trabalha em colaboração com outros profissionais na resolução dos conflitos e na promoção de cuidados culturalmente competentes.

Vê o doente/família de etnia cigana numa perspetiva holística tendo em conta as múltiplas determinantes da saúde.

Aplica o conhecimento que tem acerca da cultura cigana articulando com os recursos existentes de forma a promover a saúde e a educação para a saúde, esclarecendo em que situação se deve realmente recorrer ao serviço de urgência, e incentivar a ida ao centro de saúde para problemas de menor gravidade e fornecendo informação sobre os recursos disponíveis na comunidade.

Atua de forma a dar poder aos indivíduos/ famílias/ comunidade de etnia cigana para a adoção de estilos de vida saudáveis, reforçando a importância de medidas preventivas na área da saúde.

Demonstra compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crença sobre a saúde de indivíduos/ famílias/comunidade de etnia cigana.

Reconhece o potencial da educação para a saúde nas suas intervenções saúde, aproveitando o saber e a permeabilidade das mulheres ciganas em relação às mudanças em geral e especificamente às relacionadas com a saúde.

Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com o doente/ família de etnia cigana.

Do planeamento

Formula o plano de cuidados de enfermagem em colaboração com os doentes/famílias de etnia cigana.

Consulta membros relevantes da equipa de cuidado de saúde e sociais.

Garante que os doentes/famílias de etnia cigana recebem e compreendem a informação necessária para o consentimento dos cuidados, adequando a linguagem.

Da execução.

Pratica a enfermagem de uma forma neutral e informal, exercendo a mediação de uma forma que respeite os limites de uma relação profissional com o doente/família.

Responde eficazmente em situações de conflito ou de necessidade de mediação e em situações inesperadas ou que se alterem rapidamente, ajuda as partes a encontrar uma solução comum e a resolver mal entendidos de origem cultural.

Avaliação.

Colabora com os doentes/famílias de etnia cigana na revisão dos progressos, face aos resultados esperados.

Comunicação e relações interprofissionais.

Inicia e desenvolve relações terapêuticas com o doente/ família de etnia cigana através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais:

- Adequa a linguagem.
- Usa a criatividade e o bom humor.
- Utiliza um estilo cooperativo na procura da solução em caso de conflito.
- É aberto, carinhoso, amigo, agradável.
- Mostra disponibilidade.
- Sabe escutar.
- Sabe acolher.
- Mantém prudência, flexibilidade e criatividade.
- Saúda especificamente os homens ciganos (um detalhe que condicionará a confiança de “cabeça de família” e por conseguinte de todos os membros).
- Trata por tu as pessoas mais velhas da comunidade.

- Transmite a informação às pessoas que detêm a máxima autoridade dentro do grupo presente.

Assegura que a informação dada ao doente/ família/ comunidade de etnia cigana é apresentada de forma clara e apropriada.

Responde apropriadamente às questões, solicitações e aos problemas dos doentes/ famílias de etnia cigana, no respeito pela sua área de competência.

Comunica com o doente/família de etnia cigana de forma a dar-lhes poder.

Cuidados de saúde interprofissionais

Estabelece e mantém relações de trabalho com enfermeiros da urgência pediátrica em caso de necessidade.

Valoriza as capacidades de outros membros da equipa na prestação de cuidados culturalmente sensíveis.

Participa na tomada de decisão respeitante aos doentes de etnia cigana, conjuntamente com outros membros da equipa de saúde.

Tem em conta a opinião dos doentes / famílias de etnia cigana na tomada de decisão pela equipa interprofissional.

Domínio: Desenvolvimento profissional

Desenvolve a valorização profissional.

Promove a imagem profissional da enfermagem atuando como profissional de referência na instituição.

Contribui para o desenvolvimento da prática de enfermagem ao constituir-se como profissional de referência para a comunidade cigana.

Atua como um modelo de referência para outros profissionais e para a comunidade cigana.

Assume a responsabilidade de liderança quando for importante para a prática dos cuidados de enfermagem culturalmente congruentes, sensíveis e competentes e dos cuidados de saúde.

Da formação contínua.

Revê as suas práticas e se estão de acordo com resultados pretendidos.

Assume responsabilidade de aprendizagem e de manutenção de competências necessárias como enfermeiro de referência para a comunidade cigana.

Contribui para a formação e aperfeiçoamento profissional de colegas e estudantes na área da multiculturalidade.

Atua como profissional de referência eficaz.

Aproveita as oportunidades de aprender em conjunto com doentes/famílias da comunidade cigana a sua relação com saúde/doença e as suas crenças, valores e estilos de vida, contribuindo para os cuidados de saúde.

CONCLUSÃO

A relação da comunidade cigana com o sistema de saúde acontece essencialmente pelo contacto com o centro hospitalar, por vezes os conflitos surgem pelo desconhecimento sobre a organização e o seu funcionamento, por isso é essencial manter uma atitude de respeito em relação aos costumes ciganos, negociadora e esclarecedora das regras da organização de forma a ajudar a família/ doente na resolução de situações de potencial conflito, traçando canais de comunicação e de capacitação (Fundación Secretariado Gitano, 2007).

O uso excessivo que os membros da comunidade cigana fazem dos serviços de urgência está relacionado com a perceção da doença e a sua associação com a morte, a família entra num estado de luto que só termina quando o doente regressa a casa e por este motivo permanece à porta do hospital, onde recebe manifestações de solidariedade de outros familiares. Como tal a existência de um elemento mediador e de referência é fundamental para transmitir a informação da comunidade cigana para a instituição e vice-versa e para facilitar a comunicação entre a instituição e as famílias de etnia cigana. A definição de enfermeiro de referência no SUG para as comunidades ciganas ajudará à obtenção de um acompanhamento mais próximo e o desenvolvimento de uma relação de confiança (Fundación Secretariado Gitano, 2007).

A construção do perfil de competências e a descrição de funções do enfermeiro de referência para a comunidade cigana, apesar de não se poder generalizar, pode-se considerar um recurso para o desenvolvimento da qualidade das intervenções de enfermagem em contexto do serviço de urgência. A mediação intercultural é considerada pela Fundación Secretariado Gitano (2007) uma interposição que facilita o acesso apropriado ao sistema de saúde, contribuindo para atenuar as desigualdades e a prevenção de prováveis conflitos e uma ponte entre esta comunidade e os profissionais de saúde pelo facto de fomentar o intercâmbio entre os protagonistas.

Segundo a organização acima citada, incluir experiências piloto de mediação intercultural nos centros hospitalares possibilitará trabalhar com a população cigana aspetos que tem a ver com a promoção da saúde e o uso apropriado dos serviços, o conhecimento das condutas e códigos culturais é uma condição importante para mudanças significativas nos comportamentos.

Marie Françoise Collière, refere que, as situações de cuidados exigem mais do que competência cultural, contudo está configura-se como absolutamente relevante num mundo em mudança. A realidade é que

Portugal, é de forma cada vez mais visível um lugar de encontro onde vivem e se cruzam pessoas com uma grande diversidade de histórias e identidades, (Pereira, 2011).

Esta realidade cultural invoca a teoria do cuidar cultural de Leininger, esta é uma teoria que tem em conta a totalidade e a perspetiva holística da vida e da existência humana e permite aos enfermeiros aderir a uma nova forma de entendimento dos indivíduos, famílias e culturas, (Pereira, 2011).

BIBLIOGRAFIA

- Alonso, L. (2000). A construção de um referencial de competências chave para a cidadania e a empregabilidade. *Saber mais- revista para o desenvolvimento da educação e formação de adultos*.
- Carrondo, E. M. (Março de 2006). Formação profissional de enfermeiros e desenvolvimento da criança : contributo para um perfil centrado no paradigma salutogenico. Minho, Portugal: Instituto de estudos da criança .
- Castro, A., & Santos, M. (2010). *Na busca de Consensos para a Promoção da coesão Social - O Percurso Profissional dos Mediadores Municipais Ciganos*. CET - Centro de Estudos Territoriais ISCTE.
- Castro, A., & Santos, M. (2011). *Monitorização e Avaliação do Projecto Mediadores Municipais: Relatório de Síntese*. Lisboa: Centro de Estudos sobre a Mudança Socio-Económica e o Território ISCTE.
- Castro, A., Santos, M., & Knapie, S. (2010). *Projecto Mediadores Municipais - Relatório Final de Avaliação*. CET - Centro de Estudos Territoriais ISCTE.
- Collière, M. (1999). *Promover a vida, da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos enfermeiros portugueses, edições técnicas.
- Giménez, C. R. (2006). *Modelos de Mediation y Suaplicación en Mediation Intercultural*. Granada. Fundación Secretariado Gitano. (2007). Guia para a Intervenção com a comunidade Cigana nos Serviços de Saúde. Madrid: REAPN.
- International Council of Nurses, ICN. (2011). *Closing The Gap: Increasing Acces and Equity* (Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros - abril de 2011 ed.). (H. Castro, Trad.) Genève, Suíça: International Council of Nurses, ICN.
- Oliveira, A., Galego, C., & Godinho, L. (2005). *Mediação Sócio Cultural - Um Puzzle em Construção*. Lisboa: Observatório de Imigração.
- Ordem dos Enfermeiros. (Outubro de 2003). *Divulgar- Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa.
- Pereira, P. (setembro de 2011). Salvar a Pessoa : Contributos para a competência cultural dos enfermeiros nos processos de doença. *Pensar Enfermagem*, pp. 14-25.
- REPE. (4 de setembro de 1996). Ordem dos enfermeiros. Obtido de Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Sousa, J. E. (2006). *Os emigrantes ucranianos em Portugal e os cuidados de saúde*. Lisboa: Alto comissariado para a emigração e minorias étnicas.

Stanhope, M. (1999). *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Lisboa: Lusodidata.

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra - 5ª edição*. Loures: Lusociências.

Tylor. (1920). *Primitive Culture: Researches into the Development of Mythology, Philosophy, Religion, Language, Art, and Custom*. Londres: John Murray.