



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio**

**Cuidado Culturalmente Competente à Pessoa em
Situação Crítica: Uma Intervenção Especializada em
Enfermagem**

Cátia Sofia Xavier Martins

**Lisboa
2021**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio**

**Cuidado Culturalmente Competente à Pessoa em
Situação Crítica: Uma Intervenção Especializada em
Enfermagem**

Cátia Sofia Xavier Martins

Orientador: Professora Maria Augusta Grou Moita

**Lisboa
2021**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“O paradigma do cuidado holístico e individualizado à pessoa em situação crítica e sua família requer dos enfermeiros uma conciliação harmoniosa entre a mestria da tecnologia e a arte do cuidar”

(Sá, Botelho & Henriques, 2015).

AGRADECIMENTOS

À Professora Maria Augusta Grou Moita, pela dedicação, disponibilidade, orientação constante, suporte e motivação com que sempre me acompanhou neste percurso.

Aos orientadores dos locais de estágio, pelos momentos de partilha, reflexão e aprendizagem que me foram proporcionados.

Aos colegas e amigos do 10º Curso de Mestrado, por todo o apoio e camaradagem.

À minha família, especialmente à minha mãe, por estarem sempre presentes e pelo apoio incondicional para que me fosse possível aqui chegar.

Aos meus amigos que compreenderam a minha ausência e que estiveram presentes nos momentos de maior cansaço.

A todos, o meu sincero, muito obrigada.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DGS – Direção- Geral da Saúde

ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SU – Serviço de Urgência

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

WHO – World Health Organization

RESUMO

Este trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no plano de estudos do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Tem como finalidade expor as atividades e estratégias realizadas para o desenvolvimento de competências especializadas ao longo do terceiro semestre, tendo em consideração a problemática escolhida, ou seja, o Cuidado Culturalmente Competente à Pessoa em Situação Crítica.

O cuidado de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e sua família requer, por parte do enfermeiro, o desenvolvimento de habilidades técnico-científicas, comunicacionais, relacionais e das ciências humanas. Esta necessidade emerge quando se presta um cuidado centrado na pessoa e sua família, tendo em consideração as suas características únicas e individuais. Acrescem, ainda, os desafios impostos pela multiculturalidade, decorrentes dos processos migratórios e da globalização, para uma prática de cuidados que vise o bem-estar da pessoa cuidada e sua família, para o incremento da qualidade e o desenvolvimento da Praxis da Enfermagem. Surge, assim, por parte do enfermeiro, a necessidade de desenvolver competências especializadas para a gestão da diversidade cultural, caminhando para um cuidado mais centrado na pessoa e sua família e para uma Enfermagem Avançada.

O referencial teórico eleito, como linha orientadora de cuidados, foi o Modelo de Avaliação Transcultural de Giger e Davidhizar, uma vez que assenta no reconhecimento das diferenças culturais de cada pessoa e família e na prestação dos melhores cuidados, tendo como referencial a especificidade e unicidade de cada um.

PALAVRAS- CHAVE: Enfermeiros; Cuidado Culturalmente Competente; Pessoa em Situação Crítica; Serviço de Urgência; Unidade de Cuidados Intensivos.

ABSTRACT

This work is part of the Curricular Unit Internship with Report, included in the syllabus of the 10th Master's Degree Course in Nursing in the Specialization Area for Persons in Critical Ill Situation, at the Lisbon Nursing School. It's purpose is to expose the activities and strategies accomplished for the development of specialized skills during the third semester, taking into account the chosen problem, that is, the Culturally Competent Care of the Person in Critical Ill Situation.

Nursing care for the Person in Critical Ill Situation and their family requires, from the nurse as a professional, the development of technical-scientific, communicational, relational and human science skills. This need grows when providing care centered on the person and their family, taking into account their unique and individual characteristics. There are also challenges imposed by multiculturalism, resulting from migratory processes and globalization, for a practice of care that aims at the well-being of the person being cared for and their family, to increase the quality and development of Nursing Praxis. Despite, from the nurse, there is a need to develop specialized skills for the management of cultural diversity, moving towards a more centered care on the person and their family and towards Advanced Nursing.

The theoretical framework chosen as the guideline of Care was the Transcultural Assessment Model by Giger and Davidhizar, since it is based on the recognition of the cultural differences of each person and family and on the provision of the best care, having as a reference the specificity and uniqueness of each.

KEYWORDS: Nurses; Culturally Competent Care; Person in Critical Ill Situation; Emergency Service; Intensive Care Unit.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1.1. A Diversidade Cultural em Portugal	13
1.2. O Cuidado Culturalmente Competente à Pessoa em Situação Crítica	17
2. ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO	27
2.1. Contexto de Cuidados	28
2.2. Descrição e Análise das Atividades e Competências Desenvolvidas	31
CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74

APÊNDICES

Apêndice 1 – Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura

Apêndice 2 – Proposta de Cronograma de Atividades

ANEXOS

Anexo 1 – Certificado de participação na formação “Terapias Respiratórias Não invasivas em Contexto de Urgência”

Anexo 2 – Certificado de participação na formação “VNI – Parâmetros, Modos e Modalidades Ventilatórias”

Anexo 3 – Certificado de participação na formação “Terapia de Alto-Fluxo”

INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no plano de estudos do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL, 2010). Neste âmbito, foi proposta a realização de um Relatório, com a finalidade de analisar criticamente o percurso formativo ao longo dos estágios do terceiro semestre, assim como evidenciar as competências desenvolvidas ao longo do mesmo, para aquisição do grau de Mestre e futuro título de Enfermeiro Especialista (OE, 2018).

A área temática deste trabalho centra-se no *cuidado à pessoa em situação crítica em contexto multicultural*. A escolha desta problemática relaciona-se com os desafios que encontro diariamente na minha prática clínica, num Serviço de Urgência da área Metropolitana de Lisboa. Neste contexto, sou confrontada com várias dúvidas e questões no que se refere a um cuidado centrado na pessoa e nas suas diferentes dimensões, na vulnerabilidade decorrente da sua situação de doença crítica, tendo em conta a sua diversidade cultural.

A multiculturalidade a que atualmente estamos expostos, decorrente da globalização e do aumento da população migrante, levanta diferentes desafios no que concerne à comunicação, à gestão da diversidade cultural e aos cuidados de saúde, nomeadamente ao cuidado de enfermagem (Ramos, 2008). Este último, ao centrar-se na pessoa como ser único e individual, com as suas diferentes dimensões, deve também refletir o respeito pela sua diversidade cultural, ou seja, ser um cuidado culturalmente competente (Moita & Silva, 2016).

No ambiente altamente tecnológico que é requerido para a manutenção da vida da pessoa em falência orgânica, nem sempre são priorizados os cuidados centrados na pessoa, tendo em conta a sua especificidade e herança cultural (Monteiro & Mendes, 2013). Esta situação pode suscitar sentimentos de

ansiedade, insegurança e vulnerabilidade, sentimentos esses que podem ser atenuados quando é prestado um cuidado individualizado. Para tal, é necessário o estabelecimento de uma relação interpessoal entre pessoa cuidada e enfermeiro, baseada numa comunicação eficaz (McKinley, Nagy, Stein-Parbury, Bramwell & Hudson, 2002).

Cuidar da PSC, tendo em conta a sua complexidade e vulnerabilidade, implica, então, a prestação de um cuidado culturalmente competente. Este deve ter em consideração a unicidade de cada pessoa, com a sua herança cultural, desenvolvendo uma relação interpessoal sustentada numa comunicação eficaz para os melhores *outcomes* da pessoa cuidada (Dobrowolska et al., 2020). Esta é uma das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, como vem referido no Regulamento nº 429/2018 (OE, 2018), dado que o enfermeiro “gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica” (p. 19363).

Para a realização deste trabalho foi utilizado, como referencial teórico, o Modelo de Avaliação Transcultural de Giger e Davidhizar, uma vez que reflete um cuidado assente no reconhecimento das diferenças culturais de cada pessoa e família, tendo como referencial a especificidade e unicidade de cada uma, inserida no seu contexto cultural, ou seja, um cuidado culturalmente competente (Giger & Davidhizar, 2002b). Trata-se de uma perspetiva que vai ao encontro da visão do cuidar da atualidade.

Segundo Benner (2001), os cuidados mais avançados requerem o desenvolvimento de um nível de perícia por parte do enfermeiro. Este nível vai emergindo da reflexão sobre o conhecimento, que surge da procura de resolução de problemas e implementação de estratégias na prática clínica, em combinação com o conhecimento oriundo da evidência científica e o conhecimento empírico do enfermeiro. Na perspetiva de Benner (2001), “a perícia desenvolve-se quando

o clínico testa e refina propostas, hipóteses e as expectativas fundadas sobre os princípios, em situações da prática real. (...) A experiência é por isso necessária para a perícia” (p.32).

Para uma prestação de cuidados assente numa perspetiva de melhoria e desenvolvimento de competências, indo ao encontro do referido anteriormente, parece-me relevante fazer referência ao Modelo de Dreyfus. Este remete para a importância da experiência em articulação com o conhecimento científico no desenvolvimento e aquisição de competências, através de cinco níveis de mestria: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2001).

Neste sentido, o meu percurso de aquisição de competências foi enriquecido pela realização dos estágios propostos, em dois momentos distintos, que envolveram a experiência de cuidados em contexto de SU e Unidade de UCI, ambos em Hospitais da Área Metropolitana de Lisboa. Para delinear as competências que me propus desenvolver, apoiei-me nos objetivos do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica (ESEL, 2010), no Decreto-Lei n.º65/2018, artigo 16º (Decreto-Lei n.º65/2018 de 16 de agosto) em concordância com os descritores de Dublin para o 2º Ciclo de formação e nas competências comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019) e específicas do Enfermeiro Especialista na Área da Pessoa em Situação Crítica (OE, 2018).

Este percurso formativo teve como finalidade *desenvolver competências especializadas na prestação de um cuidado culturalmente competente à pessoa em situação crítica*, tendo como objetivos específicos:

- Desenvolver competências promotoras de uma enfermagem avançada, perspetivando a evolução e melhoria dos cuidados prestados, tendo em conta a evolução dinâmica dos conceitos de saúde, doença e cuidar e suas implicações nas políticas de saúde e organização dos cuidados à PSC em contexto multicultural;

- Demonstrar conhecimento através da prática reflexiva e pensamento crítico na prestação de cuidados à PSC em contexto multicultural, tendo em consideração as dimensões éticas e sociais decorrentes da mesma;
- Desenvolver competências na prestação de cuidados à PSC, envolvendo a família/cuidador, tendo em conta um cuidado centrado na pessoa e suas diferentes dimensões, em contexto multicultural;
- Desenvolver estratégias para o estabelecimento de uma relação terapêutica com a PSC e sua família para um cuidado culturalmente competente;
- Desenvolver competências na área de prevenção e controlo de infeção à PSC, seguindo as normas de boas práticas.

Para a realização deste trabalho, foi utilizada a metodologia descritiva-reflexiva, através da análise e reflexão da bibliografia sobre a temática a desenvolver, em articulação com as experiências vivenciadas em contexto de estágio e com a minha prática clínica. É constituído por dois capítulos, onde no primeiro figura o enquadramento teórico sobre a problemática em estudo e o modelo conceptual que sustentou a minha prática clínica, o Modelo de Avaliação Transcultural de Giger e Davidhizar; e no segundo, figuram as atividades realizadas e a análise crítica do processo de desenvolvimento de competências ao longo dos dois momentos de estágio.

Este trabalho segue as regras impostas pelo Guia Orientador para Elaboração de Trabalhos Escritos da ESEL (Godinho, 2020), tendo-se procedido à referenciação segundo as normas da *American Psychological Association* (APA).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo será abordada a diversidade cultural existente em Portugal e serão explanados os conceitos inerentes ao cuidado culturalmente competente à PSC, evidenciando-se o Modelo de Avaliação Transcultural de Giger e Davidhizar.

1.1. A Diversidade Cultural em Portugal

A globalização e os processos migratórios, com que nos deparamos atualmente, contribuem para um constante contato com pessoas de diferentes culturas e modos de vida, o que leva a uma multi/interculturalidade das sociedades (Ramos, 2008).

Os dados estatísticos da Eurostat (2021) evidenciam esta situação, sendo que, em 2019, 21.8 milhões de cidadãos não Europeus residiam na União Europeia, o que representa 4,9% do total de habitantes. De salientar, também, de acordo com a mesma fonte, que 13.3 milhões de pessoas naturais de um Estado-Membro da União Europeia eram imigrantes noutro Estado-Membro.

Portugal acompanhou a tendência da União Europeia, tendo-se verificado um aumento exponencial da população migrante (Machado et al., 2020). Em 2019, encontravam-se a residir em Portugal, com título de residência válido, 590.348 cidadãos estrangeiros, o que representa 5,7% da população portuguesa (Machado et al., 2020). A nacionalidade brasileira é aquela que tem mais expressividade em território nacional, representando 25,6% do total da população imigrante no país, seguindo-se Cabo Verde com 6,3%, o Reino Unido com 5,8%, a Roménia com 5,3% e a Ucrânia com 5% (Machado et al., 2020).

De enfatizar, o aumento do fluxo migratório com mais 110,3% de pedidos de título de residência no ano de 2019, comparativamente ao ano de 2017 (Oliveira, 2020), por motivo de reagrupamento familiar, atividade profissional e estudo (Machado et al., 2020). Mais uma vez, é a população brasileira que tem mais representatividade nestes pedidos, seguindo-se as pessoas oriundas de países da União Europeia (Oliveira, 2020). De destacar, ainda, uma forte preponderância do pedido destes títulos para o desenvolvimento de atividade profissional, por parte da população indiana e nepalesa (Oliveira, 2020).

Importante, também, fazer referência ao aumento de 45,3% de pedidos de asilo em 2019, face ao ano anterior (Machado et al., 2020). As pessoas do continente Africano são aquelas que mais requereram asilo em Portugal, seguindo-se as do continente Americano e Asiático (Machado et al., 2020).

Em 2019, 44,1% da população migrante em Portugal encontrava-se a residir no distrito de Lisboa, tendo uma maior representatividade no município de Lisboa, onde 19,4% da sua população é oriunda de países estrangeiros (Oliveira, 2020). Assume-se que esta distribuição populacional esteja relacionada com a oferta de trabalho e as redes sociais de interajuda, decorrentes dos fluxos migratórios anteriores (Oliveira, 2020). A Câmara Municipal de Lisboa (2018), no Plano Municipal para a Integração de Imigrantes de Lisboa 2018-2020, evidencia que as populações estrangeiras com maior representatividade, tendo estatuto legal de residência, são provenientes do Brasil, da China e do Nepal.

Segundo o Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2019, emitido pelo Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (Machado et al., 2020), 81,1% dos cidadãos estrangeiros a residir em Portugal encontram-se na faixa etária entre os 25 e os 44 anos de idade. Verifica-se, então, que a população migrante em Portugal é, preponderantemente, uma população jovem, o que parece estar relacionado com os motivos da migração, nomeadamente questões económicas e laborais (Oliveira, 2020). Porém, de realçar uma ligeira mudança no perfil migratório, com

o incremento de pessoas imigrantes em idade de reforma (Oliveira, 2020). Não obstante esta situação, mantém-se a tendência de uma população imigrante mais jovem, em idade ativa e fértil, o que atenua os efeitos do envelhecimento demográfico da população portuguesa (Oliveira, 2020).

Segundo Oliveira (2020), a população migrante em Portugal, comparativamente com a população autóctone, tende a considerar-se mais saudável, tendo uma menor prevalência de doenças crónicas e de absentismo laboral por doença. O mesmo resultado tinha já sido encontrado no estudo realizado por Campos Matos, Alarcão, Lopes, Oiko e Carreira (2015), com imigrantes do subcontinente indiano, a residir em Lisboa, bem como na pesquisa de Dias et al. (2018), com imigrantes brasileiros, dos países de língua oficial portuguesa e do leste europeu, a residir na área metropolitana de Lisboa. Este aspeto, de acordo com Oliveira (2020), parece estar relacionado com o fato de a população estrangeira em território nacional ser, maioritariamente, de uma faixa etária mais jovem. Porém, de realçar que esta população poderá, também, estar mais vulnerável a problemas de saúde decorrentes do processo migratório (Oliveira, 2020). A OMS (WHO, 2018) faz notar que, no processo migratório, não podem ser ignorados os determinantes sociais de saúde e os riscos e a exposição a que a pessoa está sujeita no ambiente do país de origem, no percurso migratório e no país de acolhimento, os quais interagem com fatores biológicos e sociais, criando diferentes resultados em matéria de saúde.

Nesta perspetiva, as condições socioeconómicas mais desfavorecidas, nomeadamente condições de trabalho precárias com exposição a maior sinistralidade laboral, piores condições de habitabilidade, maior número de fatores de risco de saúde, como deficiente alimentação, hábitos tabágicos e alcoólicos, dificuldades de comunicação e de compreensão do sistema de saúde, podem influenciar o bem-estar e saúde da população migrante (Oliveira, 2020). Também e não menos importante, a discriminação e estigmatização de que os

migrantes podem ser vítimas, assim como os próprios conceitos de saúde e doença que cada cultura lhe atribui, podem ter interferência nestes dados (Oliveira, 2020).

A OMS (WHO, 2018) destaca que os refugiados e imigrantes podem estar mais vulneráveis a doenças infecciosas como a Tuberculose Pulmonar, a infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana e a Hepatite B e C, bem como Diabetes e Enfarte Agudo do Miocárdio. A mesma fonte evidencia ainda a prevalência de depressão, ansiedade e stress pós-traumático, os quais podem estar presentes em qualquer fase do processo migratório.

A população migrante em Portugal tende a procurar menos os cuidados de saúde que a população autóctone e, quando o faz, é primordialmente por doença (Oliveira & Gomes, 2018). Não obstante pertencerem a uma faixa etária mais jovem e previsivelmente mais saudável, é importante atender à possibilidade da existência de barreiras e fatores que os afastam da utilização dos cuidados de saúde oferecidos pelo país de acolhimento (Oliveira & Gomes, 2018). Destas barreiras, podem destacar-se os constrangimentos legais, administrativos e custos, a falta de recursos do próprio Serviço Nacional de Saúde e o receio de serem identificados pelas autoridades quando em situação irregular no país (Campos Matos et al., 2015; Dias et al., 2018; Oliveira & Gomes, 2018). Os resultados do estudo de Dias et al. (2018) evidenciam, ainda, que estar há pouco tempo em Portugal, encontrar-se sozinho e a barreira linguística, são também fatores que condicionam o acesso e utilização dos serviços de saúde.

Oliveira (2020), fazendo referência à Entidade Reguladora da Saúde (2015), realça a inexistência de dados sobre os motivos que levam a população migrante em Portugal a recorrer aos cuidados de saúde e a sua acessibilidade aos mesmos. Por conseguinte, segundo a mesma autora, esta lacuna de conhecimento pode constituir-se como um obstáculo, não sendo desenvolvidos os planos de ação mais adequados para a satisfação das necessidades em saúde dos imigrantes.

Esta situação pode ter um impacto significativo na vida da população migrante, sendo a sua capacidade de recorrer e melhor usufruir dos cuidados de saúde oferecidos, um determinante da integração no país (Oliveira & Gomes, 2018).

Pelo exposto anteriormente, fica evidenciado que a crescente multiculturalidade, decorrente dos processos migratórios, levanta novos desafios aos cuidados de saúde, sendo necessário, por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, o desenvolvimento de novas estratégias para a gestão desta diversidade cultural (Ramos, 2008).

1.2. O Cuidado Culturalmente Competente à Pessoa em Situação Crítica

O cuidado de enfermagem à PSC e sua família requer, por parte do enfermeiro, o desenvolvimento de habilidades técnico-científicas, comunicacionais, relacionais e das ciências humanas. Esta necessidade emerge quando se presta um cuidado centrado na pessoa e sua família, tendo em consideração as suas características únicas e individuais. Acrescem, ainda, os desafios impostos pela multiculturalidade, decorrente dos processos migratórios e da globalização, para uma prática de cuidados que vise o bem-estar da pessoa cuidada e sua família, o incremento da qualidade e o desenvolvimento da Praxis de Enfermagem.

O cuidado de enfermagem centra-se na relação interpessoal estabelecida entre o enfermeiro, pessoa única e individual com as suas preferências, crenças e valores, e a pessoa ou grupo de pessoas (família e comunidade) a quem se presta o cuidado, também elas únicas, observadas como seres biopsicossocioculturais com preferências e projetos de vida individuais (OE, 2001). É nesta relação, com foco num cuidado centrado na pessoa, que são desenvolvidos planos de ação que visam, ao longo de todo o ciclo vital, a promoção da saúde, a prevenção da doença

e a readaptação da pessoa nos processos que decorrem da mesma através do seu *empowerment* (OE, 2001).

A PSC é definida como aquela que está gravemente doente ou ferida e que não é mais capaz, de forma independente, de manter a sua estabilidade fisiológica ou está em risco de rapidamente desenvolver essa instabilidade (Benner, Stannard & Kyriakidis, 2011). Assim, a sua “sobrevivência depende de meios mais avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018, p.19362).

Os cuidados de enfermagem dirigidos à PSC têm por objetivo a sua recuperação e a prevenção de complicações (OE, 2018). Através da monitorização contínua e identificação das funções vitais comprometidas, são desencadeadas ações para dar resposta às necessidades apresentadas (OE, 2018). Este cuidado envolve a mobilização de conhecimentos e habilidades, para responder em tempo útil e de forma holística (OE, 2018).

No ambiente altamente tecnológico que é requerido para a manutenção da vida da pessoa em falência orgânica, nem sempre são priorizados os cuidados centrados na pessoa, tendo em conta a sua especificidade e herança cultural (Monteiro & Mendes, 2013). A dependência física e emocional experienciada pela PSC, o desconhecimento da sua situação clínica e procedimentos necessários para a sua recuperação, a despersonalização dos cuidados e uma comunicação pouco eficaz, desencadeiam sentimentos de ansiedade, insegurança e vulnerabilidade (McKinley et al., 2002).

A vulnerabilidade é definida como um processo dinâmico entre a pessoa, com as suas características intrínsecas (físicas e decorrentes do processo de socialização), e a permeabilidade da mesma quanto ao seu ambiente, envolvendo uma noção de risco, suscetibilidade e ameaça (Rogers, 1997). A vulnerabilidade é inerente à experiência humana, estando associada às estratégias de *coping* que cada pessoa ou família mobiliza para a resolução dos desafios que a própria vida lhes oferece (Rogers, 1997). O grau de vulnerabilidade está dependente não só

dos recursos individuais, como do suporte ambiental de cada um (Rogers, 1997). Quanto menor a sensação de controlo sobre a situação, maior o sentimento de vulnerabilidade (Rogers, 1997). Assim, a PSC com um diferente *background* cultural está exposta a um elevado grau de vulnerabilidade, não só pela experiência da doença e suas consequências físicas, mas também pela vulnerabilidade psicológica e social decorrente do processo migratório (Scanlon & Lee, 2007). A revisão *scoping*, realizada por Grabovschi, Loignon e Fortin (2013), evidenciou uma relação direta entre elevados níveis de vulnerabilidade, os quais aumentam as necessidades em saúde da pessoa, e a diminuição da sua acessibilidade aos próprios cuidados de saúde.

Segundo McKinley et al. (2002), este sentimento de vulnerabilidade é atenuado quando a pessoa é informada do que se passa consigo, tomando consciência do seu real problema, de que as suas necessidades são antecipadas e que recebe um cuidado individualizado. Este último pode apresentar-se como um desafio, tendo em conta o ambiente, por vezes hostil, em que é prestado. Contudo, de acordo com a OMS (2014), citada por Jakimowicz e Perry (2015), “a global strategy intended to achieve health care that is ‘people centred’ not ‘disease centred’” (p.1500).

Para a utilização de um modelo de cuidados baseado nesta perspetiva, é imperiosa uma abordagem da pessoa como um ser único e individual, com as suas especificidades, e agir em conformidade com o que considera importante para a sua homeostasia (Brink & Skott, 2013). Para aceder a esta informação, o enfermeiro desenvolve uma escuta ativa sobre as narrativas do doente, sobre o que este está a experienciar, interpreta estes resultados, validando-os com o mesmo, e desenvolve um plano de ação em consonância (Brink & Skott, 2013). Sendo assim, pessoas com a mesma sintomatologia não devem ser cuidadas da mesma forma mas sim, tendo em conta a sua especificidade e o que consideram importante para si próprias (Brink & Skott, 2013).

Para aceder às reais necessidades da PSC com diferente *background* cultural, Rushton (2007) sugere a família como um elo fundamental e preponderante no cuidado. Através do seu envolvimento, é possível conhecer os verdadeiros interesses e preferências da pessoa cuidada. Portanto, ter a família como nossa aliada, é promover um cuidado personalizado e individualizado. Contudo, torna-se muito redutor ver a família apenas como uma extensão do próprio doente. Ela é constituída por elementos, também eles com a sua singularidade, a experienciarem de forma muito intensa e emocional o processo de doença do seu ente querido. Assim, a família carece, igualmente, ser alvo de cuidados por parte do enfermeiro (Sá et al., 2015).

É na simbiose entre a especificidade da pessoa enfermeiro, a especificidade da pessoa que está doente, o ambiente em que é prestado o cuidado, o processo do cuidado em si e os seus resultados, que nasce o cuidado centrado na pessoa (McCormack & McCance, 2006). Sendo o cuidado de enfermagem centrado na singularidade de cada pessoa e sua família, tendo em conta as suas diferentes dimensões, ele deve também refletir a sua diversidade cultural (Moita & Silva, 2016).

A cultura é definida como um modelo dinâmico de valores, crenças, normas e representações, que influenciam os comportamentos e os processos de tomada de decisão (Giger & Davidhizar, 1995). Estes valores e modos de vida são transmitidos socialmente de geração em geração, originando respostas comportamentais padronizadas entre os membros de uma mesma cultura (Giger & Davidhizar, 1995). São, também, resultado de mecanismos adquiridos e que podem ter influências inatas, sendo, contudo, afetados por estímulos ambientais internos e externos (Giger & Davidhizar, 1995). São estas diferenças culturais que podem desenvolver perceções sociais diferentes e que levam, também, a diferentes interpretações da mesma realidade (Ramos, 2008).

A forma de experienciar a saúde/doença está inscrita na “impressão digital” de cada cultura. Por conseguinte, cada pessoa desenvolve as suas representações e crenças sobre o que é a saúde e a doença, como vivencia este fenómeno, o que procura nos cuidados de saúde e a relação que estabelece com os diferentes profissionais (Ramos, 2008). Estas diferentes representações suscitam novos desafios aos cuidados de saúde, nomeadamente aos cuidados de enfermagem. É fundamental oferecer um cuidado culturalmente competente em organizações fundadas no respeito e valorização da pessoa, como ser único e individual, e aceitação da sua especificidade cultural (Ramos, 2012).

Segundo Leininger, pioneira no desenvolvimento do conceito de cultura na disciplina de Enfermagem, o cuidado transcultural é definido como o conhecimento e sensibilidade do enfermeiro para conhecer a especificidade de cada cultura, suas crenças, valores e formas de experienciar o processo de saúde e doença (Leininger & McFarland, 2002). Assim, ao ser demonstrado respeito pelas características culturais da pessoa cuidada, são desenvolvidas estratégias para a satisfação das suas reais necessidades, assente num cuidado que demonstre compaixão, sensibilidade e congruência cultural (Leininger & McFarland, 2002).

Para o cuidado transcultural, segundo Burchum (2002), é necessário que estejam presentes, ou que sejam desenvolvidas, determinadas características. A autora destaca a consciência cultural, que se refere ao reconhecimento da diversidade cultural e como esta influencia os comportamentos e os processos de tomada de decisão. Segundo a mesma fonte, esta tomada de consciência leva à procura e aquisição de conhecimento sobre uma determinada cultura. Desenvolve-se, assim, uma compreensão e sensibilidade cultural que se refere, não apenas ao conhecimento das suas diferenças, mas também à aceitação das mesmas, e como a própria cultura do enfermeiro pode influenciar a sua prestação de cuidados (Burchum, 2002). Estas características não são possíveis de desenvolver sem que haja uma imersão cultural, ou seja, momentos de interação

e partilha com membros de diferentes culturas (Burchum, 2002). Neste desenvolvimento, surge a habilidade cultural, que se reflete na capacidade de comunicar e de incorporar, nos cuidados, as crenças e valores da pessoa cuidada (Burchum, 2002).

Indo ao encontro do defendido por Burchum (2002) e corroborado por Benbenishty et al. (2017), Høye e Severinsson, (2010) e Rushton (2007), é então necessário que o enfermeiro, que presta cuidados à PSC com diferente *background* cultural e sua família, desenvolva uma sensibilidade acrescida para as diferenças culturais, sua aceitação, compreensão e respeito. Respeitar implica a aceitação da diferença, no que concerne aos valores, crenças e religião, promovendo o apoio e manutenção dos mesmos (Rushton, 2007).

Para Giger e Davidhizar (2002a), o cuidado transcultural assenta no reconhecimento das diferenças culturais de cada pessoa e família e na prestação dos melhores cuidados, tendo como referencial a especificidade e unicidade de cada um, inserido no seu contexto cultural, ou seja, um cuidado culturalmente competente.

Segundo o Modelo de Avaliação Transcultural de Giger e Davidhizar (Giger & Davidhizer, 1995, 2002b), cada pessoa é considerada na sua unicidade e tendo em consideração seis dimensões culturais: a *comunicação*, o *espaço*, a *organização social*, o *tempo*, o *ambiente* e as *variações biológicas*. Assim, segundo Giger e Davidhizar (1995, 2002b):

A *comunicação* é a forma de interação, de partilha de informações, mensagens, ideias e sentimentos. É através dela que a cultura é partilhada e é influenciada pela mesma. Envolve símbolos verbais e não verbais, sendo o vocabulário, o ritmo, o estilo, o volume, a utilização do toque, o tom emocional e a postura corporal os seus elementos essenciais.

O *espaço* está relacionado com as técnicas de distanciamento e aproximação utilizadas na comunicação verbal e não verbal, carregando elas também a sua herança cultural. O desrespeito deste espaço pode levar a sentimentos de desconforto e dificultar o estabelecimento da relação interpessoal entre enfermeiro e pessoa cuidada.

A *organização social* reflete-se na organização familiar, religião, valores, crenças e desempenho de papéis. Estes podem estar relacionados com as diferentes etnias e cultura.

O *tempo* é, também ele, considerado um aspeto fundamental. Culturalmente, a pessoa pode orientar-se para o passado, presente ou futuro. Aquela que é orientada para o passado, tenta manter a tradição e, geralmente, apresenta pouca motivação para a consecução de novos objetivos. A pessoa que é orientada para o presente, tende a não valorizar o passado e a não planear o futuro. A tarefa presente é considerada aquela que verdadeiramente é importante. Por fim, a pessoa que é orientada para o futuro, tende a planear e organizar as atividades presentes para atingir os objetivos futuros. O tempo pode também orientar-se em “tempo-relógio” ou “tempo social”, sendo ele também influenciado culturalmente.

No *ambiente*, destaca-se a capacidade da pessoa controlar a sua natureza e os diferentes fatores ambientais que a afetam, sendo outra característica a avaliar neste modelo. A pessoa que está inserida numa cultura em que a crença não depende de fatores intrínsecos à própria pessoa, mas sim de fatores externos, leva a considerar os cuidados de saúde pouco relevantes no seu processo de saúde e doença.

As *variações biológicas*, ou seja, a predisposição genética para certas patologias que se verificam em determinados grupos étnicos, é outro aspeto que é avaliado neste modelo. Ao desenvolver este conhecimento, o enfermeiro

pode estar desperto para determinados aspetos, antever problemas e estabelecer planos de ação precoces para a resolução dos mesmos.

O conhecimento obtido através da utilização do Modelo de Avaliação Transcultural de Giger e Davidhizar, permite ao enfermeiro prestar um cuidado culturalmente competente, porque é adaptado à herança cultural da pessoa cuidada, às suas crenças, valores e comportamentos (Giger & Davidhizer, 2002a).

A comunicação é um dos principais desafios apontados em contexto de multiculturalidade, sendo a barreira da comunicação um indicador de insatisfação dos cuidados de saúde (Ramos, 2008). Este facto parece estar relacionado com a falta de conhecimento e respeito dos profissionais de saúde sobre as representações e crenças de saúde e doença da pessoa e sua família, assim como sobre as relações com o seu mundo social, espiritual e cultural (Ramos, 2008). As interpretações incorretas, decorrentes da dificuldade da comunicação entre o profissional de saúde e a pessoa, podem levar a um agravamento da ansiedade, sofrimento e atraso na recuperação e restauração da saúde (Ramos, 2008).

Segundo Phaneuf (2005), a comunicação é um processo de partilha de informações, emoções e sentimentos entre as pessoas. A mensagem transmite-se de forma consciente e inconsciente, através do comportamento verbal e não verbal. É através dela que apreendemos e compreendemos “as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso, criar laços significativos com ela” (Phaneuf, 2005, p.23). Ramos (2008) acrescenta ainda que a comunicação é um fenómeno multidimensional, que envolve a transmissão de uma mensagem que incorpora códigos linguísticos, regras, representações e rituais de interação, todos eles com a sua especificidade cultural. A mesma autora reforça que esta mensagem é transmitida através de processos verbais e não verbais, todos eles assentes numa matriz cultural.

Tendo em consideração a ventilação mecânica invasiva a que a PSC poderá estar sujeita, a monitorização hemodinâmica e o nível de consciência alterado pela

necessidade de terapêutica, perspectivam-se dificuldades no processo de comunicação (McKinley et al., 2002). O desafio poderá ser ainda maior quando encarado num cuidado centrado na individualidade da pessoa, nomeadamente na sua especificidade cultural e comunicacional. Por conseguinte, a comunicação deve ser adaptada aos processos cognitivos, contexto cultural e representações de saúde/doença, bem como às necessidades individuais, emocionais, sociais, culturais e linguísticas da pessoa (Ramos, 2008).

Para um cuidado culturalmente competente, é então fundamental, por parte do enfermeiro, o assumir de um papel facilitador da comunicação e tomada de decisão, entre todos os intervenientes do processo de cuidar, para o melhor interesse da pessoa (Doolen & York, 2007). Para tal, é necessário o estabelecimento de uma relação terapêutica, sustentada numa comunicação eficaz e de confiança, para aceder às reais necessidades da pessoa e sua família (Leon & Knapp, 2008).

Neste sentido, Brooks, Bloomer e Manias (2019) fazem referência à dificuldade comunicacional nos cuidados em fim de vida à PSC com diferente *background* cultural, assim como à sua família. Esta dificuldade parece estar relacionada com a falta de conhecimento dos profissionais de saúde, sobre as diferenças culturais e o impacto que estas podem trazer na qualidade comunicacional (Brooks et al., 2019). É evidente que o conceito de morte tem, também ele, a sua matriz cultural. Deste modo, o enfermeiro deve desenvolver uma sensibilidade acrescida para identificar essas diferenças, respeitando-as e apoiando-as, para conseguir ajudar a pessoa e sua família no processo de morrer e acompanhamento na morte (Gutierrez & Ciampone, 2007).

O apoio espiritual e religioso foi apontado por Gutierrez e Ciampone (2007) e Nakwagala e Nakibuuka (2009), como uma estratégia para um cuidado culturalmente competente à PSC com diferente referencial cultural. Ambos estão intimamente ligados ao conceito de morte e ao processo de morrer. Este cuidado

foi identificado de grande relevância, independentemente da cultura da pessoa cuidada e sua família (Gutierrez & Ciampone, 2007).

A prestação de um cuidado culturalmente competente à PSC e sua família, tendo em conta a sua unicidade, complexidade e vulnerabilidade, implica ter em consideração a sua herança cultural, desenvolvendo uma relação interpessoal sustentada numa comunicação eficaz (Dobrowolska et al., 2020). Para tal, é necessário que o enfermeiro desenvolva uma sensibilidade acrescida, perícia e habilidade na identificação das diferentes características culturais, integrando-as na sua prática de cuidados, incrementando, assim, a qualidade da mesma (Benbenishty et al., 2017; Doolen & York, 2007). Desta forma, através de um cuidado culturalmente competente, serão atingidos os melhores *outcomes* da pessoa cuidada (Dobrowolska et al., 2020).

2. ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO

A perícia nos cuidados de enfermagem emerge da reflexão sobre o conhecimento que surge na procura da resolução de problemas da prática clínica, bem como da implementação de estratégias para a sua resolução, em articulação com o conhecimento oriundo da evidência científica e do conhecimento empírico do enfermeiro. É nesta busca constante de fundamentação, sobre as diferentes premissas a considerar no processo de tomada de decisão, que é promovido o desenvolvimento da perícia e das competências avançadas de Enfermagem (Benner, 2001).

Este processo de aquisição e desenvolvimento de novas competências, quando considerada a área de especialização, segundo Alarcão (1996), requer a experiência em contexto de estágio. É neste contexto que, através de momentos de observação e intervenção, são mobilizadas e integradas as diferentes fontes de conhecimento, para a resolução de problemas reais e concretos da prática clínica (Alarcão & Rua, 2005). Tal como é referido por Eraut (2004), a aprendizagem não surge apenas como um mero processo cognitivo de aquisição de uma nova informação. Surge da sinergia entre o conhecimento tácito, o conhecimento teórico e o contexto em que se desenvolve o processo de aprendizagem e aquisição de novas competências (Eraut, 2004).

Ao longo deste capítulo, irei descrever e analisar o meu percurso formativo, apresentando os dois locais de estágio e realizando uma descrição e análise das atividades desenvolvidas, organizadas pelos objetivos por mim delineados, e que evidenciam as competências adquiridas durante o período de estágio. Este decorreu de 23 de novembro de 2020 a 16 de abril de 2021, em dois momentos distintos. Envolveu a experiência em contexto de SU e em UCI, em dois Hospitais da Área Metropolitana de Lisboa.

Tratam-se de Hospitais que recebem um elevado número de imigrantes, dada a diversidade cultural deste distrito. Segundo o Gabinete de Estratégia e Estudos (2020) da República Portuguesa, relativamente ao número de imigrantes por nacionalidade a residir no distrito de Lisboa, em 2018, importa salientar que a população brasileira é aquela que tem maior expressividade (43066 residentes), seguindo-se a população proveniente de Cabo Verde (22143), da China (12493), Guiné-Bissau (12241), Roménia (10528), Ucrânia (8615), Nepal (7430) e Índia (6490). O conhecimento das nacionalidades dos imigrantes a residir na área geográfica de influência de uma instituição de saúde, possibilita aos enfermeiros perspetivar a preparação necessária a realizar para um cuidado culturalmente competente.

2.1. Contexto de Cuidados

O primeiro momento de estágio decorreu no período de 23 de novembro de 2020 a 29 de janeiro de 2021, em contexto de SU. Este Hospital da Região de Lisboa oferece à população um SU de características Médico-Cirúrgicas, tratando-se do segundo nível de acolhimento em situações de urgência. O Serviço serve de referência aos cuidados de saúde de menor complexidade e quando as necessidades de cuidados excedem a sua capacidade de resposta, drena os doentes para níveis de cuidados mais complexos, nomeadamente os Serviços de Urgência Polivalente (Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto).

O SU tem, em permanência, as especialidades de Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Pediatria e Urgência Obstétrica. As últimas duas têm equipas multidisciplinares e espaço físico distintos. Para além das referidas especialidades, o Serviço tem ainda Cardiologia, Oftalmologia, Urologia, Otorrinolaringologia e Psiquiatria no período das 8 horas às 20 horas. Quando é requerida a necessidade de observação por outras especialidades médicas ou níveis de cuidados mais

complexos, os doentes são transferidos para o Centro Hospitalar Lisboa Ocidental ou para o Centro Hospitalar Lisboa Norte.

A equipa de enfermagem é constituída por 80 enfermeiros, 12 dos quais em regime de prestação de serviços em “meio horário”. Existem quatro elementos de Gestão, ou seja, dois enfermeiros coordenadores e dois enfermeiros responsáveis. Os enfermeiros distribuem-se por quatro equipas, cada uma delas com um enfermeiro chefe de equipa e um “segundo elemento”, com a responsabilidade de gestão e organização dos cuidados. Neste momento, a equipa tem três elementos com o título de Enfermeiro Especialista (Enfermagem Médico-Cirúrgica) e quatro enfermeiros a aguardar a discussão do Relatório de Estágio para atribuição do mesmo. É utilizado o método individual de trabalho, sendo, porém, estimulado o trabalho colaborativo e em equipa.

Estão implementadas, no SU, a Via Verde AVC, a Via Verde Coronária, a Via Verde Sépsis e a Via Verde Colo do Fémur. Todas as Vias Verdes mencionadas encontram-se documentadas e protocoladas, sendo ativadas na Triagem pelo enfermeiro, que encaminha o doente segundo a Norma estabelecida.

O SU, tendo em conta o contexto atual de pandemia, encontra-se organizado em duas áreas - a “área limpa” e a “área de doentes respiratórios”. A “área limpa” é constituída pela Triagem, zona de Ambulatórios, Balcão, Serviço de Observação, Sala de Pequena Cirurgia e Reanimação. Para a “área de doentes respiratórios”, são encaminhados os doentes com suspeita ou confirmação de infeção por Sars-Cov2, onde também figura uma Sala de Reanimação.

O segundo momento de estágio decorreu de 1 de fevereiro a 16 de abril de 2021, numa UCI Neurocirúrgicos e Trauma de um Centro Hospitalar da Grande Lisboa. As pessoas admitidas nesta Unidade são, na sua maioria, provenientes do SU do mesmo Hospital. Contudo, são também admitidos doentes de outros serviços de internamento, quando há um agravamento do seu estado clínico e necessitem de meios mais avançados de monitorização e tratamento, ou

situações de pós-operatório que requeiram níveis de cuidados de maior complexidade. No contexto atual de pandemia, esta unidade dedica-se apenas a doentes sem diagnóstico ou suspeição de infeção por Sars-Cov2, tanto de patologia médica como cirúrgica. A UCI é constituída por cinco salas, num total de vinte vagas. Uma das salas tem capacidade para quatro doentes que exigem cuidados de nível I e quatro salas de cuidados de nível III, com capacidade para dezasseis doentes, segundo a classificação da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (Paiva et al., 2016)

A equipa de enfermagem é constituída por 63 enfermeiros, um deles a desempenhar funções de gestão, sendo o enfermeiro Chefe do serviço. Existem cinco equipas, cada uma delas com um chefe de equipa e “segundo elemento”, com a responsabilidade de gestão e organização dos cuidados. A equipa tem 16 elementos com o título de Enfermeiro Especialista, dos quais 3 em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica. É utilizado o método individual de trabalho, com o rácio de um enfermeiro para quatro doentes na sala de nível I e um enfermeiro para dois doentes nas salas de nível III.

Nesta Unidade, estão implementados inúmeros protocolos e normas, como a avaliação do estado de consciência, insulinoaterapia, controlo da temperatura, avaliação do risco de quedas, avaliação do risco de úlceras por pressão, avaliação da dor, critérios de diagnóstico de morte cerebral, colheita de líquido cefalorraquidiano através de sistema de derivação ventricular externa, entre outros.

As múltiplas experiências resultantes dos cuidados prestados à PSC e sua família nestes dois contextos, associadas à variabilidade cultural das populações que tive a oportunidade de cuidar, motivaram o meu desenvolvimento de competências na prestação de um cuidado culturalmente competente, como será explanado seguidamente.

2.2. Descrição e Análise das Atividades e Competências Desenvolvidas

Para a minha participação na prestação de cuidados à PSC, foi fundamental passar por um período de integração. Em ambos os contextos de estágio, no primeiro dia, foi-me apresentada a equipa de enfermagem, o enfermeiro orientador que me iria acompanhar durante o meu percurso formativo, o espaço físico, a articulação com os outros serviços e a dinâmica de cuidados. Foram-me também disponibilizadas as Normas e Protocolos institucionais, oferecendo-me a possibilidade de compreender o modelo de gestão de prestação de cuidados.

Este período foi de adaptação a uma nova realidade e decorreu de uma forma gradual e positiva. Saliento que o estágio foi especialmente desafiador na UCI, uma vez que foi a minha primeira experiência neste contexto de cuidados. Este sentimento vem descrito na literatura por Benner (2001), a qual refere que enfermeiros com nível de competência superior em determinada área, quando deparados com uma nova situação de cuidados por eles desconhecida, podem ser classificados como principiantes. Esta dificuldade foi colmatada, não só pelo descrito anteriormente, mas também pela recetividade da equipa multidisciplinar, tornando este período de aprendizagem muito enriquecedor.

Foi-me possível, assim, dar resposta aos objetivos por mim delineados e que apresento seguidamente, com a descrição e análise das atividades e competências desenvolvidas.

Desenvolver competências promotoras de uma enfermagem avançada, perspetivando a evolução e melhoria dos cuidados prestados, tendo em conta a evolução dinâmica dos conceitos de saúde, doença e cuidar e suas

implicações nas políticas de saúde e organização dos cuidados à PSC em contexto multicultural.

Ao longo deste percurso formativo, foi-me possível prestar cuidados a um variado leque de pessoas, com a sua especificidade única e individual, exigindo diferentes níveis de complexidade de cuidados, tendo em conta a sua situação clínica de doença.

Em contexto de SU, foi-me possível a prestação de cuidados a doentes admitidos na Sala de Reanimação, Balcão, Serviço de Observação e Área de doentes respiratórios. No sentido de melhor compreender e apreender a dinâmica e circuito do doente neste serviço, foi-me também possível realizar um turno em contexto de Triagem e Área de Ambulatórios.

Tive oportunidade de prestar cuidados a doentes com taquidisrritmias; insuficiência respiratória grave, com necessidade de ventilação mecânica invasiva e não invasiva, com o diagnóstico ou suspeita de infeção por Sars-Cov2; com situações de monotrauma, como fratura do colo do fémur e consequente ativação da respetiva Via Verde; e de AVC, com ativação da Via Verde e necessidade de administração de protocolos terapêuticos dirigidos. Foi-me também possível prestar cuidados a doentes com enfarte agudo do miocárdio, com necessidade de intervenção coronária percutânea; com bradicardia, com necessidade de colocação de pacemaker definitivo e com intoxicação por monóxido de carbono, com necessidade de tratamento em câmara hiperbárica. Estas situações levaram à necessidade de transporte e acompanhamento destes doentes para outras instituições de saúde, nos quais tive oportunidade de participar.

Tendo em conta a frequente necessidade de transporte do doente crítico, e no sentido de manter a qualidade assistencial desse transporte, neste Serviço existe uma norma para a tomada de decisão, planeamento e execução do mesmo, seguindo as recomendações da Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). É preenchida pela equipa médica a avaliação do risco

de transporte inter-hospitalar, que evidencia a necessidade de acompanhamento médico ou de enfermagem. Existe uma *check-list* para certificar a estabilização do doente, para a saída do mesmo em segurança, e uma folha de registo de ocorrências durante o transporte. O enfermeiro responsável pelo transporte do doente crítico é o que está escalado para o sector de Reanimação. Este enfermeiro, com formação obrigatória e atualizada em Suporte Avançado de Vida, é responsável não só pelo transporte e garantia das condições de segurança para a realização do mesmo, como também por garantir diariamente que os recursos físicos necessários, como por exemplo a mala de transporte e o monitor - desfibrilhador, estão adequadamente acondicionados e prontos para utilização.

Posso destacar a experiência do transporte de um doente crítico, por intoxicação por monóxido de carbono, para uma instituição onde seria oferecido o tratamento por câmara hiperbárica. Durante este transporte ficou evidenciado o papel do Enfermeiro Especialista, desde o processo de tomada de decisão quanto à sua necessidade, a sua organização e preparação, com a gestão dos recursos materiais necessários, a operacionalidade dos equipamentos requeridos e o meio de transporte mais adequado. Estando perante um doente com disfunção significativa do padrão respiratório e na iminência da necessidade de implementação de protocolos terapêuticos complexos, fica explícita a necessidade de acompanhamento deste doente por um profissional qualificado, para a promoção da segurança e da qualidade dos cuidados prestados.

Em contexto de UCI, para dar resposta aos objetivos por mim apresentados e desenvolvimento de competências para um cuidado especializado à PSC, prestei cuidados nas salas dedicadas a doentes que exigiam cuidados de nível III. Tive a oportunidade de prestar cuidados a pessoas com hemorragia digestiva alta, sépsis, insuficiência respiratória grave, com necessidade de ventilação mecânica invasiva e oxigenoterapia por alto fluxo. Igualmente, prestei cuidados a pessoas com situações de politraumatismo, envolvendo traumatismo cranioencefálico

grave, torácico, vertebromedular e da bacia, bem como variadas situações de doentes com aumento da pressão intracraniana, com necessidade de meios avançados de monitorização da mesma.

A prestação de cuidados nestes diferentes contextos, levou-me à procura de conhecimento científico nas diferentes fontes de evidência, bem como a articulação da mesma com a minha experiência clínica. Foram vários os momentos que me suscitaram reflexão e que, para o processo de tomada de decisão, esta procura de conhecimento e os momentos de partilha e reflexão com os orientadores dos locais de estágio foram determinantes. É na simbiose entre uma prática baseada na evidência, em articulação com o cuidado centrado na pessoa e o conhecimento empírico e perícia de cada enfermeiro, que surge a tomada de decisão fundamentada e uma Enfermagem Avançada (Canadian Nurses Association, 2008).

Realço também a necessidade de pesquisa e aprofundamento de saberes, no que concerne à especificidade e características de determinadas culturas com as quais tive contato, nomeadamente a cultura brasileira, guineense e da população oriunda de países do Leste Europeu. Assim, foi-me possível prestar um cuidado assente na individualidade e especificidade de cada pessoa, tendo em conta o seu *background* cultural, assim como desenvolver competências para a prestação de um cuidado culturalmente competente à PSC. À medida que aprimorei os meus conhecimentos, fui-me tornando mais sensível à cultura da PSC e da sua família, integrando, de forma mais profunda, as seis dimensões culturais propostas pelas autoras Giger e Davidhizar (1995, 2002b) – a *comunicação*, o *espaço*, a *organização social*, o *tempo*, o *ambiente* e as *variações biológicas* – e compreender a sua variabilidade de cultura para cultura.

A perspetiva de cuidar na singularidade da pessoa, ou seja, um cuidado centrado na pessoa, é uma preocupação enraizada na cultura de cuidar da equipa de enfermagem, tanto do SU como da UCI. Nestas equipas, é evidente a

sensibilidade para identificar as diferenças culturais necessárias para um cuidado transcultural, como defendido por Burchum (2002). Contudo, alguns conhecimentos próprios sobre determinados traços culturais, da pessoa e da família cuidada, podem ser ainda mais desenvolvidos. De acordo com a autora atrás referida, o aprofundamento destes conhecimentos promove o desenvolvimento da consciência cultural, aspeto essencial para um cuidado culturalmente competente.

Muito embora tenha inicialmente planeado participar na divulgação do conhecimento cultural em ambos os serviços, através de ações de formação, o panorama atual da pandemia e as exigências que emergiram com a mesma não o permitiram. O aumento da carga horária dos enfermeiros, bem como a necessidade de um espaço físico que respeitasse o distanciamento considerado seguro para a realização das ações de formação, impediram a concretização das mesmas formalmente. No entanto, foram promovidos vários momentos de partilha e reflexão com os elementos da equipa sobre esta temática. Nestes momentos, evidenciei a necessidade da procura de conhecimento sobre as diferentes características culturais da população cuidada, assim como os resultados que obtive com a realização da Revisão Integrativa da Literatura (RIL). Tive oportunidade de partilhar a informação que obtive através da pesquisa na evidência científica, sobre os grupos culturais que cuidei durante o período de estágio e, por fim, os benefícios da utilização deste conhecimento para um cuidado culturalmente competente à PSC.

Durante o meu percurso formativo em contexto de SU, para além da prestação direta de cuidados, foi-me possível uma observação participativa no papel de liderança da equipa. Esta oportunidade surgiu pela mudança de papel da enfermeira orientadora que me acompanhou, o que foi muito enriquecedor. Esta experiência requereu o desenvolvimento de uma visão global do serviço e dos seus profissionais, a gestão e redistribuição da equipa de acordo com a

afluência dos utentes e os momentos de pausa e refeição, a relação e articulação com a equipa multidisciplinar nos processos de tomada de decisão, nomeadamente no que concerne à priorização de realização de exames complementares de diagnóstico e gestão de vagas. De realçar e de acordo com Gelbcke, Souza, Sasso, Nascimento e Bulb (2009), assumir o papel de líder acarreta consigo a

responsabilidade de articular os diferentes profissionais, em um trabalho em equipe, interdisciplinar, horizontal, de colaboração, visando o sujeito do cuidado em sua integralidade bio-psico-social, com necessidades a serem atendidas, mas também com desejos, emoções, com objetividade e subjetividade (p.137).

Em contexto de pandemia e no sentido de um apoio assistencial de qualidade, em tempo considerado útil, tendo em conta a gravidade da situação clínica do doente e a organização e gestão de vagas do SU, participei ativamente em vários momentos de decisão a quem seriam atribuídos os testes prioritários de despiste à Covid 19. Durante este período, foi-me então possível compreender o papel de liderança e gestão da equipa, tendo em consideração os recursos humanos e físicos disponíveis, sendo esta uma competência comum do Enfermeiro Especialista (OE, 2019).

O contexto atual de pandemia e a elevada afluência de doentes ao SU, levou a uma reorganização do Serviço e ativação do seu plano de contingência, para dar resposta a esta situação de exceção. Esta última surge quando há um desequilíbrio entre as necessidades de cuidados e os recursos disponíveis, para manter uma qualidade assistencial em tempo considerado útil (OE, 2018). Esta reorganização foi por mim experienciada no decorrer do estágio, tendo participado ativamente na mesma e nos cuidados exigidos pelos doentes com COVID 19.

Esta experiência implicou o conhecimento das normas e diretrizes emanadas, tanto pela DGS como pela própria instituição, para o encaminhamento e cuidados

a estes doentes. Envolveu, também, a procura contante das diferentes premissas para o um cuidado assistencial de qualidade a estes doentes, através da contínua pesquisa de conhecimento sobre a infeção por Sars-Cov2, tendo em consideração as orientações científicas mais recentes e atualizadas. Assim, tive oportunidade de desenvolver competências na resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, sendo essa uma competência do Enfermeiro Especialista na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica (OE, 2018).

Esta experiência levou-me a um processo de reflexão, onde ficou evidenciado o papel preponderante do Enfermeiro Especialista. A procura constante de conhecimento nas diferentes fontes de evidência para o processo de tomada de decisão, nomeadamente sobre as necessidades de cuidados dos doentes com COVID 19, o seu encaminhamento e medidas de proteção individual, demonstram uma preocupação constante pela prática de cuidados baseada na evidência científica disponível, com consequente promoção da qualidade assistencial e segurança do doente e dos profissionais de saúde. Acrescento ainda o papel dinamizador e de suporte do Enfermeiro Especialista, através da divulgação e disseminação do conhecimento perante a equipa multidisciplinar, ficando evidenciado o seu papel como elemento de referência no processo de tomada de decisão. De destacar, também, o seu papel de liderança e gestão de cuidados. Através de um conhecimento profundo sobre as características dos diferentes elementos da equipa de cuidados, em articulação com os recursos disponíveis e a mobilização do conhecimento científico, o Enfermeiro Especialista desenvolve estratégias para a gestão e liderança da equipa, promovendo assim um ambiente terapêutico e seguro, garantindo, também, a qualidade dos cuidados.

Segundo a Canadian Nurses Association (2008), a Enfermagem Avançada consiste num conhecimento profundo sobre o que é ser enfermeiro, reconhecer as necessidades em saúde das pessoas, famílias, grupos, comunidades e população a um nível de perito. Para tal, é necessário uma análise e síntese do

conhecimento, uma compreensão, interpretação e aplicação da teoria em enfermagem, desenvolver investigação na área e promover o desenvolvimento de um conhecimento em Enfermagem Avançada e da profissão como um todo. É esperado que o enfermeiro promova cuidados de saúde de qualidade para uma população em específico, com um elevado grau de autonomia. Igualmente, o enfermeiro deve ter a capacidade de liderança e iniciativa, no sentido de promover resultados positivos na pessoa e sistemas de saúde. É esperado, da sua parte, um conhecimento profundo sobre a disciplina de Enfermagem, integrando e desenvolvendo projetos de investigação, bem como promovendo a sua disseminação, no sentido de pôr em prática o conhecimento desenvolvido. É também expectável, do enfermeiro, a capacidade de análise crítica e influência nas políticas de saúde (Canadian Nurses Association, 2008).

Em Portugal, a Enfermagem Avançada está associada aos cuidados prestados pelo Enfermeiro Especialista, o qual apresenta, segundo a OE(2007),

um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidas num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado. (p.17).

Assim, ao longo do meu percurso formativo, considero que desenvolvi competências na promoção de uma Enfermagem Avançada na prestação de cuidados à PSC.

Demonstrar conhecimento através da prática reflexiva e pensamento crítico na prestação de cuidados à PSC em contexto multicultural, tendo em consideração as dimensões éticas e sociais decorrentes da mesma

Este percurso formativo deu-me a oportunidade de observar e colaborar na prestação de cuidados à PSC com diferente *background* cultural, tanto em

contexto de SU como de UCI. Coube-me a mim, também, a procura de novas situações de aprendizagem, onde houve a necessidade de mobilizar diferentes fontes de conhecimento, para o desenvolvimento e consolidação de novas competências. Foi necessária a mobilização e articulação do conhecimento técnico-científico apreendido durante as sessões letivas do curso de Mestrado, em articulação com a minha experiência clínica como enfermeira e a evidência científica que senti necessidade de consultar. A elaboração da RIL ofereceu-me, também, os alicerces e suporte científico para o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à PSC com diferente referencial cultural, tendo em atenção as dimensões éticas e sociais decorrentes da mesma.

Foram vários os momentos que me suscitaram inquietude e consequente processo de reflexão, etapa essencial para uma tomada de decisão fundamentada e sustentada num cuidado centrado na pessoa e na sua herança cultural. Posso destacar, em contexto de SU, a realização de um procedimento terapêutico a uma pessoa oriunda da Guiné-Bissau. Esta situação de cuidados, que me tocou de forma profunda e motivou uma reflexão escrita através de um jornal de aprendizagem, levantou questões relativas aos desafios comunicacionais, nos seus processos verbais e não verbais, assim como a aceitação de um procedimento que era desconhecido para a pessoa. Deste modo, emergiram questões relativas ao princípio da autonomia e ao consentimento informado. Para a sua consecução, foi não apenas necessário mobilizar conhecimentos técnico-científicos, como também desenvolver conhecimentos específicos desta cultura.

A cultura da Guiné-Bissau é muito diversificada. A sua população é constituída por cerca de trinta diferentes etnias, estando localizadas em zonas demarcadas historicamente por condicionalismos geográficos e sociopolíticos, os quais motivaram a sua deslocação para áreas mais protegidas (ANEME, 2018). A língua oficial é o português; contudo, apenas 27.1% da população fala a língua, sendo que grande parte utiliza o crioulo como língua materna (ANEME, 2018). As religiões

africanas animistas são as mais frequentemente praticadas, seguida da religião islâmica e de uma minoria de crentes na religião cristã (ANEME, 2018). Um dos traços comuns das religiões referidas anteriormente está na crença de que toda a criação é da responsabilidade de um *Ser Superior*. Deste modo, se a criação é da sua responsabilidade, o seu fim também o é (Phipps, Sands & Marek, 2003).

Este facto leva-me a crer, apoiando-me no descrito por Phipps et al. (2003), que as pessoas que se regem por esta crença aceitam qualquer tratamento médico, desde que esteja disponível, uma vez que há a possibilidade da manutenção da sua vida. Segundo a mesma fonte, a vida só será finda por única e exclusiva decisão do *Ser Superior*.

Com a utilização de uma linguagem verbal com vocabulário simples, um tom de voz tranquilo, uma distância próxima, mas não utilizando o toque, e a confirmação da compreensão da mensagem, foi ultrapassada a barreira comunicacional, tendo utilizado as estratégias sugeridas por Giger e Davidhizar (2002b). Compreendi, deste modo, a decisão desta pessoa em aceitar um tratamento que desconhecia, sem levantar qualquer questão. A senhora percebeu que estava doente e o *Ser Superior*, que comanda a sua vida, ofereceu-lhe a possibilidade de tratamento, pelo que o seu papel seria aceitá-lo.

O conceito de doença da população da Guiné-Bissau está profundamente enraizado em crenças populares e tradicionais, sendo perspetivado como uma punição ou ofensa ao meio transcendental (Pereira, 2015). Por conseguinte, o doente tem um papel passivo no seu processo de restauração da saúde, colocando nas mãos da medicina popular, tradicional e no sistema biomédico o seu processo de cura, com a aceitação incondicional das propostas apresentadas para o mesmo (Pereira, 2015).

A compreensão e aceitação da diferença das características culturais são fundamentais para um cuidado centrado na pessoa, respeitando a sua herança cultural. Porém, o processo de tomada de decisão e os cuidados prestados devem

ter por base os princípios éticos inerentes à prática clínica e à profissão de Enfermagem. De salientar, que “na perspectiva ética a relação entre quem cuida e quem é cuidado modula-se por princípios e valores – a dignidade humana é o verdadeiro pilar a partir do qual decorrem os outros princípios e que tem de estar presentes” (OE, 2003 p. 22).

Da dignidade humana emerge o princípio da autonomia e o direito à informação, considerando-se a necessidade da promoção, apoio e proteção da autodeterminação da pessoa cuidada (OE, 2003). Desta forma, cabe ao enfermeiro advogar pelo doente quando este princípio está comprometido, descortinando toda a informação e clarificando qualquer dúvida sobre a mesma. Só assim o consentimento é totalmente livre e esclarecido, para que seja cumprido o respeito pela autonomia.

Refletir sobre esta situação de cuidados específica, levou-me à pesquisa de novo conhecimento sobre a multiculturalidade nos cuidados de enfermagem, bem como sobre a especificidade da cultura da Guiné-Bissau, o que me enriqueceu, não só a nível pessoal como profissionalmente. Estou agora mais consciente e com novas competências para um cuidado mais centrado na pessoa e na especificidade cultural da população da Guiné-Bissau, conseguindo, assim, prestar um cuidado culturalmente competente.

Em contexto de UCI, posso evidenciar um dos momentos de reflexão e pensamento crítico para o processo de tomada de decisão, que aprofundi num jornal de aprendizagem, nomeadamente a situação por mim experienciada no cuidado em fim de vida a uma jovem brasileira e sua família. A discussão surgiu dentro da equipa, aquando do pedido desta família para a visita do seu representante religioso. Sendo que nos encontramos em contexto de pandemia e as visitas às unidades de saúde são altamente restritas, várias questões foram levantadas quanto à sua permissão.

Esta família expressou claramente a sua vontade e necessidade de manter os seus rituais religiosos, situação que também já vivenciei na minha experiência clínica e no estágio anterior, verificando que esta população detém uma relação muito próxima com a espiritualidade e a religião.

Esta proximidade e necessidade de manutenção das crenças e princípios espirituais e religiosos, vem evidenciada na literatura por Moreira-Almeida, Pinsky, Zaleski e Laranjeira (2010). Segundo os mesmos autores, 83% da população brasileira considera a religião muito importante na sua vida e 95% refere ter uma religião. Contudo, ainda não tinha experienciado esta necessidade em contexto de cuidados em fim de vida.

Esta família demonstrou como o apoio espiritual e religioso seria fundamental para o seu conforto, tal como é referido por Gutierrez e Ciampone (2007). Thiengo et al. (2019) vem corroborar esta informação, referindo que a religiosidade, espiritualidade e fé são utilizadas como estratégias para enfrentar os sentimentos, emoções e angústias experienciados pela pessoa doente e sua família, através da sua compreensão e procura do sentido da vida. Segundo Moreira-Almeida et al. (2010), a religião é um mecanismo de *coping* utilizado pela população brasileira quando perante uma situação de doença.

O enfermeiro tem um papel preponderante na promoção de um ambiente de conforto (Ashworth, 1990). Este é experienciado por cada pessoa de uma forma holística, fortalecido pela sensação de alívio, tranquilidade e transcendência, em que estão envolvidos diferentes domínios, nomeadamente a nível psicoespiritual e sociocultural, como a espiritualidade, os rituais e as tradições (Kolcaba, 2003). Na situação descrita, esta família demonstrou encontrar conforto nos rituais de morte da sua religião. Segundo Gutierrez e Ciampone (2007), o apoio espiritual e religioso é considerado como de grande relevância no cuidado à PSC em fim de

vida, sendo uma das estratégias apontadas, a permissão da visita do representante religioso e a realização dos rituais de morte.

Sendo esta a vontade e necessidade clara desta família e assumindo-se que ela é, também, uma unidade merecedora de cuidados, a equipa, após reflexão, optou por permitir a visita do representante religioso e a realização dos rituais de morte, ficando evidenciado o papel do Enfermeiro Especialista neste processo de tomada de decisão. O Enfermeiro Especialista a prestar cuidados à PSC e/ou falência orgânica, mobiliza múltiplos conhecimentos e habilidades técnico-científicas e das ciências humanas, envolvendo a família no cuidar, no processo de tomada de decisão e na identificação das suas reais necessidades, para a recuperação da sua homeostasia de forma holística (OE, 2019).

A participação neste processo de tomada de decisão e reflexão sobre a mesma, levou-me à procura de um novo conhecimento sobre os cuidados em fim de vida em contexto de UCI, bem como às especificidades culturais da população brasileira neste cuidado. Ficou evidenciada a importância do enfermeiro estar desperto para as necessidades da família da PSC em fim de vida, identificando as suas características culturais, respeitando as suas crenças, rituais e religião, bem como a necessidade da integração das mesmas na prática. Fica, também, evidenciado, segundo Giger (2013), a importância do envolvimento da família no cuidar, perspetivando-a de uma forma global, como rede de suporte, e de forma individualizada, constituída por pessoas com necessidades próprias tendo em conta a sua individualidade. De realçar que a família, como organização social e com o seu *background* cultural, tem as suas crenças, valores, religião e organização. É fundamental, para um cuidado culturalmente competente, o enfermeiro estar desperto para estas características únicas e integrá-las no seu processo de cuidar (Giger, 2013).

As situações descritas anteriormente vão ao encontro do definido por Carper (1978), que defende que o cuidado de enfermagem e a tomada de decisão implicam a mobilização de diferentes fontes de conhecimento. Em sua opinião, estas fontes são o conhecimento técnico-científico sobre o comportamento humano, o processo de saúde/doença, a compreensão da pessoa, como ser único e individual, como ela experiencia este processo e o significado que lhe atribui. Outras fontes são, ainda, o conhecimento que o enfermeiro desenvolve sobre si próprio como pessoa, também ele ser único e individual, e a capacidade de tomada de decisão em situações concretas, envolvendo um julgamento clínico e ético-moral (Carper, 1978).

Para a tomada de decisão e cuidados prestados durante o estágio, assumi uma postura de questionamento, levantando diferentes hipóteses para a resolução dos problemas que foram surgindo. Esta postura, assim como os momentos de partilha e reflexão com os orientadores clínicos nos dois contextos de estágio, contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências que este percurso formativo determina. É através de uma análise hipotético-dedutiva, entre o conhecimento técnico-científico e a experiência clínica, que o enfermeiro se apercebe da necessidade dos cuidados a prestar ao doente, assim como desenvolve o seu processo de tomada de decisão baseada no julgamento clínico (Tanner, 2006).

O assumir desta postura de questionamento e reflexão, sobre o conhecimento científico, o conhecimento empírico e a procura da resolução de problemas decorrentes da prática clínica, possibilita o desenvolvimento do grau de perícia defendido por Benner (2001). Por conseguinte, ao longo deste percurso formativo demonstrei conhecimento através da prática reflexiva e pensamento crítico na prestação de cuidados à PSC em contexto multicultural, tendo em consideração as dimensões éticas e sociais decorrentes da mesma.

Desenvolver competências na prestação de cuidados à PSC, envolvendo a família/cuidador, tendo em conta um cuidado centrado na pessoa e suas diferentes dimensões, em contexto multicultural

A PSC é definida como aquela que está gravemente doente ou ferida e que não é mais capaz, de forma independente, de manter a sua estabilidade fisiológica ou está em risco de rapidamente desenvolver essa instabilidade (Benner et al., 2011). Esta pode decorrer de uma situação de emergência, ou seja, resultante de uma agressão causadora da perda de saúde brusca e/ou violenta, ameaçando a integridade ou funções vitais de um ou mais órgãos, colocando a pessoa em risco de vida, o que implica um apoio assistencial imediato (OE, 2018). Este apoio é oferecido nos Serviços de Urgência, pelo que foi fundamental, para o meu desenvolvimento e aprimorar de competências especializadas na prestação de cuidados à PSC, um dos momentos de estágio ser neste contexto.

A prestação de cuidados em SU é uma realidade por mim conhecida, uma vez que desempenho funções neste contexto. Porém, foi muito enriquecedor deparar-me com uma nova realidade e organização de cuidados, o que me permitiu refletir sobre as mesmas, promovendo, assim, o meu desenvolvimento profissional como Enfermeira Especialista.

Ao SU ocorre um variado leque de pessoas com diferente sintomatologia, patologias e afeções, as quais motivam a sua ida a este serviço. Por conseguinte, a sua diversidade e imprevisibilidade levam à necessidade de uma gestão eficaz das prioridades e domínio das diferentes áreas do cuidar. É também fundamental o assumir de um trabalho em equipa, em constante articulação com os diferentes elementos da equipa multidisciplinar.

Para dar resposta aos diferentes níveis de complexidade de cuidados, é imperiosa a gestão e priorização dos mesmos. Sendo um aspeto necessário em

qualquer setor do SU, é na Triagem onde é especialmente evidenciada a sua importância.

O sistema de Triagem de Manchester foi implementado em Portugal no ano 2000 (DGS, 2018b). Através do mesmo, é definido o nível de prioridade do atendimento clínico no SU, tendo em conta a sintomatologia apresentada e os seus critérios de gravidade, sendo atribuída uma cor que corresponde ao tempo alvo em que é expectável a observação clínica da pessoa (DGS, 2018b). O direcionamento para as diferentes especialidades médicas é realizado consoante a norma institucional interna. É também no SU que são ativadas as diferentes Vias Verde e o respetivo encaminhamento (DGS, 2018b).

Como enfermeira a desempenhar funções num SU, a triagem é, para mim, já conhecida. Porém, foi importante deparar-me com uma realidade diferente. O sistema é semelhante ao por mim utilizado, no entanto, passar por este setor ajudou-me a melhor compreender o percurso do doente no SU em questão e qual a sua dinâmica de cuidados. Acrescento ainda, a importância do desenvolvimento da perícia para a identificação dos sinais de instabilidade e atribuição da prioridade de atendimento, promovendo assim um apoio assistencial em tempo adequado, tendo em conta a complexidade da necessidade de cuidados e consequente melhoria da qualidade dos mesmos.

Prestar cuidados na Sala de Reanimação, tanto a doentes em contexto de COVID 19, como não tendo COVID 19, ofereceu-me a oportunidade de desenvolvimento e consolidação de conhecimento e competências na prestação de cuidados à PSC. Para tal, foi necessária a mobilização de conhecimentos da minha prática clínica diária em situações de urgência/emergência, com aqueles adquiridos durante o curso de Mestrado, nomeadamente com a realização da formação em Suporte Avançado de Vida e Suporte Avançado de Vida em Trauma.

A prestação de cuidados em contexto de Balcão e Serviço de Observação, permitiu-me acompanhar o doente ao longo do seu processo de doença aguda,

compreender a dinâmica de cuidados nestes setores e desenvolver competências na vigilância e monitorização do seu estado clínico. Assim, houve o aprimorar e o desenvolvimento da perícia na identificação precoce e antecipação da instabilidade da pessoa, sendo essa uma das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica (OE, 2018). Os cuidados de enfermagem, nesta situação, têm por objetivo a recuperação da pessoa e a prevenção de complicações, uma vez que, através da monitorização e identificação das funções vitais comprometidas, são desencadeadas ações para dar resposta às necessidades apresentadas (OE, 2018). Este cuidado visa a mobilização de conhecimentos e habilidades para responder em tempo útil e de forma holística (OE, 2018).

Para uma abordagem holística do cuidar, é necessário também o envolvimento da família, uma vez que a mesma é detentora de informação fulcral para a personalização dos cuidados. Nesse sentido, mesmo em contexto de pandemia, em que a família se encontra afastada do doente, sempre que me foi possível aproximei-me da mesma, no sentido de melhor conhecer e compreender o doente, as suas características individuais e a sua especificidade cultural. Assim, foi-me possível prestar um cuidado mais individualizado e culturalmente relevante. Esta atenção e cuidado à família vai ao encontro do descrito por Sá et al. (2015), que referenciam que ter a família como nossa aliada é, portanto, promover um cuidado personalizado e individualizado.

Segundo o Modelo de Avaliação Transcultural de Giger e Davidhizar (Giger, 2013), para estudar a família numa perspetiva cultural, tem de se compreender as características individuais dos seus membros, as relações estabelecidas entre os mesmos e como eles se relacionam com o seu meio ambiente e social. Todos os indivíduos devem ser reconhecidos na sua individualidade e como pertencentes a um grupo familiar, sendo que a unidade social família tem influência em cada pessoa e cada pessoa tem influência no seu grupo social (Giger, 2013). É nesta

partilha que é promovido o desenvolvimento da família como um todo e de cada membro individualmente (Giger, 2013). A quebra deste equilíbrio, tal como acontece no processo de doença, pode gerar novas necessidades na pessoa e na família, cabendo ao enfermeiro estar desperto para estas novas necessidades, ajudando no restabelecimento da homeostasia (Giger, 2013).

Por conseguinte, torna-se muito redutor ver a família apenas como uma extensão do próprio doente. Os seus elementos, também eles detentores de características únicas e individuais, ao experienciarem o processo de doença do seu ente querido, desencadeiam sentimentos e necessidades próprias. Consequentemente, a família carece, igualmente, ser alvo de cuidados por parte do Enfermeiro (Sá et al., 2015). Nesta perspetiva, foi também necessário compreender e desenvolver estratégias para o estabelecimento de uma relação com a família da pessoa por mim cuidada, tendo em conta a sua herança cultural. Foi importante e desafiante, tendo em conta a especificidade cultural de cada família, compreender as diferentes formas de experienciar a dor e angústia, identificar qual a pessoa significativa e qual o grau de envolvimento no cuidar em que estaria disposta a participar.

Foi particularmente interessante experienciar esta variabilidade cultural, no que se refere ao apoio e necessidade de permanência da família junto do doente, em contexto de SU. Apercebi-me, comprovando a minha experiência profissional, que a família, independentemente do seu *background* cultural, identifica a informação como uma necessidade premente. Esta necessidade vem, também ela, descrita na literatura por Al-Mutair, Plummer, Clerehan e O'Brien (2014).

Tanto o doente como a família oriunda do Brasil, demonstram uma grande necessidade de acompanhamento e permanência da mesma junto do seu ente querido. Esta necessidade é, muitas vezes, demonstrada de forma muito emotiva. Segundo Giger e Davidhizar (2002b) e Giger (2013), a organização familiar, as relações entre os seus membros e os papéis desempenhados pelos mesmos têm

uma forte influência cultural. Segundo as mesmas autoras, alguns grupos culturais funcionam de uma forma mais tradicional, perspetivando a família como um todo, ou seja, de uma forma mais holística. De acordo com Sandalowski (2007), apesar da multiculturalidade presente no Brasil e consequente multiplicidade de organizações familiares, a família tradicional, com forte influência religiosa, é aquela que tem maior expressividade. Por conseguinte e indo ao encontro do exposto por Giger (2013), quando surge um evento desestabilizador, como a doença, é requerida a mobilização e envolvimento de todos os membros da família.

Por outro lado, as famílias e doentes oriundos do Leste Europeu têm uma postura mais estoica, no que concerne a esta questão. Guerreiro, Torres e Lobo (2007) consideram que esta cultura tem enraizada em si uma organização familiar patriarcal, envolvendo membros da família mais extensa. Na opinião destes autores, a família é uma das principais esferas de investimento pessoal, procurando o seu suporte nos eventos adversos. Porém, de acordo com Smith (2013), apesar do sentimento de pertença e da necessidade do apoio familiar no processo de tomada de decisão, procuram manter a sua independência no processo de doença. Esta situação foi por mim experienciada no contexto de SU, com uma jovem de 19 anos com o diagnóstico de apendicite aguda. Foi explicada a necessidade de tratamento cirúrgico, tanto aos seus pais como à mesma. Quando todos os procedimentos foram explicados e as dúvidas esclarecidas, a família abandonou de imediato o SU e a jovem aguardou serenamente a sua ida ao bloco operatório.

O cuidado centrado na pessoa, observando-a como ser único e individual, respeitando a sua singularidade e especificidade cultural, assim como o envolvimento da família, são aspetos que, segundo Ashworth (1990), promovem o conforto do doente, preocupação preponderante nos cuidados de enfermagem. De realçar, que a dor é um dos elementos que provoca maior ansiedade e

desconforto no doente em situação crítica. Esta situação decorre da presença dos dispositivos médicos de monitorização mais avançada, da aplicação de alguns procedimentos terapêuticos complexos, nomeadamente da colocação e permanência do tubo endotraqueal em contexto de ventilação mecânica invasiva, da colocação de cateteres venosos centrais e de linhas arteriais e da colocação de drenos torácicos (Castro, Vilelas & Botelho, 2011).

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2018), uma das unidades de competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica é “a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas” (OE, 2018, p.19363). Para tal, não basta apenas a instituição de protocolos terapêuticos, mas também a compreensão do fenómeno da dor na sua forma de sentir e de expressão.

Na minha prática clínica e, também, constatado ao longo deste percurso formativo, a dor experienciada pela pessoa e a sua forma de expressão são únicas e individuais, o que vai ao encontro do descrito por Sarti (2001), que refere que a dor é uma experiência subjetiva de cariz sensorial e emocional. Contudo, existem traços comuns entre as pessoas que partilham a mesma cultura. A forma de experienciar e expressar a dor está intimamente relacionada com a herança cultural de cada indivíduo, sendo que o seu significado é conferido pela sociedade em que está inserido (Sarti, 2001).

De acordo com Sarti (2001), “embora singular para quem a sente, a dor se insere num universo de referências simbólicas, configurando um fato cultural” (p.3). Também esta variabilidade cultural da dor vem descrita por Davidhizar e Giger (2004), fazendo referência a que, apesar de a dor ser uma experiência única e individual, também ela tem inscrita a matriz cultural da pessoa cuidada. Estas autoras afirmam que a cultura molda a forma da dor ser vivenciada, expressada

e o significado que lhe é atribuído. Em algumas culturas ela é experienciada de forma mais estoica, enquanto noutras de forma mais emotiva (Davidhizar & Giger, 2004).

Para a avaliação e interpretação da dor, tendo em consideração a sua variabilidade cultural, Davidhizar e Giger (2004) sugerem sete estratégias: a utilização de escalas de avaliação da dor, apreciar as variações na resposta afetiva à dor, desenvolver sensibilidade para as variações nos estilos de comunicação, reconhecer que a demonstração da dor pode não ser aceite dentro de uma cultura, reconhecer que culturalmente não é atribuído o mesmo significado à dor, conhecer o impacto das variações biológicas e desenvolver a consciência pessoal de que os valores e as crenças podem afetar as respostas à dor.

Fui confrontada com esta variabilidade em inúmeras situações no decorrer do estágio em SU, nomeadamente na prestação de cuidados a pessoas oriundas dos países do Leste Europeu, onde considerei especialmente desafiador a avaliação e interpretação da dor. A título de exemplo, posso fazer novamente referência à jovem oriunda do Leste Europeu que recorreu ao SU por dor abdominal, náuseas e febre, tendo sido diagnosticada uma apendicite aguda. Esta jovem, apesar de aparentar alguma serenidade, fez uma descrição pormenorizada da sua dor, incluindo a localização e intensidade. Acrescento, ainda, a situação de um doente com Enfarte Agudo do Miocárdio que, apresentando-se pálido e sudorético, de forma expositiva e pouco emotiva, descreveu pormenorizadamente as características da sua dor.

Esta descrição verbal e diminuta utilização da mímica corporal na expressão de sentimentos e emoções como a dor, vem descrita na literatura por Smith (2013). Segundo esta autora, a população oriunda do Leste Europeu é mais reservada, exprimindo os seus sentimentos e emoções, tal como a dor, apenas em ambiente de conforto e a pessoas que lhes são próximas. Aquando da sua

expressão, utilizam majoritariamente a linguagem verbal, sendo muito discretos na utilização da mímica corporal (Smith, 2013).

Aprofundar o meu conhecimento neste domínio, através da reflexão e articulação da minha prática com a literatura consultada sobre esta temática, ajudou-me na interpretação dos sinais da dor, como a pessoa a está a experienciar e na gestão da mesma. De evidenciar, também, que a dor pode ser um sinal de antecipação da instabilidade do doente, como ocorre nas situações de doentes com Enfarte Agudo do Miocárdio e Abdómen Agudo descritas anteriormente. Portanto, interpretar corretamente a dor ajudou-me na antecipação dessa mesma instabilidade.

Regressando à situação apresentada do senhor do Leste Europeu, com o diagnóstico de Enfarte Agudo do Miocárdio, importa também fazer referência à relevância do conhecimento das *variações biológicas* apresentadas no Modelo de Avaliação Transcultural de Giger e Davidhizar. Segundo Smith (2013), a população do Leste Europeu tem uma alimentação mais rica em sal e gordura, pelo que tem maior propensão para o desenvolvimento de patologia cardiovascular. Os resultados do estudo realizado por Reuven, Dreier e Shvartzman (2016), com cidadãos da antiga União Soviética imigrantes em Israel, evidenciaram também uma elevada prevalência de hipertensão arterial e de morbilidade cardiovascular. O conhecimento de que determinados grupos étnicos têm maior propensão para o desenvolvimento de determinadas patologias, ajuda o enfermeiro a antever e identificar problemas, estabelecendo planos de ação para a resolução dos mesmos (Giger & Davidhizar, 2002b).

A prestação de cuidados à PSC exige a mobilização de conhecimentos técnico-científicos, assim como sobre as ciências humanas. Para dar resposta às necessidades apresentadas pela PSC, para a sua recuperação e prevenção de complicações, são utilizados meios de monitorização contínua e de identificação das funções vitais comprometidas (OE, 2018). As UCI são o local vocacionado para

este cuidado, dispondo de meios altamente tecnológicos para a monitorização hemodinâmica e aplicação de protocolos terapêuticos complexos (Paiva et al., 2016). Assim, para o meu desenvolvimento de competências especializadas à PSC, foi fundamental que um dos momentos de estágio decorresse neste contexto.

Este percurso formativo, em contexto de UCI Neurocirúrgicos e Trauma, foi muito enriquecedor no que se refere à vigilância da PSC. Foi-me possível ter contato com diferentes meios avançados de monitorização hemodinâmica que, ao longo do meu percurso profissional, não tinha tido oportunidade. Destes meios de monitorização, posso destacar a avaliação do débito cardíaco através do cateter de PICCO por técnica de termodiluição, a avaliação da pressão intra-abdominal, a avaliação da pressão intracraniana, temperatura cerebral e pressão tecidual cerebral de oxigénio por cateter intracerebral, o eletroencefalograma contínuo e o índice bispectral (BIS). Foi-me possível, também, o desenvolvimento de uma sensibilidade aprofundada na avaliação do estado de consciência do doente crítico, através da utilização da Escala de Coma de Glasgow e da *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS).

Com esta experiência, tive a oportunidade de desenvolver habilidades no manuseio e utilização destes meios mais avançados de monitorização, possibilitando-me um aprimorar de competências na avaliação da PSC e identificação precoce de focos de instabilidade.

A minha experiência clínica em contexto de SU, permitiu-me desenvolver uma sensibilidade acrescida para detetar sinais de alerta de instabilidade através de sinais clínicos. Esta sensibilidade, aliada à perícia desenvolvida durante os dois momentos de estágio, onde houve um aperfeiçoar dos conhecimentos na utilização dos diferentes meios de monitorização, contribuiu para o meu desenvolvimento de competências na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica da PSC. Esta é uma das competências do Enfermeiro Especialista na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica (OE, 2018).

Posso destacar, da experiência de estágio em contexto de UCI, a gestão de protocolos terapêuticos complexos à pessoa sob ventilação mecânica invasiva. Não que esta situação de cuidados fosse nova para mim; porém, houve um aprimorar na identificação das necessidades desta pessoa, bem como dos cuidados procedimentais à mesma. Realço, também, a oxigenoterapia por alto fluxo e as técnicas de substituição da função renal. Estas, sim, totalmente novas para mim, o que implicou um aprofundar do conhecimento técnico-científico e o desenvolvimento de competências na vigilância do doente, bem como na manipulação destes equipamentos. Foi-me também possível prestar cuidados em situação de morte cerebral e manutenção hemodinâmica do dador, tendo participado nos diferentes procedimentos realizados durante as provas de morte, o que foi, também, uma experiência nova e muito enriquecedora para o meu desenvolvimento profissional.

Tendo em conta as características da UCI Neurocirúrgicos e Trauma, não posso deixar de fazer referência às múltiplas situações de cuidados ao doente neurocrítico. O objetivo primordial na prestação de cuidados a este doente é manter a viabilidade do tecido cerebral, evitando a lesão secundária decorrente da hipertensão intracraniana (McNett & Gianakis, 2010). Deste modo, tive oportunidade de realizar uma avaliação criteriosa do estado de consciência do doente e dos seus sinais vitais, o que motivou o desenvolvimento de uma sensibilidade acrescida para a identificação precoce de sinais de deterioração neurológica. De destacar, as atividades do enfermeiro no controlo da hipertensão intracraniana, através da manutenção da permeabilidade da via aérea e de uma respiração eficaz, do controlo da glicémia e instituição dos protocolos de administração de Insulina e do controlo da temperatura (McNett & Gianakis, 2010). De forte relevância, na prestação de cuidados a estes doentes, as intervenções autónomas de enfermagem no posicionamento, no controlo do ambiente e dos estímulos (Silva & Lage, 2010). A necessidade de aprofundamento destes conhecimentos motivou a realização de um estudo de caso. Neste, foi

abordada a situação crítica de uma jovem, com múltiplos traumatismos, nomeadamente traumatismo cranioencefálico, resultantes de uma queda.

O controlo da dor e gestão da sedoanalgesia são, também eles, fatores primordiais na abordagem a este doente. Tendo em conta as suas características, nomeadamente a alteração do estado de consciência, a alteração na comunicação e a presença do dispositivo de ventilação mecânica invasiva (tubo traqueal e/ou traqueotomia), são vários os desafios na identificação e avaliação da dor. Nesse sentido, é importante identificar qual o método de avaliação da dor e qual a escala que melhor se adapta às características da pessoa cuidada (Teixeira & Durão, 2016). Perante uma pessoa com diferente *background* cultural, é essencial reconhecer e ter em consideração as características culturais na expressão e vivência da dor, nomeadamente os valores e as crenças que a podem afetar, de forma a ser possível fazer o seu controlo e gestão eficazes (Davidhizar & Giger, 2004)

Na UCI, é utilizada a *Behavioral Pain Scale* (BPS), a qual avalia a dor através da resposta comportamental à mesma, ou seja, a expressão facial do doente, os movimentos e tensão muscular dos membros e a adaptação à ventilação mecânica invasiva (Teixeira & Durão, 2016). De acordo com Teixeira e Durão (2016), esta é uma das escalas mais utilizadas em contexto de UCI. Este foi o meu primeiro contato na aplicabilidade desta escala de avaliação da dor. No meu contexto de trabalho é utilizada a escala numérica, pelo que, diariamente, sou confrontada com situações de ambiguidade e dificuldade na avaliação da dor em doentes sob sedação. Assim, o desenvolvimento da habilidade na sua aplicação, ajudou-me no processo de desenvolvimento de competências na avaliação da dor da PSC, bem como no processo de tomada de decisão para a gestão de protocolos terapêuticos de sedoanalgesia.

Durante o estágio nesta Unidade, apercebi-me, tal como vem descrito na literatura, nomeadamente por McKinley et al. (2002), que o ambiente altamente

tecnológico requerido para a prestação de cuidados a estes doentes é extremamente hostil. Questões ambientais, como o ruído e a luminosidade intensa, as diferenças de temperatura, os vários odores, com os quais a pessoa internada não está familiarizada, e a dificuldade de mobilização, inerente ao processo de doença e aos vários dispositivos médicos a que está conectada, interferem com o seu bem-estar. A privacidade está, também ela, muitas vezes comprometida (Meriläinen, Kyngäs & Ala-Kokko, 2010).

O ambiente anteriormente descrito é considerado promotor de uma despersonalização da pessoa cuidada (Castro et al., 2011). Esta despersonalização no cuidar, associada à dependência física e emocional do doente, ao desconhecimento da sua situação clínica, aos procedimentos necessários para a sua recuperação e a uma comunicação pouco eficaz, despoletam sentimentos de ansiedade, insegurança e vulnerabilidade (McKinley et al., 2002). Cabe assim ao enfermeiro apaziguar estes sentimentos, através da promoção do conforto, sendo este um dos seus papéis preponderantes na prestação de cuidados (Ashworth, 1990).

Para combater estes sentimentos, constatei, durante o período de estágio, que é fundamental a promoção de um ambiente de conforto. Este é conseguido não só pelo controlo da dor e do ambiente físico, como também pela personalização do cuidar, tendo em consideração a sua herança cultural, assente num cuidado centrado na pessoa e naquilo que considera importante para a sua homeostasia. Esta afirmação vai ao encontro da definição de cuidado transcultural de Giger e Davidhizar (2002b).

Neste sentido, o aprofundar de saberes sobre a cultura das pessoas oriundas do Brasil, Guiné-Bissau e países do Leste Europeu, promoveu em mim o desenvolvimento da consciência cultural requerida para um cuidado culturalmente relevante, como referido por Burchum (2002).

Considereei verdadeiramente desafiante aceder às reais necessidades da pessoa, quando esta se encontra sob sedoanalgesia e ventilação mecânica invasiva, nomeadamente em UCI. Para tal, foi necessário o desenvolvimento de novas habilidades comunicacionais, nomeadamente através da leitura das expressões faciais, da tensão muscular e da mímica corporal, assim como da interpretação dos sinais vitais. Foi também fundamental compreender a importância do envolvimento da família, como estratégia na identificação das necessidades da PSC, tal como vem descrito por Rushton (2007). Neste seguimento, para além de ter procurado informação crucial sobre o doente junto da família, tive em consideração as necessidades dos seus membros, como recomendam Sá et al. (2015).

Al-Mutair et al.(2014), no estudo realizado na Arábia Saudita, identificaram como necessidades da família da pessoa internada em contexto de UCI, a segurança, a informação e as necessidades espirituais e culturais. Em contexto de estágio, pude comprovar o que estes autores afirmam. A necessidade de informação sobre o estado clínico do doente, assim como sobre o seu conforto, foram preocupações explícitas das famílias das pessoas por mim cuidadas. De realçar que em situações específicas, como o cuidado em fim de vida a uma jovem oriunda do Brasil, as crenças espirituais e religiosas foram identificadas como promotoras de conforto para a sua família. A necessidade de informação e de manutenção das crenças espirituais e religiosas vêm evidenciadas na literatura por Chan e Twinn (2007), como sendo estratégias de *coping* das famílias chinesas com familiares internados em contexto de UCI.

Decorrente dos condicionamentos da atual pandemia, observa-se o afastamento da família no processo de cuidar. Tendo em conta a restrição de visitas às unidades hospitalares, a UCI desenvolveu algumas estratégias para ultrapassar esta dificuldade. Considerando a situação clínica da pessoa internada, a sua vontade e a necessidade expressa da família, era negociado o momento

mais oportuno para a família se deslocar ao hospital e visitar o seu ente querido. Foi, também, implementado o sistema de videochamada, sendo a família e o doente informados sobre a possibilidade da sua utilização.

Fica evidenciada a importância do enfermeiro estar desperto para as necessidades da família da PSC, identificando as suas diferenças culturais, respeitando as suas crenças, valores, religião e rituais (Page, 2009). Ao identificar os fatores promotores de *stress* e mecanismos de *coping* do doente e sua família, assim como a sua dinâmica familiar, necessidades e recursos, o enfermeiro presta um cuidado holístico, aumentando o bem-estar do doente e da sua família, promovendo um cuidado de excelência à PSC (Leon & Knapp, 2008).

Ao assumir a família como elemento integrante no processo de cuidar à PSC, procurei ser um elemento facilitador nesta interação, oferecendo apoio e promovendo a sua participação nos cuidados, sempre que foi possível e desejado pelos mesmos, tendo em consideração o seu referencial cultural. Demonstrei, desta forma, o desenvolvimento de competências na “gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica” (p.19363), sendo esta umas das competências de Enfermeiro Especialista na área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica (OE, 2018).

Desenvolver estratégias para o estabelecimento de uma relação terapêutica com a PSC e sua família para um cuidado culturalmente competente

O cuidado de enfermagem é fundado na relação estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa cuidada. É através desta relação que o enfermeiro, dotado de competências técnico-científicas e relacionais, identifica as reais necessidades de cuidados do doente e/ou da sua família e, em conjunto, delineia o plano de cuidados, com base no processo de tomada de decisão inerente ao mesmo (OE, 2001).

Para um cuidado culturalmente competente, a relação terapêutica estabelecida deve ser fundada no respeito e compreensão das diferenças culturais, no que concerne às crenças, valores e desempenho de papéis (Giger & Davidhizar, 2002b). Para tal, de acordo com Burchum (2002), é necessário que se desenvolva uma sensibilidade para a diferença que decorre da imersão cultural, a qual fui desenvolvendo ao longo da minha experiência profissional, no meu contexto de trabalho, de estágio neste percurso formativo e, também, a nível pessoal. Foi necessário, também, aprofundar conhecimentos na evidência científica sobre as representações e os comportamentos das populações cuidadas.

Neste aprofundamento de saberes, que promove a consciência cultural (Burchum, 2002), é importante que o enfermeiro, também ele com a sua individualidade própria, se conheça e se compreenda como pessoa. Com este autoconhecimento, são identificadas as semelhanças e diferenças entre si e a pessoa cuidada, no que se refere aos conceitos de saúde e doença, bem como os conflitos que possam emergir dos mesmos (Campinha-Bacote, 2011). Assim, foi fundamental autodefinir estes conceitos, de que forma me posicionava culturalmente na sua definição e identificar como eles influenciavam a minha prática de cuidados. Só assim podem ser desenvolvidas estratégias para um cuidado culturalmente competente, demonstrado pela habilidade em comunicar e incorporar as crenças e valores da pessoa cuidada na prática clínica (Burchum, 2002).

A utilização do Modelo de Avaliação Transcultural de Giger e Davidhizar, como linha orientadora de cuidados, foi uma das estratégias utilizadas para o estabelecimento de uma relação terapêutica. Deste modo, foi-me necessário aprofundar conhecimentos sobre as características culturais da população oriunda do Brasil, dos países do Leste Europeu e da Guiné-Bissau, tendo sido esta a população imigrante mais frequente, tanto em contexto de SU como de UCI.

Quer em contexto de estágio como na minha prática clínica, a comunicação verbal, estabelecida com a população oriunda do Brasil e dos países do Leste Europeu, não constituiu uma barreira no estabelecimento da relação. Por um lado, portugueses e brasileiros partilham a mesma língua materna; por outro, a população do Leste Europeu já detinha conhecimentos e habilidades na comunicação em Português. Contudo, existem diferenças na comunicação não verbal entre estes dois povos. Assim, houve a necessidade de compreender como melhor utilizar o espaço, o toque, o ritmo, o estilo, o volume, o tom emocional e a postura corporal, para estabelecer a *comunicação* que é necessária para a relação terapêutica, como definido por Giger e Davidhizar (2002b).

Foi-me possível constatar que a população brasileira é mais efusiva e emotiva na comunicação, sendo esta característica também evidenciada por Dias, Rodrigues, Hilal e Lopes (2017). Verifiquei que utilizam diferentes símbolos linguísticos para descrever os seus sintomas, aliados também a uma forte componente de linguagem corporal. No cuidar, notei que o toque e a proximidade física na comunicação são características que consideram promotoras de conforto, um veículo para uma comunicação eficaz e facilitadoras no estabelecimento de uma relação terapêutica. Esta característica é também descrita pelos autores supracitados, os quais fazem referência a que a população brasileira, no que se refere à dimensão do “espaço”, valoriza a proximidade, sendo frequente a utilização do toque e a demonstração de emoções e sentimentos livremente.

Por outro lado, tive oportunidade de verificar que as populações oriundas dos países do Leste Europeu são menos emotivas, mais reservadas, tendo uma postura corporal mais rígida e sendo mais descritivas no que se refere à expressão da sua sintomatologia. O descrito anteriormente vai ao encontro do mencionado por Smith (2013), que salienta que esta cultura adota uma postura mais contida. Quando num ambiente que não lhes é familiar, não demonstram emoções e

sentimentos, recorrendo à expressão verbal e fazendo pouca utilização dos símbolos linguísticos não verbais, para o estabelecimento da comunicação (Smith, 2013). De realçar que, apesar da diminuta utilização da linguagem não verbal para se expressarem, são muito cuidadosos na avaliação da mesma (Smith, 2013). Durante a prestação de cuidados, o toque é autorizado desde que devidamente fundamentado e consentido (Smith, 2013). Foi, portanto, fundamental aliar a comunicação verbal e não verbal para melhor compreender as suas reais necessidades, validando-as com os mesmos, dando particular atenção à dimensão cultural *espaço*, não tendo sido considerado benéfico a utilização do toque como veículo comunicacional (Giger & Davidhizar, 2002b).

A barreira comunicacional foi por mim sentida na prestação de cuidados a uma pessoa oriunda da Guiné-Bissau, em contexto de SU. A Guiné-Bissau é um mosaico linguístico, em que a língua oficial é o português, sendo, porém, o crioulo o veículo comunicacional privilegiado (Godinho, 2010). Para além do referido, como faz notar Godinho (2010), acrescem ainda os diferentes códigos linguísticos provenientes das diferentes etnias que constituem o país. Grande parte da população migrante mobiliza de forma satisfatória o português, e esta competência linguística vai sendo incrementada pelo aumento de tempo de residência em Portugal, fruto do processo de socialização (Godinho, 2010).

Tendo em conta esta situação em específico, deter este conhecimento ajudou-me na compreensão de como melhor me expressar com esta doente, utilizando linguagem simples e com uma postura tranquila e validando a informação transmitida. Esta experiência e a reflexão que suscitou, demonstraram-me como a barreira da linguagem verbal pode levantar questões éticas importantes, nomeadamente ao nível do consentimento informado. Igualmente, reforçou a importância de como o estabelecimento de uma comunicação eficaz, baseada na escuta ativa, no conhecimento das especificidades culturais da comunicação

verbal e não verbal e na validação da mesma, pode influenciar o conforto da pessoa cuidada e o processo de tomada de decisão.

Para ultrapassar a barreira comunicacional, nomeadamente a nível linguístico, Chan et al. (2010) apresentam várias estratégias, todas elas com vantagens e desvantagens. Segundo estes autores, podem ser utilizados os serviços de tradução por telefone, os profissionais que dominam a língua do doente, os familiares/pessoa de referência que dominam a língua do país de acolhimento e a requisição de intérpretes com formação específica em cuidados de saúde. Estes últimos são sugeridos como sendo aqueles que oferecem maior credibilidade e de utilização mais segura, pelo que a sua presença deveria ser implementada em todas as unidades de saúde (Chan et al., 2010).

De realçar, também, os desafios comunicacionais encontrados na prestação de cuidados em contexto de SU, na “área de doentes respiratórios”. Este desafio surge pela necessidade de utilização de equipamentos de proteção individual, os quais, pelas suas características, não só dificultam a transmissão e compreensão da mensagem verbal, como também, para a pessoa cuidada, dificultam a interpretação da linguagem corporal do enfermeiro. Para a gestão desta dificuldade, foi necessário dar um maior enfoque na validação da compreensão da mensagem com o doente, para que este condicionalismo não interferisse no estabelecimento da relação terapêutica e qualidade dos cuidados.

Em contexto de UCI, foi importante e desafiador o desenvolvimento de estratégias comunicacionais com a pessoa sob ventilação mecânica invasiva. Foi necessário compreender a forma como a pessoa estabelecia a comunicação através do olhar, da mímica corporal e do toque. Segundo Zeilani e Seymour (2012), no estudo sobre o cuidado a mulheres muçulmanas em UCI, foi evidenciada a dificuldade da comunicação, pela necessidade de entubação traqueal ou de traqueostomia, o que se reflete na experiência do *corpo social*, ou seja, na dificuldade em expressar os seus sentimentos, necessidades e na

comunicação com a própria família. Esta dificuldade foi por mim experienciada em contexto de estágio, tendo sido fundamental assumir o papel de mediador da comunicação, nomeadamente aquando da visita da família, para que a pessoa cuidada conseguisse comunicar com a mesma.

De entre várias situações, posso destacar a experiência na prestação de cuidados a uma pessoa oriunda da Guiné-Bissau, vítima de queda e da qual resultaram múltiplos traumatismos. Apesar de se encontrar sob ventilação mecânica invasiva, estava alerta e consciente do seu meio envolvente. Como veículo comunicacional utilizava, muitas vezes, o olhar, a expressão facial e o toque. Comunicar com a doente exigiu disponibilidade para compreender a mensagem e validá-la com a mesma. Porém, revelou-se como uma estratégia imprescindível para o estabelecimento de uma relação terapêutica com esta doente, como é apoiado por Giger e Davidhizar (2002b).

A comunicação é identificada, na evidência científica, como um dos principais desafios da prestação de cuidados na multiculturalidade (Ramos, 2012). Devido às diferenças culturais na expressão verbal e não verbal da comunicação, há uma dificuldade acrescida na transmissão e compreensão da informação de forma clara e esclarecida (Brooks et al., 2019). Por conseguinte, a comunicação deve ser adaptada aos processos cognitivos, contexto cultural e representações de saúde/doença, necessidades individuais, emocionais, sociais, culturais e linguísticas da pessoa (Ramos, 2008).

Compreender a organização social das pessoas a quem prestei cuidados foi, também ela, um instrumento fundamental para o estabelecimento de uma relação terapêutica. Segundo Giger e Davidhizar (2002b), a *organização social* reflete-se na organização familiar, valores, crenças e desempenho de papéis. Deste modo, conhecer, compreender, respeitar e promover a manutenção das crenças espirituais e religiosas, foi um elo preponderante para o estabelecimento de uma relação de confiança com a pessoa cuidada e aceder às suas reais

necessidades, que tive oportunidade de experienciar na prestação de cuidados à população oriunda do Brasil, quer em contexto de SU como de UCI.

O *tempo* e o *ambiente* são, também, dimensões apontadas por Giger e Davidhizar (2002b), as quais tive em atenção nas estratégias por mim utilizadas como veículos promotores da relação terapêutica. Foi importante compreender se a pessoa se situava no presente, no passado ou no futuro, bem como se tinha a capacidade de controlar a sua natureza e os fatores ambientais que a rodeiam, como descrito por Giger e Davidhizar (2002b). Estar desperta, aceitar e respeitar a crença da doente da Guiné-Bissau, que atribuía a sua condição de doença crítica a uma entidade superior e transcendental, devendo apenas aceitar e aguardar que fosse digna para ser restaurada a sua saúde, ajudou-me no estabelecimento de uma relação terapêutica e de confiança com esta pessoa. Foi, também, um veículo facilitador no processo de gestão de conflitos, entre a sua crença e os cuidados requeridos pela sua situação de doença crítica.

Em síntese, a experiência de cuidados, tanto em contexto de SU como de UCI, ofereceu-me uma multiplicidade de momentos de desenvolvimento de novos conhecimentos, habilidades e comportamentos. Ficou demonstrado, pelo supracitado, o desenvolvimento de competências e estratégias comunicacionais com a PSC, adaptando esta comunicação às características culturais da pessoa cuidada e à complexidade do seu estado de saúde. Estas estratégias foram o instrumento impulsionador para o estabelecimento de uma relação terapêutica com a PSC e sua família, para um cuidado assente na singularidade da pessoa, tendo em atenção a sua especificidade cultural. Deste modo, considero que desenvolvi competências de um cuidado especializado à PSC e sua família, gerindo o estabelecimento de uma relação terapêutica assente numa comunicação eficaz, sendo estas competências do Enfermeiro Especialista na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica (OE, 2018).

Desenvolver competências na área de prevenção e controlo de infeção à PSC, seguindo as normas de boas práticas

A segurança do doente é considerada um dos grandes desafios na prestação de cuidados de saúde, uma vez que há sempre um elemento de risco inerente aos mesmos (International Council of Nurses, 2018). Nesta perspetiva, salientam-se as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), como o evento adverso mais comum que coloca em risco a segurança do doente (WHO, 2011).

As IACS definem-se como as infeções que não estão presentes, nem em incubação, no momento da admissão da pessoa na instituição de saúde, podendo ter origem em fontes endógenas ou exógenas (WHO, 2011). As fontes endógenas estão associadas ao próprio corpo da pessoa, onde existe colonização microbiana (como a pele, o nariz, a boca e o sistema gastrointestinal), sendo que em condições favoráveis à sua proliferação (organismo debilitado), podem ser promotoras de infeções (WHO, 2011). As fontes exógenas dizem respeito ao ambiente, ao equipamento utilizado na prestação de cuidados, aos dispositivos médicos e à forma mais frequente de transmissão, através das mãos dos prestadores de cuidados (WHO, 2011).

As IACS têm, como consequência, hospitalizações mais prolongadas, que provocam, por um lado, o acréscimo de sofrimento ao doente e às suas famílias e, por outro, promovem o aumento do consumo e consequente resistência aos antimicrobianos (WHO, 2011). Por conseguinte, há um incremento dos custos em saúde (WHO, 2011), questão que a DGS (2017) corrobora, enfatizando a importância desta problemática, tanto a nível mundial como a nível nacional.

O European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) desencadeou um estudo epidemiológico de prevalência de IACS entre 2011 e 2013, chegando à conclusão que, na Europa, 6% dos doentes internados em contexto hospitalar desenvolve, pelo menos, uma IACS (ECDC, 2013). Neste mesmo estudo, ficou

explanado que, em Portugal, 10,5% dos doentes internados é diagnosticado com uma infeção decorrente do período de internamento (DGS, 2017).

Tendo em consideração a elevada taxa de IACS em Portugal, evidenciada pelo referido estudo, em 2013 o Ministério da Saúde determinou a criação do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos – PPCIRA (Despacho n.º 15423/2013 de 26 de novembro).

O PPCIRA surgiu como um dos nove programas prioritários de saúde da DGS, tendo como missão a vigilância epidemiológica das IACS, a criação das condições necessárias para evitar a sua transmissibilidade, a correta utilização da antibioterapia e a resistência aos antimicrobianos (DGS, 2018a). Deste programa, decorrem estratégias a serem implementadas nas diferentes unidades de saúde que promovam a aplicação de boas práticas pelos seus profissionais (Ministério da Saúde, 2019). Para tal, de acordo com Clack et al. (2018), a mudança é mais facilmente impulsionada quando existem elementos facilitadores da mesma, tendo o enfermeiro um papel preponderante nesta área temática.

Segundo o International Council of Nurses (2018), o enfermeiro tem um papel premente na promoção de programas de prevenção e controlo da infeção. Em Portugal, o enfermeiro é o único profissional de saúde legalmente alocado a tempo integral no desempenho desta função (Despacho n.º 15423/2013 de 26 novembro). Surge, então, como uma das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, como se observa na alínea c) do artigo 3º do Regulamento n.º 429/ 2018: “maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos 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” (OE, 2018, p. 19359).

Não sendo o controlo da infeção uma preocupação recente, na atualidade tornou-se ainda mais urgente a reflexão sobre esta problemática, uma vez que

vivemos uma situação pandémica. Dada esta situação, em contexto de estágio em SU, foi de grande relevância a experiência de prestação de cuidados na “área de doentes respiratórios”. Neste sentido, foi fundamental a consulta das normas e procedimentos vigentes no SU, para melhor compreender a dinâmica de cuidados e o circuito dos doentes. Foi também premente a necessidade de me manter atualizada, através da consulta constante das normas emanadas pela OMS e pela DGS. De realçar o papel do enfermeiro perito, como elemento dinamizador na transmissão e formação dos diferentes elementos da equipa de saúde sobre esta área temática, nomeadamente na correta utilização e gestão dos equipamentos de proteção individual, na correta manipulação e desinfeção do equipamento médico e superfícies, assim como no estabelecimento do circuito dos doentes.

O desenvolvimento tecnológico, aliado à necessidade de monitorização hemodinâmica invasiva e da aplicação de protocolos terapêuticos complexos, que são requeridos no cuidado à PSC, exigem a utilização de dispositivos médicos, os quais podem constituir uma “porta de entrada” a microrganismos promotores de infeções. Assim, o enfermeiro que presta cuidados à PSC tem de estar desperto para esta problemática, dado que, de acordo com o Regulamento n.º 429/2018, cabe ao enfermeiro a promoção e cumprimento das precauções básicas na prevenção de infeções, nomeadamente na manutenção e manuseio de dispositivos médicos (OE, 2018).

Sendo esta problemática transversal a qualquer contexto de cuidados, a minha experiência durante o estágio em UCI evidenciou-se como muito enriquecedora. A reflexão e a procura de conhecimento sobre o controlo da infeção e as IACS, levou-me ao desenvolvimento de competências na implementação das melhores práticas e consequente redução do risco de infeção na prestação de cuidados à PSC. Relativamente às normas emanadas pela DGS, posso evidenciar o protocolo de Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação, através da higiene oral com gluconato de Clorhexidina a 0,2% pelo menos três

vezes por dia, a elevação da cabeceira a 30° (quando a situação clínica da pessoa o permite) e a manutenção do balão do tubo endotraqueal devidamente insuflado (DGS, 2015b). De destacar, também, a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico, através do banho com Clorohexidina a 2% no pré e pós-operatório; a realização de tricotomia apenas quando estritamente necessário e com equipamento adequado; a utilização conscienciosa da antibioterapia profilática para o procedimento cirúrgico e o controlo da temperatura (DGS, 2015a).

Neste âmbito, foi-me possível, também, a prestação de cuidados a pessoas com resultado positivo para *Klebsiella pneumoniae*. Nesta situação, destaco a importância da gestão do espaço físico, a utilização de equipamentos de proteção individual, a consciencialização da equipa de saúde quanto à necessidade e importância da utilização destes últimos, bem como o ensino à família aquando da sua visita ao doente.

De destacar, na UCI, a utilização de documento próprio, de fácil acesso no processo clínico do doente, com a data das diferentes colheitas de produtos biológicos para exame cultural e o seu respetivo resultado. Este documento facilita e evidencia a necessidade da adoção de determinadas medidas dirigidas, acessível a todos os profissionais de saúde que prestam cuidados ao doente. Mais uma vez, destacado o papel do enfermeiro, sendo ele o responsável pelo seu preenchimento e articulação com os restantes elementos da equipa multidisciplinar, para o processo de tomada de decisão de quais as melhores medidas a adotar. Saliento assim, a relevância do papel do enfermeiro perito nesta UCI, como dinamizador da equipa no estabelecimento de protocolos para as melhores práticas e estratégias para a prevenção e controlo da infeção.

A reflexão sobre a minha prática clínica em contexto profissional e em contexto de estágio, em articulação com a evidência consultada, alargou os meus conhecimentos sobre esta área temática, trazendo benefícios para a minha prática de cuidados e, consequentemente, para a promoção da segurança do

doente. Por conseguinte, foi necessário, da minha parte, o estabelecimento de estratégias pró-ativas para a prevenção e controlo da infeção na PSC. Deste modo, desenvolvi uma das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, maximizando a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica (OE, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório evidencia o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem na prestação de cuidados à PSC, tendo como base as competências preconizadas no Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica (ESEL, 2010), o Decreto-Lei n.º65/2018, artigo 16º (Decreto-Lei n.º65/2018 de 16 de agosto) em concordância com os descritores de Dublin para o 2º Ciclo de formação, as competências comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019) e específicas do Enfermeiro Especialista na Área da Pessoa em Situação Crítica (OE, 2018).

O tema que escolhi e desenvolvi no período de estágio em contexto de SU e UCI, “Cuidado Culturalmente Competente à Pessoa em Situação Crítica: Uma Intervenção Especializada em Enfermagem”, foi sustentado no referencial teórico do Modelo de Avaliação Transcultural de Giger e Davidhizar (Giger & Davidhizar, 1995, 2002b).

Cuidar da PSC envolve a mobilização de diferentes conhecimentos e habilidades, os quais podem mostrar-se insuficientes quando estamos perante pessoas com um diferente *background* cultural. A crescente multiculturalidade da sociedade portuguesa deve ser tida em consideração, a qual desafia os enfermeiros a prestar um cuidado culturalmente significativo para o doente e sua família. A utilização do Modelo de Avaliação Transcultural de Giger e Davidhizar, tendo em atenção as dimensões culturais comunicação, espaço, organização social, tempo, ambiente e variações biológicas (Giger & Davidhizar, 1995, 2002b), que são expressas de forma diferente de acordo com a cultura, constitui uma estratégia para a prestação de um cuidado culturalmente competente à PSC e sua família.

Para dar resposta aos objetivos por mim apresentados e para o desenvolvimento das competências que este percurso formativo implicou, tive a necessidade de compreender quais as estratégias para um cuidado culturalmente competente à PSC em contexto de SU e UCI. A RIL que elaborei sobre a área temática em questão, o estudo do Modelo de Avaliação Transcultural de Giger e Davidhizar, as ações de formação em que participei, as diferentes Unidades Curriculares do Curso de Mestrado e o aprofundamento de conhecimentos técnico-científicos, decorrente das situações de cuidados à PSC e sua família em contexto de estágio, contribuíram para a sustentação científica para o desenvolvimento das competências exigidas.

Os resultados da RIL evidenciaram a necessidade da promoção de um ambiente de respeito, perspetivando a pessoa como um ser único e individual, nas suas diferentes dimensões biopsicossocioculturais, para o estabelecimento de uma relação terapêutica, sustentada numa comunicação eficaz e de confiança. Neste sentido, foi necessário desenvolver a sensibilidade, perícia e habilidade para aceitar e integrar as diferenças culturais na prática de cuidados. Para aceder às reais necessidades da PSC com diferente *background* cultural, foi fundamental o envolvimento da família, não só como elo, mas também como unidade merecedora de cuidados, tendo em conta a sua especificidade cultural.

Durante o estágio em SU e UCI, foram inúmeras as situações que suscitaram momentos de reflexão, de onde saliento as experiências de cuidados a pessoas oriundas do Brasil, da Guiné-Bissau e dos países do Leste Europeu. Foi necessário, da minha parte, uma postura constante de questionamento, pensamento crítico e busca de conhecimento nas diferentes fontes de evidência científica, tendo em conta a complexidade das situações, para um processo de tomada de decisão fundamentado, incrementando a qualidade da minha prática de cuidados e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados avançados (Benner, 2001).

Deste modo, foi possível o desenvolvimento de um nível aprofundado de conhecimento na prestação de cuidados à PSC e sua família em contexto multicultural, o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à pessoa e família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e falência orgânica, atendendo à sua situação emergente e antecipação de instabilidade, a administração de protocolos terapêuticos complexos, a gestão da dor e bem-estar, o desenvolvimento de estratégias comunicacionais e de estabelecimento de uma relação terapêutica. De realçar o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe, que emergiu do contexto de pandemia que estamos a experienciar. E, por fim, o desenvolvimento de competências na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a PSC. Pelo exposto, considero ter desenvolvido as competências comuns de Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista na Área da Pessoa em Situação Crítica (OE, 2018).

Foram vários os desafios que foram surgindo ao longo deste percurso formativo. Posso considerar, como ponto forte, a minha motivação e dedicação ao longo do mesmo. Não posso deixar de salientar o apoio da Professora Tutora e os Enfermeiros Orientadores de ambos os locais de estágio para que tal fosse possível. Como dificuldade, posso fazer referência ao período de pandemia que vivemos na atualidade o que exigiu, consequentemente, como enfermeiros na “linha da frente” desta luta, uma maior disponibilidade para o desempenho das nossas funções.

Saliento a minha motivação para abraçar novos projetos sobre o cuidado culturalmente competente à PSC na instituição onde desempenho a minha atividade profissional, bem como a minha disponibilidade para a sensibilização da importância desta problemática junto da equipa multidisciplinar. É meu propósito também, atualizar a RIL para submetê-la a publicação, dando o meu contributo para a disseminação do conhecimento científico e desenvolvimento do corpo de

conhecimentos da disciplina de Enfermagem, com a finalidade da melhoria da prática de cuidados.

Pelo percurso por mim realizado e analisado no presente relatório, considero ter atingido com sucesso os objetivos delineados, dando mais um passo na minha construção contínua como profissional de Enfermagem. Estou consciente, porém, da necessidade permanente de autodesenvolvimento pessoal e profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al-Mutair, A. S., Plummer, V., Clerehan, R. & O'Brien, A. T. (2014). Families' needs of critical care Muslim patients in Saudi Arabia: A quantitative study. *Nursing in Critical Care*, 19(4), 185–195. Doi: 10.1111/nicc.12039.
- Alarcão, I. (1996). *Formação reflexiva de professores, estratégias de supervisão*. Porto: Porto Editora.
- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 373–382. Doi: 10.1590/s0104-07072005000300008.
- ANEME - Associação Nacional das Empresas Metalúrgicas e Electromecânicas. (2018). *Enquadramento perspectivas de desenvolvimento levantamento e caracterização das empresas comerciais e industriais*. Lisboa:[s. n].
- Ashworth, P. (1990). High technology and humanity for intensive care. *Intensive Care Nursing*, 6 (3), 150–160. Doi: [10.1016/0266-612x\(90\)90074-h](https://doi.org/10.1016/0266-612x(90)90074-h).
- Benbenishty, J., Gutysz-Wojnicka, A., Harth, I., Barkestad, E., Satosek, D., Jacobsson, K. & Blackwood, B. (2017). The migrant crisis and the importance of developing cultural competence in the intensive care unit. *Nursing in Critical Care*, 22(5), 262–263. Doi: 10.1111/nicc.12313.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., Stannard, D. & Kyriakidis, P. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach* (2nd ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Brink, E. & Skott, C. (2013). Caring about symptoms in person-centred care. *Open*

Journal of Nursing, 03(08), 563–567. Doi: 10.4236/ojn.2013.38077.

Brooks, L. A., Bloomer, M. J. & Manias, E. (2019). Culturally sensitive communication at the end-of-life in the intensive care unit: A systematic review. *Australian Critical Care*, 32(6), 516–523. Doi:10.1016/j.aucc.2018.07.003.

Burchum, J. (2002). Cultural competence: An evolutionary perspective. *Nursing Forum*, 37(4), 5-15. Doi: 10.1111/j.1744-6198.2002.tb01287.x.

Câmara Municipal de Lisboa (2018). *Plano municipal para a integração de imigrantes de Lisboa 2018-2020*. Lisboa: Autor.

Campinha-Bacote, J. (2011). Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict: The role of cultural competence. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), 5. Doi: 10.3912/OJIN.Vol16No02Man05.

Campos Matos, I., Alarcão, V., Lopes, E., Oiko, C. & Carreira, M. (2015). Estudo SAIMI - Saúde e acesso aos serviços de saúde dos imigrantes do subcontinente indiano em Lisboa: Que recomendações para cuidados de saúde equitativos e culturalmente adaptados? *Acta Médica Portuguesa*, 28(2), 164–176. Doi: 10.20344/amp.5583.

Canadian Nurses Association (2008). *Advanced nursing practice: A national framework*. Ottawa: Autor.

Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *ANS. Advances in Nursing Science*, 1(1), 13–24. Doi: 10.1097/00012272-197810000-00004.

Castro, C., Vilelas, J. & Botelho, M. A. (2011). A experiência vivida da pessoa doente internada numa UCI: Revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem*, 15(2), 41–59. Acedido em: 19-10-2020. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PensarEnfermagem15_2sem_41_59\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PensarEnfermagem15_2sem_41_59(1).pdf)

Chan, K. S. & Twinn, S. (2007). An analysis of the stressors and coping strategies of

- chinese adults with a partner admitted to an intensive care unit in Hong Kong: An exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*, 16(1), 185–193. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01452.x.
- Chan, Y. F., Alagappan, K., Rella, J., Bentley, S., Soto-Greene, M. & Martin, M. (2010). Interpreter services in emergency medicine. *Journal of Emergency Medicine*, 38(2), 133–139. Doi: 10.1016/j.jemermed.2007.09.045.
- Clack, L., Zingg, W., Saint, S., Casillas, A., Touveneau, S., Jantarada, F. da L., ... Sax, H. (2018). Implementing infection prevention practices across European hospitals: an in-depth qualitative assessment. *BMJ Quality & Safety*, 27(10), 771–780. Doi: 10.1136/bmjqs-2017-007675.
- Davidhizar, R. & Giger, J. N. (2004). A review of the literature on care of clients in pain who are culturally diverse. *International Nursing Review*, 51(1), 47–55. Doi: 10.1111/j.1466-7657.2003.00208.x.
- Decreto-Lei n.º 65/2018 (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior. Decreto-Lei n.º 65/2018. *Diário Da República*, 1.ª Série (n.º 157 de 16-08-2018), 4147–4182. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>.
- Despacho n.º 15423/2013 (2013). Cria os grupos de coordenação regional e local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. Ministério da Saúde. *Diário Da República*, 2.ª Série (n.º 229 de 26 de Novembro de 2013), 34563-34565. Acedido em: 05/01/2021. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/2965166>.
- Despacho n.º 10319/2014 (2014). Características da rede de serviços de urgência, os seus níveis de responsabilidade, critérios, condições de acesso e localização de pontos de rede de urgência. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 153 de 11-08-2014), 20673- 20678. Acedido em: 11/12/2021. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/55606457>.

- Dias, G., Rodrigues, M. E., Hilal, A. V. G. & Lopes, A. L. (2017). A cultura brasileira no olhar do estrangeiro: percepções de alunos de um MBA internacional no Rio De Janeiro. *Revista Alcance*, 24(4), 554-573. Doi:10.14210/alcance.v24n4(out/dez).p554-573.
- Dias, S., Gama, A., Silva, A. C., Horta, R., Lemos, M. & Martins, M. R. (2018). *Atitudes e representações face à saúde, doença e acesso aos cuidados de saúde nas populações imigrantes*. Lisboa: Alto Comissariado para as Migrações.
- Direção Geral da Saúde (2015a). Norma “Feixe de intervenções” de prevenção de infeção de local cirúrgico. (N.º 020/2015 de 15/12/2015) 1-12. Acedido em: 10/03/2021. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares->
- Direção-Geral da Saúde (2015b). Norma “Feixe de intervenções” de prevenção de pneumonia associada à intubação. (Nº021/2015 de 16/12/2015, atualizada a 30/05/2017), 1–3. Acedido em: 10/03/2021. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao.pdf>.
- Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos - Relatório de 2017*. 24. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral da Saúde (2018a). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório anual do programa prioritário 2018*. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral da Saúde (2018b). Norma dos Sistemas de triagem dos serviços de urgência e referência interna imediata. (Nº 002/2018 de 09/01/2018) 1–23. Acedido em: 22/12/2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>.
- Dobrowolska, B., Gutysz-Wojnicka, A., Ozga, D., Barkestad, E., Benbenishty, J., Breznik, K., ... Blackwood, B. (2020). European intensive care nurses’ cultural competency: An international cross-sectional survey. *Intensive and Critical Care*

Nursing, 60, 102892. Doi: 10.1016/j.iccn.2020.102892.

Doolen, J. & York, N. L. (2007). Cultural differences with end-of-life care in the critical care unit. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 26(5), 194–198. Doi:10.1097/01.DCC.0000286822.04238.df.

Eraut, M. (2004). Informal learning in the workplace. *Studies in Continuing Education*, 26(2), 247–273. Doi: 10.1080/158037042000225245.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2010). *Objetivos e competências do curso de mestrado em Enfermagem na área de especialização pessoa em situação crítica*. Lisboa: Autor.

European Centre for Disease Prevention and Control (2013). *Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals 2011–2012*. Solna: Autor. Acedido em: 10/04/2021. Disponível em <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/healthcare-associated-infections-antimicrobial-use-PPS.pdf>

Eurostat (2021). *Migrant integration statistics* (2020 edition). Luxemburgo: Publications Office of the European Union. Doi:10.2785/373334.

Gabinete de Estratégia e Estudos (2020). *Estatísticas de imigrantes em Portugal por nacionalidade*. República Portuguesa: Ministério da Economia e da Transição Digital. Acedido em: 20/04/2021. Disponível em: <https://www.gee.gov.pt/pt/publicacoes/estatisticas-tematicas/estatisticas-de-imigrantes-em-portugal-por-nacionalidade>

Gelbcke, F. L., Souza, L. A., Sasso, G. M. D., Nascimento, E. & Bulb, M. B. C. (2009). Liderança em ambientes de cuidados críticos: Reflexões e desafios à enfermagem brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(1), 136–139. Doi: 10.1590/S0034-71672009000100021.

- Giger, J. N. (2013). *Transcultural nursing: Assessment & intervention*. (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- Giger, J.N. & Davidhizar, R.E. (1995). *Transcultural nursing: assessment and intervention*. (2nd ed.). St. Louis: Mosby.
- Giger, J. N. & Davidhizar, R. (2002a). Culturally competent care: Emphasis on understanding the people of Afghanistan, Afghanistan Americans, and Islamic culture and religion. *International Nursing Review*, 49(2), 79–86. Doi: 10.1046/j.1466-7657.2002.00118.x.
- Giger, J. N. & Davidhizar, R. (2002b). The Giger and Davidhizar transcultural assessment model. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 185–188. Doi: 10.1177/10459602013003004.
- Godinho, S. M. (2010). *Novos possíveis: Estratégias identitárias de mulheres oriundas da Guiné-Bissau em Portugal*. Lisboa: Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural.
- Godinho, N. (2020). *Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações: norma APA*. Centro de Documentação e Biblioteca da ESEL. Disponível em: https://www.esel.pt/sites/default/files/guia_b_2020.pdf.
- Grabovschi, C., Loignon, C. & Fortin, M. (2013). Mapping the concept of vulnerability related to health care disparities: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 13(94). Doi: 10.1186/1472-6963-13-94.
- Guerreiro, M. D., Torres, A. & Lobo, C. (2007). Famílias em mudança: configurações, valores e processos de recomposição. In Malamud, A., Viegas, J. M. L., Carreiras, M. H. C., Costa, A. F., Machado, F. L., Ávila, P. D., ... Capucha, L., Celta (Ed.), *Portugal no contexto europeu* (Vol. 3, pp. 7–37). Lisboa: Celta Editora.
- Gutierrez, B. A. O. & Ciampone, M. H. T. (2007). O processo de morrer e a morte

- no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTIs. *Revista Da Escola de Enfermagem aa USP*, 41(4), 660–667. Doi: 10.1590/s0080-62342007000400017.
- Høye, S. & Severinsson, E. (2010). Professional and cultural conflicts for intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 66(4), 858–867. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05247.x.
- International Council of Nurses (2018). *International Council of Nurses position statement on patient safety*. Geneva: Autor.
- Jakimowicz, S. & Perry, L. (2015). A concept analysis of patient-centred nursing in the intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 71(7), 1499–1517. Doi: 10.1111/jan.12644.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Leininger, M. & McFarland, M. (2002). *Transcultural nursing concepts, theories, research & practice* (3rd ed.). USA: McGraw-Hill Companies, Inc.
- Leon, A. M. & Knapp, S. (2008). Involving family systems in critical care nursing: Challenges and opportunities. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 27(6), 255–262. Doi: 10.1097/01.DCC.0000338866.47164.6d
- Machado, R., Reis, S., Esteves, S., Sousa, P. & Rosa, A. (2020). *Relatório de imigração, fronteiras e asilo 2019*. Oeiras: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras.
- McCormack, B. & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472–479. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x.
- McKinley, S., Nagy, S., Stein-Parbury, J., Bramwell, M. & Hudson, J. (2002). Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18(1), 27–36. Doi: 10.1054/iccn.2002.1611.
- McNett, M. M. & Gianakis, A. (2010). Nursing interventions for critically ill traumatic

- brain injury patients. *Journal of Neuroscience Nursing*, 42(2), 71–77. Doi: 10.1097/JNN.0b013e3181ce5b8a.
- Meriläinen, M., Kyngäs, H. & Ala-Kokko, T. (2010). 24-Hour intensive care: An observational study of an environment and events. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(5), 246–253. Doi: 10.1016/j.iccn.2010.06.003.
- Ministério da Saúde (2019). *Relatório anual - Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas*. Acedido em: 06-05-2021. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2020/09/Relatorio_Anual_Acesso_2019.pdf
- Moita, M. A. G. & Silva, A. L. (2016). Modelos de competência cultural: Uma análise crítica. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 72–89. Acedido em 21-09-2020. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Doc4_72_88.pdf
- Monteiro, A. P. T. A. & Mendes, A. C. (2013). Multicultural care in nursing: From the theoretical paradigm to the subjective experiences in clinical settings. *Open Journal of Nursing*, 03(08), 557–562. Doi: 10.4236/ojn.2013.38076
- Moreira-Almeida, A., Pinsky, I., Zaleski, M. & Laranjeira, R. (2010). Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: Resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clinica*, 37(1), 18–25. Doi: 10.1590/S0101-60832010000100003.
- Nakwagala F.N. & Nakibuuka J. (2009). Refusal of termination of life support in the intensive care unit of Mulago Hospital (Kampala, Uganda). *International Journal of Health Science*, 2(1), 158–160. Acedido em: 19/12/2021. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=105403145&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- Oliveira, C. (2020). *Indicadores de integração de imigrantes: Relatório estatístico anual*

2020. (Coleção Imigração em Números do Observatório das Migrações). Lisboa: ACM.
- Oliveira, C. & Gomes, N. (2018). *Migrações e saúde em números: o caso português*, Caderno Estatístico Temático #2. (Coleção Imigração em Números do Observatório das Migrações). Lisboa: ACM.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código deontológico do enfermeiro: Anotações e comentários*. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros (2007) – *Um novo modelo de desenvolvimento profissional: certificação de competências e individualização de especialidades em enfermagem*. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 429/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. *Diário da República*, 2.ª Série (N.º 135 de 16-07-2018), 19359–19370. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República*, 2.ª Série (N.º 26 de 06-02-2019), 4744 - 4750. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>.
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transporte de doentes críticos: Recomendações 2008*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.

- Page, L. (2009). What critical care nurses need to know about minority health disparities. *Minority Nurse*, 2, 24–27. Acedido em: 12/12/2020. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=jlh&AN=105522817&site=ehost-live&scope=site&custid=s8454451>
- Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J., ... Coutinho, P. (2016). *Rede de referência de medicina Intensiva*. Acedido em: 20/01/2021. Disponível em: <https://bit.ly/2UqG7SY>
- Pereira, M. N. A. (2015). *Cosmovisão e biomedicina na Guiné-Bissau: Leituras à depressão*. (Tese de doutoramento). Disponível em: <https://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/1857/1/Tese.pdf>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Phipps, W. J., Sands, J. K. & Marek, J. F. (2003). *Enfermagem médico-cirúrgica: Conceitos e prática clínica*. (6ª ed., Vols. 1-4). Loures: Lusociência.
- Ramos, M. N. P. (2008). *Comunicação em saúde em contexto multicultural*. In *IV ENECULT - Encontro de Estudos Multidisciplinares Em Cultura*. Faculdade de Comunicação/UFBA, Salvador-Bahia-Brasil. Disponível em: <http://www.cult.ufba.br/enecult2008/14556-02.pdf>
- Ramos, M. N. P. (2012). Comunicação em saúde e interculturalidade - Perspectivas teóricas, metodológicas e práticas. *Reciis – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, 6(4). Doi: 10.3395/reciis.v6i4.672pt.
- Reuven, Y., Dreiherr, J. & Shvartzman, P. (2016). The prevalence of diabetes, hypertension and obesity among immigrants from East Africa and the former Soviet Union: A retrospective comparative 30-year cohort study. *Cardiovascular Diabetology*, 15(74). Doi: 10.1186/s12933-016-0392-7.
- Rogers, A. C. (1997). Vulnerability , health and health care. *Journal of Advanced*

- Nursing*, 26 (1), 65–72. Doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.1997026065.x.
- Rushton, C. H. (2007). Respect in critical care: A foundational ethical principle. *AACN Advanced Critical Care*, 18(2), 149–156. Doi: 10.4037/15597768-2007-2007.
- Sá, F. L. F. R. G., Botelho, M. A. R. & Henriques, M. A. P. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: A Experiência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 31–46. Acedido em: 17-10-2020. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf
- Sandalowski, M. (2007). As famílias no contexto social brasileiro. *Revista Sociais e Humanas*, 20(2), 61-67. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/sociaisehumanas/article/view/784/543>.
- Sarti, C. A. (2001). A dor, o indivíduo e a cultura. *Saúde e Sociedade*, 10(1), 3–13. Doi: 10.1590/s0104-12902001000100002.
- Scanlon, A. & Lee, G. A. (2007). The use of the term vulnerability in acute care: Why does it differ and what does it mean? *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 54–59. Disponível em: <https://www.ajan.com.au/archive/Vol24/Vol24.3-9.pdf>.
- Silva, A. R., Lage, M. J. (2010). *Enfermagem em cuidados intensivos*. Coimbra: Formasau.
- Smith, L. S. (2013). Russian Americans. In Giger, J. N. *Transcultural nursing: Assessment & intervention*. (6th ed., pp.354-382). St. Louis: Mosby.
- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204–211. Doi: [10.3928/01484834-20060601-04](https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04).
- Teixeira, J. & Durão, C. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: Uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, IV

Série(10), 135–142. Doi: 10.12707/RIV16026.

Thiengo, P. C. D. S., Gomes, A. M. T., Mercês, M. C. C., Couto, P. L. S., França, L. C. M. & Silva, A. N. (2019). Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: Revisão Integrativa. *Cogitare Enfermagem*, 24. Doi: 10.5380/ce.v24i0.58692.

World Health Organization (2011). *Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide clean care is safer care*. Geneva: Autor.

World Health Organization (2018). *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: No public health without refugee and migrant health*. WHO Regional Office for Europe: Autor. Acedido em : 20/05/2021. Disponível em :
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311347/9789289053846-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Zeilani, R. & Seymour, J. E. (2012). Muslim women's narratives about bodily change and care during critical illness: A qualitative study. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(1), 99–107. Doi: 10.1111/j.1547-5069.2011.01427.x.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura

**10º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica**

**Cuidado Culturalmente Competente à Pessoa em
Situação Crítica – Protocolo de Revisão Integrativa da
Literatura**

Cátia Sofia Xavier Martins

**Lisboa
Novembro 2020**

**10º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica**

**Cuidado Culturalmente Competente à Pessoa em
Situação Crítica - Protocolo de Revisão Integrativa da
Literatura**

Cátia Sofia Xavier Martins

Professor Orientador:
Maria Augusta Grou Moita

**Lisboa
Novembro de 2020**



TÍTULO

Cuidado Culturalmente Competente à Pessoa em Situação Crítica - Protocolo de Revisão Integrativa da Literatura

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

A realização do protocolo da revisão integrativa da literatura teve em consideração as orientações do *Joanna Briggs Institute for Evidence Based Practice* (Aromataris & Munn, 2020). A questão de investigação foi levantada através da utilização da mnemónica “PICo” (População, Fenómeno de Interesse e Contexto), sendo ela: Quais as intervenções de Enfermagem que promovem um cuidado culturalmente competente à pessoa em situação crítica em contexto de Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos?

População: Pessoa em Situação Crítica com um diferente *background* cultural

Fenómeno de Interesse: Cuidado culturalmente competente à pessoa em situação crítica;

Contexto: Unidade de Cuidados Intensivos e Serviço de Urgência

OBJETIVO

Compreender as intervenções/estratégias utilizadas pelos enfermeiros para um cuidado culturalmente competente à pessoa em situação crítica no Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos.

PALAVRAS- CHAVE

Enfermeiros; Cuidado Culturalmente Competente; Pessoa em Situação Crítica; Serviço de Urgência; Unidade de Cuidados Intensivos.

BACKGROUND

A globalização e a migração com que nos deparamos na atualidade, leva-nos a um contato constante com diferentes culturas e modos de vida, contribuindo para uma multi/interculturalidade das sociedades (Ramos, 2008).

Segundo as estimativas do Eurostat (2018), em 2018, 2,4 milhões de cidadãos não Europeus, imigraram para a União Europeia e 1,4 milhões de pessoas que residiam anteriormente num Estado-Membro da União Europeia migraram para outro Estado-Membro. Portugal acompanhou a tendência da União Europeia e verificou-se um aumento exponencial da população migrante.

Esta situação levanta diferentes desafios no que concerne à comunicação, aos cuidados de saúde e à gestão da diversidade cultural, o que exige a adoção de novas estratégias a nível político e organizacional para fazer face a esta nova realidade social, cultural e comunicacional (Ramos, 2008).

O cuidado de enfermagem centra-se na relação interpessoal estabelecida entre o enfermeiro, pessoa única e individual com as suas preferências, crenças e valores, e a pessoa ou grupo de pessoas a quem se presta o cuidado (família e comunidade), também elas únicas, vistas como seres biopsicossocioculturais com preferências e projetos de vida individuais. É nesta relação, com foco num cuidado centrado na pessoa, que são desenvolvidos planos de ação que visam, ao longo de todo o ciclo vital, a promoção da saúde, a prevenção da doença e a readaptação da pessoa nos processos que decorrem da mesma através do seu *empowerment* (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Sendo o cuidado de enfermagem centrado na singularidade de cada pessoa e sua família, tendo em conta as suas diferentes dimensões, ele deve também refletir a sua diversidade cultural. (Moita & Silva, 2016).

A cultura é definida como um modelo dinâmico de valores, crenças, normas e representações que influenciam os comportamentos e os processos de tomada de decisão. São transmitidos socialmente de geração em geração e geram respostas comportamentais padronizadas entre os membros de uma mesma cultura. É, também, resultado de mecanismos adquiridos e que podem ter influências inatas, sendo, contudo, afetados por estímulos ambientais internos e externos (Giger & Davidhizar, 1995). São estas diferenças culturais, que podem desenvolver percepções sociais diferentes e que levam, também, a diferentes interpretações da mesma realidade (Ramos, 2008).

A forma de experienciar a saúde/doença está inscrita na “impressão digital” de cada cultura. Por conseguinte, cada pessoa desenvolve as suas representações e crenças sobre o que é a saúde e doença, como vivencia este fenómeno, o que procura nos cuidados de saúde e a relação que estabelece com os diferentes profissionais (Ramos, 2008). Estas diferentes representações levantam novos desafios aos cuidados de saúde, nomeadamente aos cuidados de enfermagem. É fundamental oferecer um cuidado culturalmente competente em organizações fundadas no respeito e valorização da pessoa como ser único e individual e aceitação da sua especificidade cultural (Ramos, 2012).

Segundo Leininger, pioneira no desenvolvimento deste conceito na disciplina de enfermagem, o cuidado transcultural é definido como o conhecimento e sensibilidade do enfermeiro para conhecer a especificidade de cada cultura, suas crenças, valores e formas de experienciar o processo de saúde e doença, demonstrando respeito pelas mesmas e desenvolvendo estratégias para a satisfação das reais necessidades da pessoa, assente num cuidado que demonstre compaixão, sensibilidade e congruência cultural (Leininger & McFarland, 2002).

Para Giger & Davidhizar (2002b), o cuidado transcultural assenta no reconhecimento das diferenças culturais de cada pessoa e família e na prestação dos melhores cuidados, tendo como referencial a especificidade e unicidade de cada um, inserido no seu contexto cultural. Ou seja, um cuidado culturalmente competente. Para tal, são avaliadas seis dimensões culturais: a comunicação, o espaço, a organização social, o tempo, o ambiente e as variações biológicas (Giger & Davidhizar, 2002a).

A comunicação é a forma de interação, de partilha de informações, mensagens, ideias e sentimentos. É através dela que a cultura é partilhada e é influenciada pela mesma. Envolve símbolos verbais e não verbais, sendo o vocabulário, o ritmo, o estilo, o volume, a utilização do toque, o tom emocional e a postura corporal os seus elementos essenciais (Giger & Davidhizar, 2002b)

O espaço está relacionado com as técnicas de distanciamento e aproximação utilizadas na comunicação verbal e não verbal, carregando elas também a sua herança cultural. O desrespeito deste espaço pode levar a sentimentos de desconforto e dificultar o estabelecimento da relação interpessoal entre enfermeiro e pessoa cuidada (Giger & Davidhizar, 2002b).

A organização social reflete-se na organização familiar, valores, crenças e desempenho de papéis. Estes podem estar relacionados com as diferentes etnias e cultura (Giger & Davidhizar, 2002b).

O tempo é também ele considerado um aspeto fundamental. Culturalmente, a pessoa pode orientar-se para o passado, presente ou futuro. Aquela que é orientada para o passado, tenta manter a tradição e, geralmente, apresenta pouca motivação para a consecução de novos objetivos. A pessoa que é orientada para o presente, tende a não valorizar o passado e não planear o futuro. A tarefa presente é considerada aquela que verdadeiramente é importante. Por fim, a pessoa que é orientada para o futuro tende a planear e organizar as atividades presentes para atingir os objetivos futuros. Este tempo pode também orientar-se

em “tempo-relógio” ou tempo social, sendo ele também influenciado culturalmente (Giger & Davidhizar, 2002b).

A orientação e a capacidade da pessoa controlar a sua natureza e os diferentes fatores ambientais que a afetam, é outra característica a avaliar neste modelo. A pessoa que está inserida numa cultura em que a crença não depende de fatores intrínsecos à própria pessoa, mas sim a fatores externos, leva a considerar os cuidados de saúde pouco relevantes no seu processo de saúde e doença (Giger & Davidhizar, 2002b).

As variações biológicas, ou seja, a predisposição genética para certas patologias que se verificam em determinados grupos étnicos, é outro aspeto que é avaliado neste modelo. Ao desenvolver este conhecimento, o enfermeiro pode estar desperto para determinados aspetos, antever problemas e estabelecer planos de ação precoces para a resolução dos mesmos (Giger & Davidhizar, 2002b).

A Pessoa em situação crítica é definida como aquela que está gravemente doente ou ferida e que não é mais capaz, de forma independente, de manter a sua estabilidade fisiológica ou está em risco de rapidamente desenvolver essa instabilidade (Benner et al., 2011). Assim, a sua “sobrevivência depende de meios mais avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”(Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19362).

No ambiente altamente tecnológico que é requerido para a manutenção da vida em falência orgânica, nem sempre são priorizados os cuidados centrados na pessoa tendo em conta a sua especificidade e herança cultural (Monteiro & Mendes, 2013). A dependência física e emocional experienciada pela pessoa em situação crítica, o desconhecimento da sua situação clínica e procedimentos necessários para a sua recuperação, a despersonalização dos cuidados e uma comunicação pouco eficaz, leva a sentimentos de ansiedade, insegurança e vulnerabilidade (McKinley, Nagy, Stein-Parbury, Bramwell & Hudson, 2002).

Segundo McKinley, Nagy, Stein-Parbury, Bramwell & Hudson (2002), este sentimento de vulnerabilidade é atenuado quando a pessoa é informada do que se passa consigo, tomando consciência do seu real problema, as suas necessidades são antecipadas e recebe um cuidado individualizado. Para tal é necessário o estabelecimento de uma relação interpessoal entre pessoa cuidada e enfermeiro, baseada numa comunicação eficaz.

A necessidade de ventilação invasiva a que a pessoa em situação crítica poderá necessitar, a monitorização hemodinâmica e o nível de consciência alterado pela necessidade de terapêutica, podem dificultar o processo de comunicação (McKinley et al., 2002). O desafio poderá ser ainda maior quando encarado um cuidado centrado na individualidade da pessoa, nomeadamente na sua especificidade cultural e comunicacional.

A comunicação é um dos principais desafios apontados em contexto de multiculturalidade (Ramos, 2012). Vários estudos demonstram que a barreira da comunicação é um indicador de insatisfação dos cuidados de saúde. Este facto parece estar relacionado com a falta de conhecimento e respeito dos profissionais de saúde sobre as representações e crenças de saúde e doença da pessoa e sua família, e sobre as relações com o seu mundo social, espiritual e cultural (Ramos, 2008).

A comunicação é um fenómeno multidimensional que envolve a transmissão de uma mensagem que incorpora códigos linguísticos, regras, representações e rituais de interação, todos eles com a sua especificidade cultural. Esta mensagem é transmitida através de processos verbais e não verbais, todos eles assentes numa matriz cultural (Ramos, 2008).

A comunicação deve ser adaptada aos processos cognitivos, contexto cultural e representações de saúde/doença, necessidades individuais, emocionais, sociais, culturais e linguísticas da pessoa (Ramos, 2008).

Cuidar da pessoa em situação crítica, tendo em conta a sua complexidade e vulnerabilidade, implica, então, a prestação de um cuidado culturalmente competente, tendo em consideração a unicidade de cada pessoa como ser único e individual, com a sua herança cultural, desenvolvendo uma relação interpessoal sustentada numa comunicação eficaz para os melhores “*outcomes*” da pessoa cuidada (Dobrowolska et al., 2020).

Assim, a presente revisão integrativa da literatura tem como objetivo compreender as intervenções/estratégias utilizadas pelos enfermeiros para um cuidado culturalmente competente à pessoa em situação crítica no Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos, surgindo como questão de investigação: Quais as intervenções de Enfermagem que promovem um cuidado culturalmente competente à pessoa em situação crítica em contexto de Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos?

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Tipo de participantes: Pessoa em situação crítica com idade superior a 18 anos e com um diferente *background* cultural.

Fenómeno de interesse: A presente revisão considerará apenas estudos que abordem o cuidado culturalmente competente à pessoa em situação crítica.

Contexto: A presente revisão considerará apenas estudos realizados em Serviços de Urgência e Unidades de Cuidados Intensivos.

Tipos de estudo e fontes de informação: Na presente revisão serão incluídos estudos de cariz qualitativo, quantitativo e mistos. Será incluída toda a bibliografia publicada e não publicada sobre a problemática do cuidado culturalmente competente à pessoa em situação crítica em contexto de serviço de urgência e unidade de cuidados intensivos.

Limitadores: Defino como limitadores a língua Portuguesa e Inglesa por serem aquelas que domino e consigo interpretar.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

Serão excluídos todos os artigos que não façam referência ao cuidado culturalmente competente à pessoa em situação crítica com idade superior a 18 anos e que não tenham um diferente *background* cultural, que não sejam realizados em contexto de Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos e que não sejam de língua portuguesa ou inglesa.

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Partindo como tema central, o cuidado culturalmente competente à pessoa em situação crítica em Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos, foi realizada uma pesquisa aleatória no motor de busca google, artigos e bibliografia disponível em bibliotecas e literatura cinzenta, de forma a melhor direcionar e conceptualizar a problemática em estudo. A partir desta pesquisa, foi aprofundada a temática em questão, tendo-se identificado e selecionado as palavras, em termos naturais, a serem utilizadas, tendo em consideração e indo ao encontro do objetivo do estudo e questão de investigação. Seguidamente foi realizada uma pesquisa na plataforma agregadora EBSCOhost e nas bases de dados CINAHL e MEDLINE com estas mesmas palavras.

Após a pesquisa, usando termos naturais e sinónimos, foram pesquisados termos indexados específicos para cada conceito nas duas bases de dados. Os termos de indexação de cada base de dados foram inseridos como Major Heading (MH) e alguns como Major Concept (MM). A última etapa consistiu-se na utilização da expressão booleana OR entre termos para o mesmo conceito e, a expressão booleana AND entre conceitos diferentes. A estratégia de pesquisa será a seguinte:

(P) [Critically ill patient OR Critically Ill Patients OR Critical Illness OR Catastrophic Illness OR Critical Illness OR Patients] AND (I) [Transcultural Nursing OR Cultural competence OR Intercultural communication competence OR Multi-cultural competence OR Cross-cultural competence OR Culturally competent communication OR Transcultural Nursing OR Cultural competence* OR Cultural Diversity OR Cultural Values OR Cultural Sensitivity OR Intercultural communication competence* OR Multi-cultural competence* OR Cultural Competence OR Culturally competent communication* OR Cultural Competency OR Culturally Competent Care OR Cross-cultural competence*] AND (Co) [Intensive care OR Emergency department OR Intensive Care Units OR Emergency Service OR Critical care OR Emergency Service, Hospital OR Emergencies].

A pesquisa será realizada entre 3 de novembro de 2020 a 10 de novembro de 2020.

EXTRAÇÃO E APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Após o processo de pesquisa, realizar-se-á uma leitura dos títulos e resumos dos artigos obtidos, excluindo-se aqueles que não cumpram os critérios de inclusão ou que cumpram os critérios de exclusão. Seguidamente, proceder-se -á à leitura integral dos artigos selecionados, sua análise e extração de resultados. Este procedimento será apresentado em método de diagrama PRISMA.

Todo este processo será realizado por dois revisores. Ao primeiro autor caberá a pesquisa, extração e análise de resultados, sob dupla verificação por parte do segundo autor.

Para uma maior elegibilidade da Revisão Integrativa da literatura em questão, os artigos selecionados serão submetidos a um processo de análise crítica metodológica, utilizando-se, para tal, os instrumentos sugeridos pela *Joanna Briggs Institute for Evidence Based Practice* (Aromataris & Munn, 2020).

A extração de dados será realizada por método de tabela, tendo sido o método identificado como mais facilitador para a identificação e resumo do conteúdo dos artigos selecionados. A análise e a discussão dos mesmos, serão apresentados por método narrativo.

Tabela 1 - Extração de Resultados

Título/ Autor/ Ano	Metodologia	Objetivos	Resultados e Conclusões	Limitações/ Recomendações

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aromataris, E. & Munn, Z. (Eds.). (2020). *JB I Manual for Evidence Synthesis*. Joanna Briggs Institute. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>.
- Benner, P., Stannard, D. & Kyriakidis, P. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach* (2nd ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Dobrowolska, B., Gutysz-Wojnicka, A., Ozga, D., Barkestad, E., Benbenishty, J., Breznik, K., ... Blackwood, B. (2020). European intensive care nurses' cultural competency: An international cross-sectional survey. *Intensive and Critical Care Nursing*, 60, 102892. Doi: 10.1016/j.iccn.2020.102892.
- Eurostat (2018). *Migration and migrant population statistics/pt: Statistics explained*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Disponível em: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics#Foreign_and_foreign-born_population.
- Giger, J.N. & Davidhizar, R.E. (1995). *Transcultural nursing: assessment and intervention*. (2nd ed.). St. Louis: Mosby.
- Giger, J. N. & Davidhizar, R. (2002a). Culturally competent care: Emphasis on understanding the people of Afghanistan, Afghanistan Americans, and Islamic culture and religion. *International Nursing Review*, 49(2), 79–86. Doi: 10.1046/j.1466-7657.2002.00118.x.
- Giger, J. N. & Davidhizar, R. (2002b). The Giger and Davidhizar transcultural assessment model. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 185–188. Doi: 10.1177/10459602013003004.
- Leininger, M. & McFarland, M. (2002). *Transcultural nursing concepts, theories, research & practice* (3rd ed.). USA: McGraw-Hill Companies, Inc.

- McKinley, S., Nagy, S., Stein-Parbury, J., Bramwell, M. & Hudson, J. (2002). Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18(1), 27–36. Doi: 10.1054/iccn.2002.1611.
- Moita, M. A. G. & Silva, A. L. (2016). Modelos de competência cultural: Uma análise crítica. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 72–89. Acedido em 21-09-2020. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Doc4_72_88.pdf
- Monteiro, A. P. T. A. & Mendes, A. C. (2013). Multicultural care in nursing—From the theoretical paradigm to the subjective experiences in clinical settings. *Open Journal of Nursing*, 03(08), 557–562. Doi: 10.4236/ojn.2013.38076
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Lisboa: Autor.
- Ramos, M. N. P. (2008, Maio). *Comunicação em saúde em contexto multicultural*. In IV *ENECULT* - Encontro de Estudos Multidisciplinares Em Cultura. Faculdade de Comunicação/UFBA, Salvador-Bahia-Brasil. Disponível em: <http://www.cult.ufba.br/enecult2008/14556-02.pdf>.
- Ramos, M. N. P. (2012). Comunicação em saúde e interculturalidade - Perspectivas teóricas, metodológicas e práticas. *Reciis – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, 6(4). Doi: 10.3395/reciis.v6i4.672pt.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 429/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. *Diário da República*, 2.ª Série (N.º 135 de 16-07-2018), 19359–19370. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>.

Apêndice 2 – Proposta de Cronograma de Atividades

[illegible]

ANEXOS

**Anexo 1 – Certificado de participação na formação “Terapias
Respiratórias Não invasivas em Contexto de Urgência”**



CERTIFICADO

Certifica-se que o (a) Exmo(a). Sr(a) **Cátia Martins**, com o documento de identificação 12763774, participou em Terapias Respiratórias Não Invasivas em Contexto de Urgência, a 15 de Abril de 2021 com a duração de 6 horas e 30 minutos, promovido pela Academia Linde Saúde.

Maria João Vitorino

Homecare Business Manager Portugal

Código de certificado: C-6072bb8a935cd

**Anexo 2 – Certificado de participação na formação “VNI –
Parâmetros, Modos e Modalidades Ventilatórias”**



CERTIFICADO

Certifica-se que o (a) Exmo(a). Sr(a) **Cátia Martins**, com o documento de identificação 12763774, participou em VNI - Parâmetros, Modos e Modalidades Ventilatórias | Gravação, a 4 de Fevereiro de 2021 com a duração de 1 hora e 30 minutos, promovido pela Academia Linde Saúde.

Maria João Vitorino

Homecare Business Manager Portugal

Código de certificado: C-6067579409be5

Anexo 3 – Certificado de participação na formação “Terapia de Alto-Fluxo”



CERTIFICADO

Certifica-se que o (a) Exmo(a). Sr(a) **Cátia Martins**, com o documento de identificação 12763774, participou em Terapia de Alto-Fluxo | Gravação, a 1 de Fevereiro de 2021 com a duração de 2 horas, promovido pela Academia Linde Saúde.

Maria João Vitorino

Homecare Business Manager Portugal

Código de certificado: C-606756ee30be5

