

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Saúde Infantil e Pediatria

Cuidados Culturalmente Competentes à Criança e Família de Cultura Chinesa

Tânia Cristina Vasconcelos de Meneses

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Saúde Infantil e Pediatria

Cuidados Culturalmente Competentes à Criança e Família de Cultura Chinesa

Tânia Cristina Vasconcelos de Meneses

Maria de Lourdes Oliveira

2014



不聞不若聞之，聞之不若見之，見之不若知之，
知之不若行之，學至於行而止矣。

- 荀子《儒效篇》

*“Bù wén bù ruò wén zhī, wén zhī bù ruò jiàn zhī, jiàn zhī bù ruò zhīzhī,
zhīzhī bù ruò xíng zhī; xué zhìyú xíng zhī ér zhǐ yǐ”.*

"Not having heard is not as good as having heard, having heard is not as good as having seen, having seen is not as good as mentally knowing, mentally knowing is not as good as putting into action; true learning is complete only when action has been put forth."

Xunzi (313-238 BC)

(in: <http://www.scifac.hku.hk/ug/current/bsc/curriculum/el/el-background>)

AGRADECIMENTOS

À Professora Maria de Ludes Oliveira, pela sua disponibilidade, orientação, apoio e carinho que foram imprescindíveis durante este percurso.

Ao professor Wen Yún Shui pelo seu apoio e por ter contribuído com sugestões importantes sobre a abordagem da cultura chinesa

À Dr.^a Xu Yixing, pelo carinho, amizade, disponibilidade e colaboração na tradução de alguns documentos de português para mandarim e na compreensão de algumas características da cultura chinesa.

Aos Srs. Enfermeiros Chefes que facilitaram e possibilitaram a realização destes estágios e aos Senhores Enfermeiros Especialistas que nos estágios partilharam comigo as suas experiências e conhecimentos, em particular à Sra. Enfermeira Marta Pereira, Sra. Enfermeira Luiza Moura Dias, Sra. enfermeira Joana Cereja, Sra. Enfermeira Andreia Ferreira e ao Sr. Enfermeiro Pedro Jácome.

Aos meus pais e a Lena, pelo voto de confiança e incentivo na conquista dos meus sonhos e no atingir dos meus objetivos.

À Madalena, o desafio mais bonito da minha vida que surgiu durante o curso de mestrado, e que me fez ter a perspetiva não apenas de profissional no âmbito da saúde infantil, mas também a de mãe. Obrigado por me fazeres crescer, acreditar no impossível e acreditar em mim mesma nos momentos mais difíceis.

Ao João, com quem partilho a minha vida, pela compreensão da minha ausência, pelas palavras de carinho em todos os momentos, pela ajuda durante este percurso, sem ti não teria conseguido.

A todos os amigos que demonstraram a sua compreensão pela minha ausência e me ajudaram sempre que precisei, em especial à Cátia Matias, à Filipa Coutinho, à Carla Martins e à Tânia Joaquim.

A todos os que de alguma forma contribuíram para a concretização dos meus objetivos.

RESUMO

Numa sociedade marcada por um profundo fluxo migratório e cada vez mais plural e multicultural, torna-se um desafio e condição fundamental para o exercício da enfermagem, o de procurar ser culturalmente mais sensível às idiossincrasias da pessoa humana. Assim, é fundamental considerar as diferentes crenças, valores e tradições e o corpo cultural de todos aqueles de quem cuidamos.

Portugal integra uma grande diversidade de grupos culturais, sendo a comunidade chinesa, uma das que tem vindo a crescer gradualmente no nosso país e cujos aspetos culturais são desconhecidos por uma grande parte da população.

O presente relatório pretende traduzir o percurso realizado ao longo das diferentes experiências de estágio, tendo por base o tema “cuidados culturalmente competentes à criança e família de cultura chinesa”, explicitando os objetivos traçados, as atividades desenvolvidas e os processos de trabalho utilizados, bem como as competências gerais adquiridas de Enfermeiro Especialista e específicas na área da Saúde Infantil e Pediatria.

Durante este percurso fez-se um levantamento de informação no sentido de identificar e compreender práticas relacionadas com a saúde e a doença, das crianças e famílias de cultura chinesa e desenvolvidas estratégias facilitadoras da comunicação e atividades promotoras de um cuidar culturalmente competente como forma de lhes ser garantida a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Palavras-chave: criança, família, cuidados culturalmente competentes, cultura chinesa

ABSTRACT

In a society marked by a profound migratory flux and that is becoming even more multicultural, the practice of Nursing as a profession has a new challenge of being culturally sensible to a much broader audience. It is of utmost importance to consider the different beliefs, values and traditions as well as the culture of those we provide care to.

Portugal has a great diversity of cultural groups among which the Chinese community is one that has registered a gradual growth in our country and whose cultural identity is widely unknown by most of the population.

This report aims to describe the work throughout all internships under the theme “culturally competent healthcare for the children and families of the Chinese community” detailing the goals that were established, the tasks that were performed, as well as the general skills gained as Specialist Nurse and specific skill in the Pediatrics field.

Much information was gathered during this period to help identifying and understand the practices related with health and illness, children and families of the Chinese culture and as a result strategies were devised to facilitate the communication and activities related to culturally competent healthcare practices to assure the quality of the healthcare provided.

Keywords: Child, family, culturally competent healthcare, Chinese culture.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACIDI – Alto Comissariado para a Imigração e diálogo Intercultural

D.C. – Domínios de competência

DGS – Direção Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EESIP – Especialista Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria

NHACJR - Núcleo Hospitalar de apoio a crianças e jovens em risco

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

OE – Ordem dos enfermeiros

RN – Recém-nascido

SEF – Serviço Estrangeiros e Fronteiras

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UCIPed – Unidade de cuidados intensivos pediátricos

UCIRN – Unidade de Cuidados Intensivos ao Recém-Nascido

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1 – IDENTIFICAÇÃO E JUSTIFICAÇÃO DA ÁREA TEMÁTICA.....	4
2- ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	6
2.1 - Cultura e aculturação.....	6
2.2 - Teoria humanista de Leininger - Cuidado Transcultural	7
2.3 - Cuidados culturalmente competentes	10
2.4 - Cuidados centrados na família.....	12
2.5 - Comunicação e relação de ajuda.....	14
2.6 - População e cultura chinesa.....	15
3. O PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO TRANSCULTURAL	24
3.1. O enfermeiro e o cuidar na cultura chinesa	26
4 – ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDA.....	28
4.1 – Serviço de Urgência Pediátrica (SUP)	32
4.2 – Unidade de Cuidados Intensivos pediátricos (UCIPed)	35
4.3 – Consulado e Embaixada da Republica Popular da China, Fundação Oriente, Universidades de Medicina Chinesa, ACIDI	37
4.4 – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, ACES Lisboa Central	39
4.5 – Unidade de Neonatologia.....	41
4.6 – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP)	44
3.7- Resultados da análise das entrevistas e questionário	46
5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
6 – REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	53
7 – ANEXOS E APÊNDICES	
Apêndice I - Cronograma de Atividades	
Apêndice II - Objetivos para os Contextos Clínicos	

Apêndice III - Caracterização Física, Estrutural e Humana dos Locais de Estágio

Apêndice IV - Guião de Entrevista semiestruturada a enfermeiros especialistas

Apêndice V - Guião de Entrevista semiestruturada a professores de Cultura Chinesa/médicos de Medicina tradicional Chinesa

Apêndice VI – Transcrição das entrevistas

Apêndice VII - Questionário para os Enfermeiros

Apêndice VIII - Análise de conteúdo das entrevistas e questionários

Apêndice IX – Modelo do plano das sessões e folheto de divulgação

Apêndice X – Conteúdo da sessão de formação

Apêndice XI – Avaliação da sessão de formação e respetivos resultados

Apêndice XII – Listagem de contactos para apoio à cultura chinesa

Apêndice XIII – folhetos sobre “Febre”, “Vómitos”, Diarreia”, “Introdução alimentar no 1º ano de Vida” em Mandarin

Apêndice XIV – Coletânea sobre cultura chinesa

Apêndice XV – Reflexões críticas nos campos de estágio

Apêndice XVI – Dossier elaborado para os locais de estágio

Anexo I – Folhetos sobre “Vómitos”, Diarreia”, “Introdução alimentar no 1º ano de Vida” em Português (UCSP)

Anexo II – Documentos editados em mandarim “Como cuidar do seu bebé” e “Guia de atendimento”

Anexo III – Legislação para estrangeiros residentes em Portugal

Anexo IV – Procedimento Multisectorial do CHLC – serviço de intérpretes disponíveis

Anexo V – Guia de orientação para a triagem - dirigido à população chinesa

INTRODUÇÃO

Este relatório surge no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em saúde infantil e pediatria, da escola superior de enfermagem de Lisboa. O principal objetivo é explicitar o percurso ao longo do último semestre com o intuito da aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria, e melhorar a qualidade de cuidados à criança, jovem e família de cultura chinesa

A temática que norteou o desenvolvimento do projeto foi: “cuidados culturalmente competentes à criança, jovem e família de cultura chinesa”, tendo por base o projeto de estágio desenvolvido ao longo da disciplina de opção II. A análise reflexiva foi a metodologia utilizada com o intuito de fazer sobressair os contributos obtidos em cada local de estágio para a aquisição de competências de Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria.

Os referenciais teóricos, que surgiram como mais adequados à filosofia dos cuidados culturalmente competentes, e que sustentaram este projeto foram a teoria humanista do cuidado transcultural de Leininger e o modelo de competência cultural de Purnell (2008).

A metodologia utilizada na redação do relatório foi a descritiva, analítica e reflexiva, no sentido de sistematizar os conhecimentos e as experiências nos diferentes contextos de estágio, para o desenvolvimento das competências de Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP).

De acordo com o artigo 78º, 80º, 81º e 89º do Código Deontológico do Enfermeiro, compete-lhe: conhecer as necessidades da população e da comunidade; respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer os seus direitos nestas áreas; desenvolver habilidades relacionais e comunicacionais; adaptar e melhorar a sua abordagem com respeito ao cuidado personalizado em todas as áreas de cuidados; e quando presta cuidados, dar atenção à pessoa como um todo, inserida numa família e numa comunidade.

O respeito pelas crenças e cultura é fator essencial para a humanização dos cuidados, a comunicação e a relação, favorecendo a equidade e acesso aos cuidados de saúde, a promoção de cuidados eficazes e de qualidade e a obtenção de Ganhos em Saúde possibilitando a promoção de adequado crescimento e desenvolvimento da criança no seio da família e cultura.

A Ordem dos Enfermeiros (2011a) preconiza que “ todas as crianças/jovens e suas famílias/pessoa significativa/prestador informal tenham acesso equitativo a cuidados de enfermagem especializados em Saúde da Criança e do Jovem, numa perspetiva de promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e recuperação, que respeite os princípios de proximidade, parceria, capacitação, direitos humanos e da criança, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível” (p.3). Desta forma, torna-se importante que o Enfermeiro, enquanto profissional de saúde, esteja desperto para as necessidades individuais da criança e família, promovendo cuidados culturalmente competentes. Para Benner (2005, p.33), “a prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática”.

A escolha dos locais de estágio teve por base a problemática do projeto, os objetivos e as atividades a desenvolver nos diferentes contextos. O estágio iniciou-se no dia 1 de Outubro de 2012 e terminou do dia 15 Fevereiro de 2013, conforme cronograma em apêndice 1, e decorreu nos seguintes contextos:

1. Serviço de Urgência Pediátrica (SUP)
2. Unidade de Cuidados intensivos pediátricos (UCIPed)
3. Consulado e Embaixada da Republica Popular da China, Fundação Oriente, Universidades de Medicina Chinesa, ACIDI
4. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)
5. Unidade de Neonatologia
6. Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP)

Para facilitar a leitura do relatório organizamos o trabalho em 5 capítulos. O 1º aborda a identificação e a justificação da área temática escolhida, o 2º compreende o enquadramento teórico, no 3º aborda-se o papel do enfermeiro no cuidar transcultural, nomeadamente no cuidar na cultura chinesa e no 4º procede-se à descrição e análise crítica e reflexiva dos objetivos, atividades e competências desenvolvidas. Por fim o 5º capítulo engloba algumas considerações, sugestões e propostas de mudança a nível pessoal e profissional. Todo o trabalho desenvolvido ao longo desta etapa de aprendizagem encontra-se em anexo.

1 – IDENTIFICAÇÃO E JUSTIFICAÇÃO DA ÁREA TEMÁTICA

A problemática para o percurso formativo, surgiu da dificuldade sentida, durante a minha experiência profissional, em comunicar eficazmente e corresponder ao que era esperado em termos da qualidade de cuidados à criança e família de diferentes culturas. Este sentimento agravava-se quando os cuidados eram prestados a crianças de cultura chinesa, não só pela incompreensão total do idioma, e pela dificuldade em encontrar um mediador ou tradutor, mas também por terem hábitos de vida e saúde muito distintos dos nossos e haver pouca informação disponível.

Em conversas informais com colegas da Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrica, onde desempenho funções, verifiquei que este sentimento era comum na equipe, e que poderia ser colmatado com o conhecimento e divulgação da respetiva cultura e hábitos de vida e saúde, bem como a adequação de estratégias de comunicação, indo ao encontro do preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2001) que refere que “na gestão dos recursos de saúde, os enfermeiros promovem, paralelamente, a aprendizagem da forma de aumentar o repertório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde” (p. 9).

Embora o número de crianças e famílias de cultura chinesa internada na UCIP seja difícil contabilizar, uma vez que não existe casuística com recolha destes dados específicos, a perceção empírica é que o número tem aumentado nos últimos anos. De acordo com dados recolhidos por Pereira (2008), no serviço de Urgência deste hospital, referentes ao período 2002-2006, o número de crianças chinesas que recorreram à urgência deste hospital tem vindo a aumentar de forma significativa, passando de 0,05% a 0,1% do total de crianças atendidas por ano, com um aumento acentuado a partir de 2005.

São entretanto, conhecidas inúmeras dificuldades inerentes ao processo de imigração, nomeadamente dos indivíduos originários da China. A exclusão social, a pobreza e a ilegalidade são condições associadas a este grupo, que o torna particularmente vulnerável em termos de saúde.

De acordo com o PNS 2012-2016, observa-se “que as famílias imigrantes têm piores indicadores de saúde por múltiplas barreiras, nomeadamente estruturais, organizativas, económicas, culturais e linguísticas”. (p10) indo ao encontro do sentimento partilhado por vários enfermeiros de que quando está internada uma criança chinesa e respetiva família, existem grandes dificuldades de comunicação, agravadas não só pela situação crítica da criança e pelo ambiente que a rodeia, mas também pela barreira linguística e cultural, tornando-se difícil a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

Na prática, constata-se que alguns indivíduos estão ainda sujeitos ao isolamento familiar e social, nem sempre observável nos primeiros encontros. O internamento da criança constitui, em alguns casos, “a porta de acesso” para estas famílias, pela aceitação e valorização das suas potencialidades e, por conseguinte, aceder e responder as reais necessidades, mobilizando os recursos existentes da comunidade. O acesso aos cuidados de saúde pelo imigrante está, muitas vezes, condicionado pelo medo de deportação, isolamento social e desconhecimento das leis.

Indo de encontro ao preconizado pelo Plano Nacional de Saúde 2012-2016, que tem como visão: promover a maximização dos ganhos em saúde “através do alinhamento em torno de objetivos comuns, da integração de esforços sustentados de todos os setores da sociedade, e da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis” (P.5), nomeadamente através da divulgação dos direitos e deveres, junto dos imigrantes, no que respeita ao Serviço Nacional de Saúde (SNS), e para dar resposta à necessidade vivida não apenas por mim, mas também pelos colegas da unidade, pretendo aprofundar conhecimentos e desenvolver competências para prestar cuidados culturalmente competentes à criança e família de cultura chinesa, em cuidados intensivos

2- ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

2.1 - Cultura e aculturação

Com o processo de globalização, o desenvolvimento dos meios de comunicação e o aumento do tráfego aéreo, tornou-se mais fácil não apenas a troca de informação e bens, mas também a mobilidade social aumentando, assim, a pluralidade cultural dos países. Assim, as sociedades têm-se tornado cada vez mais heterogêneas devido à diversidade étnica das suas populações, designadas então por sociedades multiculturais.

Leininger, define cultura como “os valores, crenças, normas e modos de vida de uma cultura particular, aprendidos, compartilhados e transmitidos, e que orientam o pensamento, decisões e ações de forma padronizada e frequentemente entre gerações” (Leininger e Mcfarland, 2006, p.12). No entanto Purnell & Paulanka (2010) complementam este conceito como sendo a cultura “a totalidade de padrões comportamentais socialmente transmitidos, as artes, as crenças, valores, os costumes, as formas de vida, e todos os outros produtos do trabalho humano e características de pensamento de uma população que orienta a sua visão do mundo e as suas tomadas de decisão”. (p.6)

Quando um indivíduo ou grupo decide migrar depara-se com um meio novo, desconhecido ou hostil, o que de acordo com Ramos (2009), implica uma adaptação ao mesmo, mas também à cultura de acolhimento, e que “constitui um processo complexo, contraditório, uma experiência de perda, rutura, mudança, vivenciada pelo indivíduo de uma forma mais ou menos traumatizante ou harmoniosa, segundo os seus recursos psicológicos e sociais, as características da sociedade dominante, as condições de acolhimento e as políticas do país recetor” (p.5).

Desta forma, numa sociedade onde existem múltiplas culturas, a convivência nem sempre é linear, levando a processos de adaptação por parte do imigrante, nomeadamente a processos de aculturação.

Para Ramos (2009) a aculturação implica “a aprendizagem de uma nova cultura, assim como escolhas por vezes difíceis entre o que o imigrante gostaria de manter e o que tem de abandonar dos hábitos e da cultura de origem”(p.6)

O imigrante pode viver neste sentido, formas intensas de *stress*, o chamado “stress de aculturação”, motivado pelo facto de estar em contacto direto e contínuo com uma cultura diferente da sua, e ser ele próprio ator desse processo de aculturação. No entanto, esse stress pode ser minimizado quando há respeito pela sua cultura e hábitos culturais, nomeadamente no que diz respeito à saúde. Compete ao enfermeiro, respeitar os seus hábitos de vida e saúde na prestação de cuidados a indivíduos de outras culturas diminuindo, assim, os níveis de *stress* dos imigrantes ao recorrerem aos serviços de saúde.

2.2 - Teoria humanista de Leininger - Cuidado Transcultural

Madeleine Leininger fundadora do Pólo de Enfermagem Transcultural, na Universidade Estatal de Waine nos EUA, desenvolveu a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural tendo como fulcro os cuidados humanos, os valores da antropologia e os aspetos culturais.

A escolha do modelo teórico dos Cuidados Culturais para o desenvolvimento deste projeto, deveu-se essencialmente ao facto de Leininger, estabelecer a diferença entre o que é comum ou semelhante, “universal” e o que é “diverso”, numa perspetiva transcultural, para a prestação de cuidados, com o objetivo de fornecer conhecimentos capazes de proporcionar cuidados culturalmente congruentes que conduzam ao bem-estar e à saúde dos indivíduos, das famílias, do grupo ou das comunidades culturais.

A Teoria dos Cuidados Culturais embora complexa, devido à diversidade de conceitos ligados aos cuidados transculturais, estabelecendo frequentes inter-relações entre eles, perspetiva-se de extrema importância na área da prestação de

cuidados, numa população cada vez mais multicultural, orientando os profissionais de enfermagem no seu desempenho e na investigação, e contribuindo para a obtenção de novos conhecimentos holísticos, relacionados com os cuidados humanizados e individualizados.

Para Leininger, a pessoa não é o termo mais correto para usar em contexto cultural. Ser Humano, é um ser que não pode ser dissociado da sua herança cultural, capaz de cuidar e de se preocupar com as necessidades, o bem-estar e a sobrevivência dos outros. As suas expressões e o seu estilo de vida refletem os valores, as crenças e as práticas da cultura.

A saúde é definida como “um estado de bem-estar que é culturalmente definido e constituído. Saúde é um estado de ser para manter e a capacidade para ajudar indivíduos ou grupos a desempenhar as suas atividades diárias através de cuidados benéficos culturalmente expressos e modos de vida padronizados” (Leininger e Mcfarland, 2006, p.10).

Leininger não define sociedade/ambiente, mas refere-se a “totalidade de situação(ões) geofísicas, ou área geográfica e configurações ecológicas das culturas” (Leininger e Mcfarland, 2006, p.10), estando estas intimamente relacionadas com sociedade e ambiente.

Enfermagem é definida como uma “profissão e disciplina científica aprendida e humanista centrada no fenómeno e atividades do cuidado humano para assistir, apoiar, facilitar ou capacitar indivíduos ou grupos a manterem ou a readquirirem o seu bem-estar (ou saúde), em formas culturalmente significativas e benéficas ou para ajudar a pessoa a enfrentar a deficiência ou a morte” (Leininger e Mcfarland, 2006, p.7).

Para a autora, o cuidar é definido como “experiencias ou ideias dirigidas para a assistência, o apoio ou a capacitação de outros com necessidades evidentes ou

antecipadas, para melhorar uma condição humana ou forma de vida e para encarar a morte” (Leininger e Mcfarland, 2006, p.12).

Estas experiências, implicam decisões tendo por base a cultura e a coparticipação do enfermeiro e do cliente tendo por base três modos de atuação: preservação/manutenção do cuidado cultural, ajustamento/ negociação do cuidado cultural e a repadronização / reestruturação do cuidado cultural.

O “*Modelo Sunrise*” tem como objetivo explicar, analisar e interpretar o significado do cuidado para diferentes culturas e desenvolver cuidados de enfermagem culturalmente congruentes. Este modelo é constituído por quatro níveis, sendo que os três primeiros fornecem subsídios para o planeamento e execução dos cuidados. O quarto nível do modelo determina as decisões e ações dos cuidados de enfermagem.

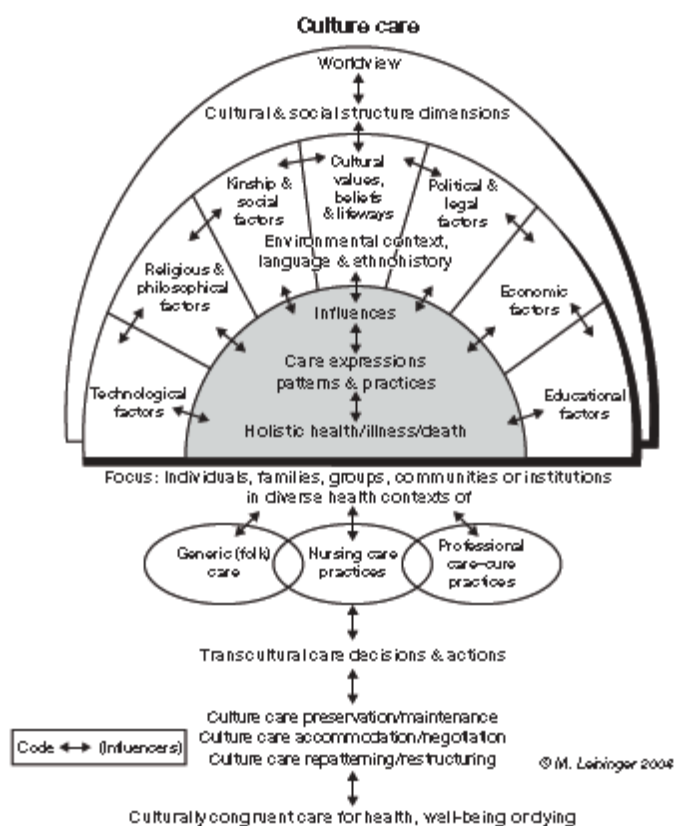


Fig 1 – Modelo Sunrise de Leininger in: Leininger e Macfarland (2009), p.2

Os cuidados de enfermagem têm por base conhecimentos transculturais, apreendidos pelo estudo da estrutura social, pela visão do mundo, pelos valores e contextos de diversos grupos. Comportam formas de ajuda, baseados numa ciência e arte humana que se aprende, e que respeita os sistemas de cuidados tradicionais e não profissionais que suportam a vida e a morte (Kérouac, 1994).

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

2.3- Cuidados culturalmente competentes

A competência cultural, no âmbito dos cuidados de saúde implica possuir os conhecimentos, as competências e habilidades que permitem prestar cuidados congruentes com as crenças e práticas culturais do utente.

Segundo Sagar (2012, p.41) e tendo por base o modelo de competência cultural de Purnell (2008), existem quatro níveis de competência cultural do enfermeiro: inconscientemente incompetente, conscientemente incompetente; inconscientemente competente e conscientemente competente. No nível de inconscientemente incompetente, o enfermeiro não tem consciência da falta de competência cultural, enquanto no conscientemente incompetente o enfermeiro tem consciência que não possui conhecimentos culturais para a prestação de cuidados culturalmente competentes. O nível de inconscientemente competente tem associada a capacidade automática de prestar cuidados culturalmente competentes, enquanto no nível conscientemente competente supõe que este tenha conhecimentos e habilidades para intervir de forma culturalmente competente.

Smith-Miller et al (2010) definem competência cultural como “um processo contínuo, exigindo um compromisso à aprendizagem ao longo da vida e auto-reflexão” (p.20). Assim, e de acordo com Leininger os cuidados de enfermagem culturalmente competentes são estruturados de forma a se ajustarem aos valores, incluindo a negociação, ações e decisões profissionais criativas no sentido de apoiar, facilitar ou capacitar as pessoas de uma determinada cultura, a reter ou preservar valores relevantes para que possam manter o seu bem-estar, recuperar da doença e enfrentar a deficiência e a morte. A competência cultural pessoal e organizacional é então fator preponderante na para o aumento da satisfação dos utentes face aos cuidados de saúde, e na redução de razões multifatoriais causadoras de desigualdades e complicações tendo por base a raça ou etnia.

Para Abreu (2011), a competência cultural implica que o enfermeiro desenvolva uma consciência plena da sua cultura, padrões e valores culturais e que deve possuir também “informações sobre outras culturas, demonstrar interesse e aceitar representações e diferenças culturais de utentes provenientes de outras culturas” (p.75)

Esta competência cultural pode ser desenvolvida através de uma variedade de métodos, nomeadamente discussões em torno de filmes, livros e artigos de periódicos, utilizando seminários ou mesas redondas com enfermeiras que participaram em experiências internacionais de saúde, como veículos para discussões sobre questões relativas às diferenças culturais, etnicidade e visões de mundo. (Smith-Miller et al, 2010)

Assim, o conhecimento aprofundado sobre a cultura e hábitos de vida, bem como as relações sociais e familiares, permitem ao enfermeiro envolver a família no cuidar da criança, respeitando as suas crenças e valores. Desta forma, é possível não apenas um cuidar culturalmente competente, mas também prestar cuidados de enfermagem centrados na família, tão importantes em cuidados de saúde infantil e pediatria.

2.4 - Cuidados centrados na família

Os cuidados centrados na família, embora seja um conceito fulcral em enfermagem pediátrica, não é um conceito claro e consensual. Coyne (1996) descreve os cuidados centrados na família como, a inclusão e envolvimento das famílias e pessoas significativas nos cuidados de saúde prestados às crianças hospitalizadas. Conway et al (2006) identificam 4 conceitos essenciais nos quais assenta a filosofia dos cuidados centrados na família:

1. Dignidade e Respeito - os valores, crenças, o conhecimento e o contexto sociocultural da criança e família devem ser valorizados e incorporados na prestação de cuidados;
2. Partilha de Informação – a comunicação e partilha de informação deve ser transmitida de forma clara, objetiva e imparcial, sem emissão de juízos de valor, capacitando a criança e família na tomada de decisão e para a participação nos cuidados;
3. Participação – a criança e família são encorajados e apoiados a participar nos cuidados e na tomada de decisão sempre que estes desejam participar;
4. Colaboração – a colaboração entre criança, família e prestadores de cuidados ocorre não apenas na prestação dos cuidados, mas também no âmbito do desenvolvimento de políticas e programas de saúde e na educação dos profissionais.

Hutcthfield (1999) analisou o conceito de cuidados centrados na família e identificou alguns atributos deste conceito, que vão de encontro aos pressupostos dos cuidados centrados na família, nomeadamente: o relacionamento aberto entre equipa multidisciplinar e criança/família; a comunicação, a cooperação e a colaboração subentendendo a transmissão de informação e conhecimentos, com vista ao processo de tomada de decisão esclarecido e fundamentado e um processo de negociação com os pais sobre o grau de envolvimento e participação nos cuidados ao seu filho.

Assim, a filosofia dos cuidados centrados na família, tem por base, um conjunto de pressupostos identificados por diversos autores (Hutthfield, 1999; Franck e Callery, 2004 e Hanson, 2005):

- Reconhecimento do papel central da família na vida da criança;
- Reconhecimento de que cuidar da criança inclui o cuidar da família, atendendo ao seu desejo de participar no processo de tomada de decisão e no processo de prestação de cuidados;
- Proporcionar cuidados adequados às necessidades da criança e família procurando que estes sejam acessíveis, flexíveis, responsáveis e sensíveis;
- Reconhecimento das preferências e prioridades da criança/família;
- Identificação do papel dos diferentes membros da família;
- Valorização do conhecimento e potencialidades parentais relativamente à criança;
- Respeito pela dignidade e a diversidade racial, étnica, cultural, espiritual e económica da família;
- Reconhecimento dos aspetos fortes da criança e família e respeito pelos diferentes modos de lidar com as situações;
- Partilha contínua com a criança e família de informações necessárias à prestação de cuidados.

Para Jorge (2004), a tríade, criança, pais e enfermeiros, deve permanecer em constante interação, beneficiando todos os intervenientes. Torna-se fundamental reconhecer a importância do papel dos pais, para que o seu envolvimento, participação, capacitação e negociação sejam adequados e concretos na prestação de cuidados ao seu filho.

Desta forma, compete ao enfermeiro, promover a capacitação e as competências da criança e família, construindo uma relação de confiança, realizando reforços positivos pelos progressos alcançados, assistindo e apoiando na aquisição e aprofundamento de novos conhecimentos e habilidades.

2.5 - Comunicação e relação de ajuda

A comunicação, segundo Ramos (2008, p.100) é “um fenómeno social complexo e multidimensional, estando cada ato de transmissão de uma mensagem integrado numa matriz cultural, num conjunto de códigos, de regras e de representações que tornam possíveis e mantêm relações entre os membros de uma mesma cultura ou subcultura”. De acordo com o mesmo autor este é “um processo bidirecional, contínuo, dinâmico, interativo, irreversível, que se produz num dado contexto físico e social, influenciando o comportamento (...) que permite redimensionar e repensar as relações entre os indivíduos, entre o indivíduo e a sociedade e entre a sociedade e a cultura.” (Ramos, 2004, p.297)

De acordo com Purnell & Paulanka, (2010) a comunicação não depende apenas das competências da linguagem verbal que incluem a língua dominante, os dialetos e o uso contextual da língua, mas está inter-relacionada também com as “variações da paralinguagem, tais como o volume, o tom, as entoações, as reflexões e a disposição de partilhar pensamentos e sentimentos”(p.28).

Á ainda a salientar que pessoas de culturas ou subculturas diferentes podem atribuir diferentes significados às mesmas realidades, podem construir perceções sociais diferentes, o que pode originar incompreensão mútua, desentendimentos e dificuldades de comunicação (Ramos, 2008), indo ao encontro do defendido por Dogan et al (2009) em que a comunicação depende da harmonia cultural, e que “a desarmonia desempenha um papel importante que pode ser mais crítico do que o próprio problema da língua” (p.690)

Concebendo a família como contexto da criança/jovem e de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2011a):

“os cuidados de enfermagem implicam o estabelecimento de uma comunicação efetiva, tendo em conta intervenções ao nível dos seguintes domínios de atuação: envolvimento; participação e parceria de cuidados; capacitação; negociação dos cuidados. (...) Para tal, é necessário que se capacite e disponibilize o suporte necessário para dotá-los de competências para a gestão proficiente nos cuidados aos seus filhos, visando a sua autonomia e capacitação para uma tomada de decisão informada em diferentes domínios do percurso assistencial.” (p.5)

2.6 - População e cultura chinesa

A China é considerada o terceiro maior país do mundo, com uma superfície de 9700327Km² e com uma população que ascende a 1 bilião e 313 milhões de habitantes segundo os Censos de 2006.

Apesar de ser no sudeste asiático onde se fixaram as comunidades chinesas mais expressivas, os chineses não migram exclusivamente para um país, podendo-se verificar a sua entrada em todos os continentes e em diversos países. De acordo com Rocha-Trindade et al (2005), “não obstante a multipolaridade destes fluxos transnacionais, constata-se que as relações com a China, como país de origem ou de nascimento, permanecem. Quer os antigos quer os novos migrantes mantêm os laços familiares, culturais e económicos com a China” (p.15).

Segundo dados do SEF, a imigração *chinesa* apresenta uma expressão considerável no território nacional, sendo a 8ª nacionalidade de estrangeiros residentes mais representativa em Portugal (3,8%). Estes resultados confirmam a continuidade do crescimento sustentado da comunidade imigrante residente em Portugal, que se vem registando nos últimos anos.

O número de imigrantes chineses residentes em 2011, em Portugal, era de 16.785 e corresponde a uma grande evolução em relação ao ano 2000 onde apenas se detetou 3.282 imigrantes chineses. O maior impacto ocorreu entre 2000 e 2002, como acontece em diversos outros casos, registando-se 8.401 indivíduos de origem chinesa. Nos restantes anos a evolução do número de indivíduos residentes de origem chinesa teve uma subida gradual e sem oscilações relevantes: 9.191 em 2004, 10.167 em 2006, 13.331 em 2008, 15.699 em 2010 e 16.785 em 2011.

No que diz respeito à distribuição territorial da população estrangeira, por distrito, verifica-se que esta se concentra predominantemente na zona litoral do país, onde se concentra também, parte significativa da atividade económica nacional. Os distritos com maior destaque são: Lisboa, Porto, Faro e Setúbal

No que respeita aos chineses residentes em Portugal verifica-se que tem características próprias comparativamente a outras populações imigrantes. Os chineses residentes em território nacional não vêm com o intuito de constituir mão-de-obra barata mas sim o de abrir os seus próprios negócios. Esta comunidade de imigrantes tem aumentado cada vez mais devido à grande adesão dos portugueses aos produtos disponibilizados pelos chineses nas suas lojas e nos seus restaurantes. Outra característica bem patente nesta comunidade é que não viajam para Portugal individualmente, pelo contrário, todos os elementos da família viajam e ajudam na construção e na manutenção do negócio (Matias, 2010).

Constata-se que Lisboa continua a ser o distrito com maior predominância de população chinesa residente, sendo as atividades económicas mais frequentes nas áreas da hotelaria, restauração e comércio, verificando-se um grande número de trabalhadores por conta própria.

De acordo com Rocha-Trindade et al (2005) e Matias (2010), não existe uma comunidade chinesa homogénea em Portugal, atendendo a que existe uma evidente heterogeneidade deste grupo étnico radicado no país, distinguindo-se quatro grupos de indivíduos de origem étnica chinesa radicados em Portugal: o dos chineses da RPC (província zhejiang); o dos macaenses; o dos estudantes bolseiros e o dos chineses provenientes de Moçambique.

Destes quatro grupos, o mais representativo é o de cidadãos vindos da província de Zhejiang e que se instalaram nas grandes áreas metropolitanas de Lisboa e Porto, maioritariamente por via de redes familiares, que se instalaram com vista ao negócio. Dos restantes grupos, podemos salientar que os naturais de Macau se encontram bastante integrados na sociedade portuguesa, muitos destes casados com portugueses e naturalizados; os estudantes bolseiros, estando de passagem, vieram de vários destinos como: Macau, China continental, Singapura e Malásia. Não dominam bem o português e o seu objetivo é formarem-se e voltarem a Macau e à China para exercerem atividades nos diversos serviços públicos e

administrativos em empresas multinacionais. E ainda que, os que vieram de Moçambique após a descolonização, que possuem um profundo conhecimento da língua portuguesa, ao contrário de qualquer dos grupos atrás citados, estando já muito ocidentalizados.

Cultura Chinesa

A cultura chinesa, é uma cultura muito rica e vasta, com inúmeras nuances, tendo em conta as 56 etnias existentes no território, as duas línguas, o mandarim e o cantonês, aproximadamente 80 dialetos diferentes e inúmeras ideologias que permeiam o modo de vida chinês.

A linguagem comum da china teve origem na linguagem familiar sino-tibetana e segundo com Han e Chay (2007), o *Putonghua* (Mandarim) utilizado na china continental, é a língua oficial da Republica Popular de China, “utiliza a pronuncia de Beijing” (p.36). De acordo com TOCAOSC (2007), o mandarim “é também conhecido como *Guoyu* (língua nacional) em Taiwan e *Huayu* (língua chinesa) em Singapura e Malásia” (p.280). No entanto, segundo Pereira (2009), “no território chinês, habitado por 55 minorias étnicas, existem mais de 80 dialetos diferentes” (p.21).

No que diz respeito à escrita, segundo TOCAOSC (2007, p.119), são utilizadas 4 formas de criar palavras: hieroglífica (o caracter assemelha-se ao objeto que representa), autoexplicativa (adiciona-se símbolos ao caracter para modificar o sentido); compostos associativos (combina-se 2 ou mais caracteres para formar palavras) e picto-fonético (combinação de 2 caracteres em que um representa o som e o outro o significado. Atualmente, existem os caracteres tradicionais (localmente denominados *Fantizi*) são usados em Taiwan e Hong Kong e os caracteres simplificados (localmente denominados *Jiantizi*) são usados na República Popular da China e em Singapura.

Atendendo à diversidade de minorias étnicas, existentes na China, não são apenas os dialetos e a forma de escrita que diferem, mas também os costumes e hábitos de

vida. Assim, ao falarmos de cultura chinesa, estamos a referir-nos a um conjunto de culturas milenares, em constante comunhão.

Na China, a veneração dos antepassados, o islamismo, o cristianismo e outras religiões populares chinesas coexistem e misturam-se com algumas correntes filosóficas. A filosofia chinesa teve um impacto muito significativo na cultura, tanto a nível erudito quanto a nível popular, sendo as raízes da filosofia chinesa o Confucionismo, o Taoísmo e Budismo, segundo a ordem cronológica.

O Confucionismo

O Confucionismo surgiu como teoria com Confúcio, também conhecido como Sábio. Confúcio foi o primeiro chinês que se formou como professor e foi considerado então o primeiro teórico político que defendia governar com benevolência e colocava forte ênfase no desenvolvimento moral. Confúcio considerava que “todos os estudantes deveriam aprender a pensar e não simplesmente decorar assuntos” (Han & Chay, 2007, p32). Desta forma, segundo Confúcio, era obrigação dos governantes, mostrar moral para com os seus súbditos e, através da educação da sociedade, construir um povo pacífico e justo. Esta teoria acabou então por ser adotada como filosofia de estado durante várias épocas na história da China, conseguindo, independentemente das conjunturas políticas e sociais, moldar os vários sectores da vida humana, marcando-os com os seus valores ao longo de milénios.

Segundo Matias (2010), a harmonia social defendida por Confúcio como base da sua teoria política, foi adaptada a cinco relações humanas primordiais baseadas na reciprocidade:

- 1. Nas relações entre pais e filhos** - cujos valores morais obrigam o filho a submeter-se à piedade filial e à hierarquia familiar do “Pater”, tanto a nível familiar, económico, como empresarial;
- 2. Entre irmãos** - a confiança, reciprocidade e honestidade devem reger a orientação e conjugação de esforços para manter unida a riqueza familiar, evitando o enfraquecimento de cada um e, no fim, a divisão da família;

3. Entre marido e mulher - o marido controla os negócios da família, a mulher colabora segundo a orientação dos valores morais, ajudando na educação dos filhos, na sua formação e, muitas vezes, dentro da empresa, recrutando os empregados e orientando-os nas questões da habitação;

4. Entre amigos - tendo como base nas relações a igualdade, a confiança, a honestidade e retribuição mútuas;

5. A relação hierárquica entre patrão e empregado - pagando-lhes salários baixos, compensando-os com habitação e alimentação não consentindo que se desenvolva entre eles a consciência de classe. Em caso de conflito ou desagrado e reivindicação de melhores condições, a situação resolve-se com a iniciativa do empregado, despedindo-se ou criando o próprio negócio, se tiver condições financeiras favoráveis.

O confucionismo coloca a ênfase no dever, lealdade, piedade filial, sinceridade, e respeito pela idade. Na deferência pela autoridade e pelos idosos, modéstia, hierarquia, moderação nos hábitos, generosidade e o evitar confrontos diretos são altamente valorizados. Assim, existem alguns conceitos que não podem ser ignorados:

Mianzi ou “face” que está relacionada com a dignidade, honra e prestígio da pessoa (Seligman, 1989; Matias, 2010), havendo muitas formas através das quais esta pode ser perdida. A “face” pode ser perdida, recuperada ou oferecida, de acordo com a situação.

Segundo Seligman (1989), “causar a perda da face a alguém, (...) falhando no trato deste com respeito ou insultando alguém pode resultar na perda de cooperação e frequentemente retaliações “(p.56) até porque, de acordo com Matias (2010) “(...) nunca se deve ofender a face dos outros porque é a sua face e de toda a família que se ofende.” (p.56) A face pode ser recuperada ou oferecida se uma pessoa fizer “algo que aumente a reputação ou o prestígio de alguém ”(Seligman, 1989, p.56)

De acordo com Matias (2009), a perda da “face” reflete-se inclusivamente ao nível dos antepassados da pessoa, segundo esta, quando um indivíduo perde a face é excluído do grupo, perdendo ele e toda a família todo o apoio, pelo que “a face é uma questão complexa, pois tem reflexos na inserção na rede social e económica das comunidades em que se insere cada cidadão chinês” (p.56)

“**GuanXi**”, que segundo Rocha-Trindade et al. (2005), corresponde a um sistema complexo de troca de favores e informações, através do qual a prestação de um favor cria expectativas de reciprocidade embora sem uma data precisa, podendo algumas dívidas prolongarem-se durante gerações sendo efetivamente reciprocadas muitos anos mais tarde. O princípio essencial é que o favor deve ser pago através de favores ligeiramente superiores por forma a alimentar a sustentabilidade da relação. Os *guanxi* são ligações pessoais que envolvem obrigações mútuas, boa vontade e afeto pessoal com particular ênfase na família e na partilha de experiências comuns.

“**Danwei**” ou **Unidades de trabalho** detêm um grande poder sobre a vida do indivíduo, segundo Seligman (1989). Assim, o indivíduo não é visto como singular mas representativo de uma força de trabalho e responde perante a mesma, sendo esta na China quem decide onde o indivíduo vive, quanto ganha, e o que pode comprar e controla o acesso aos cuidados de saúde, educação e reforma.

Os recém-chegados, caso possuam familiares no país de acolhimento, encontram algum apoio na sua integração, tendo em conta a “obrigação familiar” que se baseia na lealdade e entreajuda. Desta forma, a comunidade torna-se autónoma e coesa, e como refere Matias (2010), “fecha-se à sociedade autóctone não denunciando os problemas dos seus conterrâneos e não deixando transparecer para fora os mesmos. Por orgulho, brio e principalmente por uma questão de prestígio, resolvem-nos silenciosamente”(p.55). Este espírito de entreajuda também leva a comportamentos positivos que minimizam os problemas de integração na sociedade de acolhimento, ou outros.

Sendo ainda, o confucionismo, a base para a política e sociedade chinesas, com valores essenciais na educação do seu povo, para que os chineses consigam viver e ter sucesso num mundo com tradições morais e religiosas diferentes das suas, estes valores morais tem que ser geridos e, por vezes, adaptados às regras ocidentais, tendo como prioridade o sucesso empresarial, nunca esquecendo completamente os seus valores ancestrais.

Taoísmo

O Taoísmo é o único conjunto de ensinamentos filosóficos e de práticas religiosas que teve origem na China. Segundo esta filosofia, existe uma grande harmonia cósmica, em que o homem deve viver em comunhão com a natureza por meio do Tao, ou “Caminho”. As crenças taoistas ressaltam a valorização pessoal, a liberdade e a busca pela imortalidade.

Budismo

O Budismo surgiu durante a dinastia Han, derivado de uma forma radical de Hinduísmo. O Budismo acredita na pureza da mente e das ações, bem como na purificação do carma. Boas ações geram um carma positivo e uma reação da mesma qualidade e intensidade, nesta vida ou noutra encarnação, verificando-se o mesmo com as más ações, que geram carma negativo. É possível atingir o estado de Nirvana, com um carma livre de toda a negatividade, e o fim do sofrimento trazido pela existência cíclica.

O simbolismo

Existe uma grande variedade de símbolos associados à cultura chinesa, que estão presentes nas suas vidas e acompanham para os países onde se instalam.

O “Bambu” é um símbolo de firmeza e honestidade, sendo que a expressão, *“Bambus no peito”*, é utilizada para afirmar que uma pessoa tem ideias seguras e firmes.

O “Dragão” é outro símbolo de grande importância no pensamento chinês, uma vez que os seus múltiplos braços representam o número de etnias (56) existentes na China. Existe uma grande diversidade étnica na China, e embora possuindo muitas particularidades, existem também muitos pontos comuns entre os diferentes povos. Assim, segundo Matias (2010), “A sua coesão dá força e unidade ao pensamento filosófico chinês, que é transmitido à sociedade chinesa em prol da sua “unidade” e “harmonia”, (...) representa a eternidade, sem princípio nem fim e mostra as “cinco” cores do arco-íris”(p.50)

O número cinco tem uma presença notória na cultura chinesa, sendo uma constante na conjugação e harmonia do pensamento simbólico chinês e representando as cinco estações do ano (Primavera, Verão, Fim do Verão, Outono e Inverno), os cinco elementos (madeira, fogo, terra, metal e água), os cinco pontos cardeais (Este, Sul, centro, oeste e norte) e os cinco movimentos representados na medicina chinesa pelos 5 elementos.

A medicina tradicional chinesa

Atualmente, a medicina tradicional chinesa integra a fitoterapia, a acupunctura, moxibustão, ventoso-terapia, raspagem e Tuína (massagem chinesa). No entanto, TOCAOSC (2007) refere que, a medicina tradicional chinesa ou fitoterapia, teve início aproximadamente durante o período entre 770-221DC e “maioritariamente vem das plantas, mas também por vezes de animais e minerais, sendo estes elaborados sob a forma de medicamentos orais ou tópicos, após serem especialmente preparados” (p.275). A acupunctura e moxibustão antecedem a fitoterapia em largos séculos, sendo descrita a sua utilização no período 770-476 AC. Segundo o mesmo autor, “em 1027DC, Wang Weiyi, um oficial médico de acupunctura e moxibustão, fez duas figuras humanas de bronze, onde marcou 12 canais e 354 pontos de acupunctura, sendo utilizados para ensinar a terapia” (TOCAOSC, 2007,p.277).

Segundo Wen (2007), “o conceito de cultivar a saúde permeia todos os aspetos da vida chinesa – desde as atividades diárias à dieta e ajuste das emoções, deste

atividades triviais como pentear o cabelo e limpar os dentes até ao acalmar da mente – e geralmente segue o princípio da manutenção do equilíbrio e harmonia em todos os aspetos” (p.160). Assim, a medicina tradicional chinesa é simultaneamente uma ciência médica, mas também um sistema filosófico.

De acordo com a medicina tradicional chinesa, todo o ser humano é um pequeno universo integrado no universo externo, pelo que o diagnóstico e tratamento são feitos tendo por base o tempo, a estação do ano, as características locais e os costumes, para além das características individuais da pessoa. Desta forma são integrados conceitos como o *Qi* (energia), *Yin e Yang*, e os 5 elementos. Utiliza como métodos de diagnóstico:” *Wang* (inspeção), *Wen* (cheiro e auscultação), *Wen* (interrogação e inquérito) e *Qie* (toma do pulso e palpação) ” (Wen, 2007, p.160).

Atualmente, na China, embora ainda existam alguns hospitais exclusivamente de medicina tradicional chinesa (MTC), esta e a medicina ocidental coabitam em perfeita harmonia na maioria dos hospitais, havendo departamento especializados de MTC como uma medicina complementar.

3. O PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO TRANSCULTURAL

À luz da visão holística do ser humano defendida por Leininger, o facto dos profissionais de saúde e consequentemente os enfermeiros, terem o dever de cuidar os seus utentes humanamente, implica o respeito pelas suas necessidades, crenças e valores culturais. Neste sentido, torna-se importante, que o enfermeiro identifique e atenda a essas necessidades, a fim de prestar um atendimento individualizado, que foi estipulado como um direito do utente, na “carta dos direitos e deveres dos utentes” da DGS (1999).

O cuidado integral, implica que o enfermeiro tenha o conhecimento das diferenças culturais nas intervenções de enfermagem, nomeadamente no que diz respeito à comunicação, ao toque, ao contacto visual, ao silêncio, ao espaço e distância, às crenças de saúde e aos hábitos de vida diários.

Vilelas e Janeiro (2012:126), defendem que “os enfermeiros têm o contato íntimo com utentes e são responsáveis pela formulação de planos de saúde que ajudam a satisfazer as necessidades individuais dos utentes, é necessário que entendam, apreciem as preferências culturais dos utentes e deem respostas”.

De salientar que, embora um cliente possa pertencer a determinada cultura, pode optar por não seguir os seus costumes na totalidade ou em parte, pelo que o cuidado deve sempre ser individualizado. De acordo com Vilelas e Janeiro (2012:124), “a pessoa não é um estereótipo de uma cultura. Os indivíduos têm crenças, valores e práticas que podem afastar-se de suas culturas. Isso aponta para a necessidade de os enfermeiros darem o passo seguinte na direção da competência cultural, que é a realização de avaliações culturais nos utentes”.

Esta avaliação cultural passa por identificar diversos aspetos ou padrões culturais que são fundamentais para o estabelecimento de uma relação de confiança entre a criança e família e o enfermeiro e que, podem entrar em conflito com as suas necessidades de saúde. Importa, por exemplo, conhecer a estrutura familiar e sistemas de apoio, identificar se a pessoa recorre à medicina tradicional ou apenas à medicina ocidental, saber como a pessoa descreve a dor, e observar a linguagem

não-verbal, principalmente nas culturas em que a dor é aceite como parte integrante do processo de tratamento.

O cuidado transcultural pode desencadear alguns dilemas éticos, para os quais os enfermeiros devem estar preparados, nomeadamente no que diz respeito à abordagem de certos assuntos “tabu” para algumas culturas, como por exemplo, dar informações sobre o estado de saúde ao utente quando este acredita que o simples fato de discutir esse assunto o poderá conduzir à morte, ou quando o cuidar de utentes de culturas orientais, impedem de ser aberto e honesto sobre a doença terminal em doentes em fim de vida.

Outro aspeto a considerar no cuidar transcultural, segundo Lopes (2009), é que as múltiplas interpretações relacionadas com a situação de saúde e doença determinam em parte, os comportamentos de uma população heterogénea. Estes comportamentos são, por sua vez, interpretados pelos profissionais de saúde, à luz da sua própria cultura. Assim, torna-se importante que o enfermeiro tome consciência das suas próprias crenças e que aceite e compreenda que estas possam ser diferentes dos padrões culturais dos outros.

A competência cultural está para além do conhecer as diferenças e as semelhanças entre as culturas, ou aceitar ou não determinado comportamento. Implica também o desenvolvimento, quer nos serviços, quer nas instituições de saúde, de mecanismos para integrarem estes conhecimentos culturais nos processos de cuidados e que tenham em atenção não só a vida mas também o sentido dado “pelo outro” à vida.

É de salientar que o cuidado culturalmente competente é essencial na prática dos cuidados diários de enfermagem, no entanto, constitui um grande desafio para os enfermeiros, uma vez que exige um cuidado individualizado e holístico tendo por base as necessidades culturais de cada utente.

3.1. O enfermeiro e o cuidar na cultura chinesa

A cultura chinesa sendo uma cultura milenar, possui alguns aspetos particulares, a considerar no cuidar de crianças e famílias, relacionados com a comunicação, hábitos de vida e de saúde, bem como, com as relações interpessoais e familiares.

Para Giger e Davidhizar (1995), na cultura chinesa o individualismo é desencorajado, contrariamente à demonstração de piedade filial (孝, Xiao), que implica o respeito pelos pais e antepassados, e lealdade para com a família e amigos que é encorajada. Nesta cultura, se o interesse privado entrar em conflito com o interesse da comunidade, é esperado que a pessoa se submeta ao interesse do grupo ao invés do interesse individual. A discussão pública dos problemas também é considerada inadmissível.

A modéstia, o autocontrolo, e o respeito são altamente valorizados nesta cultura pelo que, os indivíduos de cultura chinesa aparentam ser calados, educados, reservados e frequentemente suprimam sentimentos como raiva ou dor.

O toque pode ser visto como sinal de afeto e proximidade, pelo que “na cultura chinesa, não se aprecia o toque de estranhos; o sorriso é a forma de comunicação mais apreciada por essa cultura. Os utentes asiáticos não permitem o toque na cabeça, porque se pensa ser a fonte de força de uma pessoa”. (Vilelas e Janeiro, 2012, p.123).

Respeitar o silêncio é fundamental quando se fala de idosos nas culturas asiáticas, uma vez que este, é um sinal de grande respeito pelas pessoas mais velhas. Como habitualmente evitam conflitos e confrontos, a palavra “não” é raramente usada, optando pelo “talvez”, uma vez que uma recusa pode levar o outro a “perder a face”. O contacto visual direto, por vezes é evitado, uma vez que um contacto visual excessivo é considerado rude.

Outro aspeto a considerar é que na cultura chinesa, raramente as perguntas são feitas na negativa, pelo que quando não dominam o português, pode ser confuso para estes responder afirmativamente a uma pergunta como: ““não quer comer?” ou “não tem dores?”.

As implicações para os cuidados de enfermagem, passam por identificar a zona de origem da criança e da família e que dialeto falam, quando é necessário contactar um intérprete, recorrendo à comunidade local.

Quando um enfermeiro necessita tocar na criança ou jovem, deve explicar a necessidade do toque à família, para que este não seja visto como falta de respeito. Há ainda a considerar que, as mulheres e adolescentes de cultura chinesa têm muito pudor relativamente à presença de um profissional de saúde do sexo masculino, pelo que deve ser dada primazia a profissionais do mesmo sexo, ou na impossibilidade disso acontecer, ter uma enfermeira do sexo feminino presente durante os cuidados.

Atendendo que é uma cultura, onde a família é muito valorizada e está hierarquicamente estruturada, pode haver a necessidade de envolver os elementos mais velhos da família na tomada de decisões, adesão ao regime terapêutico e na preparação para a alta.

Restaurar o equilíbrio entre o yin e yang é um conceito fundamental da medicina tradicional chinesa, que pode incluir a dieta, o exercício, a fitoterapia, acupunctura, moxibustão, massagem e ventosas. De acordo com Giger e Davidhizar (1995), o papel do enfermeiro pode passar por ajudar o cliente a escolher o tipo de alimentos de acordo com as propriedades yin e yang, na dieta do serviço de saúde ou possibilitar a vinda de alimentos de casa, confeccionados pela família. No entanto, quando há recurso a medicamentos tradicionais, pode ser necessário o enfermeiro informar a criança e família do risco de sobre dosagem ou interações medicamentosas, se esta para além da medicação prescrita está a tomar fitoterapia (ervas chinesas).

Desta forma, é importante que enfermeiro ao cuidar da criança e família de cultura chinesa, tenha em atenção que a dificuldade na comunicação, a diferença de costumes e hábitos de vida podem constituir uma barreira no acesso aos cuidados de saúde, havendo relutância na procura dos mesmos. Para que o enfermeiro possa prestar cuidados culturalmente sensíveis, necessita de conhecer a cultura, nunca deixando de ter atenção à individualização dos cuidados.

4 – ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDA

No seguimento da caracterização da problemática em estudo e do enquadramento teórico que a suporta, foram definidos objetivos que serviram de base no processo de ensino - aprendizagem, transversais a todos os campos de estágio (APÊNDICE II). No entanto, nas diferentes experiências de estágio foram delineados algumas atividades exclusivas dos referidos contextos.

Pretendia-se com o projeto e com as atividades desenvolvidas em cada campo de estágio desenvolver competências de futuro EESIP no âmbito da gestão dos cuidados de enfermagem que possibilitem um cuidado culturalmente competente à criança e família de cultura chinesa. De acordo com a finalidade traçaram-se alguns objetivos: 1) Conhecer a dinâmica dos contextos clínicos na sua vertente estrutural, funcional e organizacional, na área de saúde infantil e juvenil. 2) Refletir sobre os aspetos do domínio da responsabilidade ética e legal na prestação de cuidados de enfermagem. 3) Adquirir competências em liderança e gestão de recursos numa unidade de cuidados/serviço. 4) Identificar recursos na comunidade para o apoio à criança e família de cultura chinesa. 5) Identificar as dificuldades e estratégias utilizadas pelos enfermeiros nos cuidados à criança e família de cultura chinesa. 6) Desenvolver ações de formação em contexto profissional para os enfermeiros sobre os hábitos de vida e saúde da cultura chinesa. 7) Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados à criança e família nos diferentes contextos de estágio incidindo nos cuidados culturalmente competentes á criança e família de cultura chinesa.

Ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Infantil e Pediátrica compete então trabalhar “em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa, ...), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e

proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa”. (Ordem dos Enfermeiros 2010 b, p.1)

As aprendizagens realizadas ao longo deste percurso foram partilhadas com os meus colegas de modo a aumentar a competência nesta área. Foi importante conhecer diferentes contextos e realidades onde a criança e família de cultura chinesa pode recorrer, quer na comunidade, quer em meio hospitalar, uma vez que, é da competência dos técnicos de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, em relação à criança e família, “respeitar a diversidade socioeconómica, cultural, espiritual, linguística, etc., constituírem-se como parceiros dos cuidados, reconhecendo e promovendo o desenvolvimento das suas capacidades e restituírem-lhe o poder de decisão e de intervenção” (Alto Comissariado da Saúde, 2009, p.77).

O presente capítulo pretende ilustrar a aquisição de competências do Enfermeiro especialista (comuns e específicas de ESIP), através do desenvolvimento de atividades e concretização dos objetivos propostos para os estágios. Do conjunto de atividades desenvolvidas serão analisadas as mais significativas para a aquisição de competências do EE em ESIP.

Foi utilizada a revisão sistemática da literatura sobre a temática, normas e protocolos; observação participante, entrevistas exploratórias e questionários. Construí um guião de entrevista (apêndice IV) aplicado aos enfermeiros EESIP dos serviços, outro guião de entrevista (apêndice V) aplicado a profissionais no âmbito da cultura chinesa (Médicos de MTC, tradutores, interpretes e professores) e ainda um questionário (apêndice VII) a aplicar nos diferentes serviços aos enfermeiros que quisessem colaborar no estudo. Posteriormente foi realizada a transcrição das entrevistas (apêndice VI) e análise temática de conteúdo das mesmas (apêndice VIII) e dos questionários, permitindo esta conhecer um pouco melhor a cultura chinesa, as principais dificuldades sentidas por enfermeiros no cuidar desta população e estratégias utilizadas para ultrapassar essas dificuldades. Estas entrevistas e questionários permitiram também o levantamento de necessidades de

formação dos enfermeiros, relativamente aos cuidados culturalmente competentes a criança e família de cultura chinesa. Desta forma foram atingidos os objetivos nº4 e nº5: **“Identificar recursos na comunidade para o apoio à criança e família de cultura chinesa”** e **“Identificar as dificuldades e estratégias utilizadas pelos enfermeiros nos cuidados à criança e família de cultura chinesa”**

No seguimento da análise das entrevistas e questionários, foi elaborado um plano de sessão e feita a divulgação da sessão de formação para os enfermeiros (apêndice IX), que se realizou em todos os locais de estágio, de acordo com a disponibilidade da equipa,, cujo conteúdo se encontra no apêndice X, dando resposta ao objetivo nº6: **“Desenvolver ações de formação em contexto profissional para os enfermeiros sobre os hábitos de vida e saúde da cultura chinesa”**. Houve um local de estágio onde foi realizada uma segunda sessão para os médicos daquela instituição a pedido destes, em Outubro de 2013, devido ao sucesso em termos de comunicação demonstrada pelos enfermeiros com as crianças e famílias de cultura chinesa.

A preparação destas sessões levou-me a aprofundar e à sistematização do conhecimento adquirido sobre a cultura chinesa (apêndice XIV). No decorrer das sessões de formação foram promovidos momentos de reflexão, discussão e partilha de experiências no cuidar do utente pediátrico de cultura chinesa permitindo, tendo a avaliação realizada no final pelo público-alvo sido positiva (apêndice XI). A apresentação formal do trabalho nos diferentes contextos permitiu-me ainda o desenvolvimento e competências comunicacionais.

Com o intuito de deixar nos locais de estágio informação relevante para consulta dos enfermeiros sobre o cuidado culturalmente competente à criança e família de cultura chinesa, foi elaborado um dossier (apêndice XVI) com documentação relativa ao cuidado culturalmente competente, folhetos em mandarim e português, listagem de contactos para a comunidade chinesa (apêndice XII) legislação e os conteúdos da sessão de formação realizada.

No sentido de dar resposta ao objetivo nº1, **“Conhecer a dinâmica dos contextos clínicos na sua vertente estrutural, funcional e organizacional, na área de**

saúde infantil e juvenil”, após reunião com o enfermeiro chefe e enfermeiro de referência, procedeu-se a uma breve caracterização do serviço, dinâmica e filosofia para cada local de estágio (apêndice III), que me permitiu compreender a organização e dinâmica do seu funcionamento e identificar as suas limitações e barreiras ao nível de recursos físicos, humanos e materiais, necessários para uma gestão adequada destes, contribuindo para o desenvolvimento das competências de EE no domínio da gestão de cuidados (C1 e C2) e no domínio da melhoria da qualidade (B3), dando também alguns contributos para o atingimento do objetivo nº3: **“Adquirir competências em liderança e gestão de recursos numa unidade de cuidados/serviço”**

A minha participação nos locais de estágio evoluiu de observadora participante para executante sob orientação, atendendo a que estes me permitiram o contacto com “situações reais em número suficiente para notar os fatores significativos que se reproduzem em situações idênticas”, como refere Benner (2005, p.46), consolidando o meu nível de iniciada avançada até atingir um certo nível de competência na prestação de cuidados à criança e família de cultura chinesa, consolidando a aquisição de competências de EESIP (E1,E2 e E3). Assim, a experiência obtida em cada local de estágio, permitiu-me dar resposta ao objetivo nº7 **“Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados à criança e família nos diferentes contextos de estágio incidindo nos cuidados culturalmente competentes à criança e família de cultura chinesa”**. Foram realizadas reflexões críticas ao longo dos estágios, relativas a situações que considerei relevantes e que me permitiram consolidar alguns conhecimentos (apêndice XV), mas também, dar resposta ao objetivo nº2 **“Refletir sobre os aspetos do domínio da responsabilidade ética e legal na prestação de cuidados de enfermagem”**, facilitando o desenvolvimento de competências de EE, do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, no domínio A1 e A2.

4.1 – Serviço de Urgência Pediátrica (SUP)

Este contexto de estágio permitiu-me o contato com inúmeras crianças e famílias de cultura chinesa, bem como de outras culturas e etnias, permitindo o conhecimento de algumas das suas particularidades, mas também a reflexão sobre o cuidar culturalmente competente na diversidade cultural.

A urgência pediátrica é definida “(...) como todo e qualquer ato assistencial não programado(...)”, estando os serviços de urgência direcionados para “(...) proporcionar assistência médica descontínua e concreta (...)” (Caldeira et al, 2006, p.2). Assim, o papel do EESIP em contexto de urgência pediátrica passa pela responsabilidade na assistência prestada à criança em situação crítica e na capacitação da família para lidar com esta situação inesperada.

Neste serviço tive a possibilidade de prestar cuidados nos diferentes sectores da urgência Pediátrica, quer na urgência de pediatria médica, quer na urgência de pediatria cirúrgica, sendo que, o local onde estive mais tempo e no qual senti mais dificuldade foi na sala de triagem, pela necessidade de rapidez, interpretação e o estabelecimento da relação de ajuda que permite ao enfermeiro uma eficiente avaliação da situação da criança e família, hierarquizando o seu atendimento segundo o método de Manchester, permitindo-me o desenvolvimento das unidades de competências de EESIP (E1 e E2), principalmente no que diz respeito aos reconhecimento de situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e prestação de cuidados apropriados; ao conhecimento sobre determinadas doenças nestas idades e cuidados de enfermagem adequados e à assistência à criança, ao jovem e família na maximização da sua saúde.

Na triagem é necessário realizar uma avaliação inicial da criança/jovem, recolhendo o máximo de informação útil com o intuito de clarificar o motivo de admissão no SUP, sendo as competências comunicacionais extremamente importantes no atendimento da criança em situação crítica.

No caso da criança e família de cultura chinesa, a sala e triagem constitui um grande desafio, principalmente quando o acompanhante da criança não fala e/ou não

percebe o português ou inglês. Nestas situações sentia necessidade de recorrer à linha telefónica do ACIDI, ao Google translator, a gestos ou a um quadro com imagens, existente para a comunicação com a criança surda-muda, que constituiu um grande auxiliar na comunicação para o despiste e avaliação das situações. Em algumas situações, quando existia mais que uma família de cultura chinesa no SU, foi pedida a colaboração ao intérprete que acompanhava uma das famílias para o apoio na comunicação com a outra família, uma vez que estes estão sujeitos ao sigilo profissional e existe um grande sentido de interajuda entre os indivíduos de cultura chinesa. Este momento, foi extremamente importante no desenvolvimento de competências comunicacionais com a criança e família de cultura chinesa em situação crítica, uma vez que o contacto com um grande número de crianças e famílias me permitiu, não apenas o desenvolvimento de estratégias comunicacionais, mas também a aquisição de conhecimentos sobre hábitos de vida e costumes culturais, facilitando a comunicação, a relação de ajuda, bem como a transmissão da mensagem entre criança/jovem e sua família com o enfermeiro.

Durante a prestação de cuidados na triagem foi possível observar e participar num momento de emergência em que houve necessidade de recorrer a manobras de reanimação avançadas, permitindo não apenas a observação do envolvimento dos pais/familiares pela equipa de enfermagem em contexto de emergência, como permitiu a minha colaboração nos cuidados à criança. Neste contexto, foi possível “(...) mobilizar conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória” (Ordem dos Enfermeiros, 2011c, p.8655). Assim, foram adquiridas competências de reconhecimento de situações de instabilidade em contexto de urgência pediátrica.

Após a avaliação na triagem, cada criança/jovem é encaminhada para a especialidade indicada ao seu caso e após observação médica, onde será instituído um tratamento, recorre à sala de tratamentos do SUP. Este espaço é outro sector no qual prestei cuidados, onde maioritariamente são executadas as prescrições médicas, nomeadamente a administração de terapêutica, e onde foi possível também mobilizar competências para o envolvimento da criança e sua família no tratamento.

Outra situação particularmente relevante, que me permitiu compreender não só o trabalho do EESIP neste contexto, mas também a sua articulação com a restante equipa multidisciplinar, foi a de uma criança com suspeita de maus tratos por parte dos pais, acompanhado por um agente de segurança pública ao SUP, na sequência de um contacto telefónico por parte de vizinhos. Assim, foi-me possível observar o envolvimento da equipa multidisciplinar, bem como dos agentes de segurança, que tiveram capacidade de estabelecerem uma relação de confiança com a criança num curto espaço de tempo, e o referenciar desta situação para o Núcleo Hospitalar de apoio a crianças e jovens em risco (NHACJR) bem como a articulação com a instituição de acolhimento provisório.

No decorrer deste estágio, foram várias as situações em que foi necessária a intervenção de enfermagem no âmbito da promoção da saúde, uma vez que os pais recorriam diretamente ao SUP sem terem ido primeiro ao Centro de Saúde ou sem terem telefonado para a Linha de Saúde 24. Situações como febre inaugural ou vómitos, sem ter sido tomada qualquer medida antipirética ou de arrefecimento corporal ou antiemética, constituem “falsas urgências”, indo ao encontro do que refere (Caldeira et al, 2006), que se vão repercutir em termos de gestão dos próprios serviços de urgência, dando origem a “(...) custos económicos acrescidos e recursos humanos insuficientes, ocupados na resolução de patologias banais, dificultando a assistência a situações verdadeiramente graves” (p.2). Foram realizados, ainda, em contexto de triagem, ensinamentos sobre os cuidados à criança ajudando os pais na aquisição de competências associadas ao um eficaz exercício do seu papel (U.C. E1.1.4)

Posteriormente, foi entregue no serviço de urgência os folhetos sobre os cuidados à criança com febre, diarreia e vómitos traduzidos para mandarim que foram elaborados durante a prática na UCSP, como instrumento para facilitar a comunicação nestas situações.

Pude verificar, ainda, que é prática comum neste serviço a avaliação da dor como 5º sinal vital, pelo que esta avaliação era realizada sistematicamente com recurso a diferentes escalas da dor consoante a idade da criança. Pude constatar a utilização pelos enfermeiros de medidas promotoras de bem-estar e prevenção da dor em

procedimentos terapêuticos com recurso ao EMLA ®, sacarose nos lactentes e técnicas de distração adequadas à idade, bem como a preparação da criança para os procedimentos através da brincadeira de acordo com a idade (U.C. E2.2.2, E.2.2.3).

Atendendo a que este é um serviço onde os pais e família se encontram num momento de grande ansiedade e receio devido ao estado de saúde da criança e à dor, a que esta está, por vezes, exposta, e a sentimentos de culpa nas situações de acidente, que exige do EESIP a antecipação de momentos de conflito, bem como da mobilização de estratégias de gestão, exigindo capacidades comunicacionais em situações de grande pressão e o envolvimento da criança e família em todos os momentos, sendo fulcral comunicar com a criança, jovem e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (E.3.3).

4.2 – Unidade de Cuidados Intensivos pediátricos (UCIPed)

Neste contexto de estágio, não tive oportunidade de contactar diretamente com a cultura chinesa, sendo no entanto, um local muito rico em termos de aquisição de competências no âmbito da gestão de cuidados, de pessoal e de formação.

Este estágio permitiu-me contactar e participar nos cuidados à criança com situações específicas de saúde, uma vez que a Uciped é considerada uma unidade inovadora, abrangendo tratamentos muito diferenciados, como o processo inerente ao transplante de medula óssea, técnicas diferenciadas como ECMO (Extra Corporeal Membrane Oxygenation), hemodiafiltração e crianças vítimas de traumatismos graves.

Serviços que compreendem situações de grande complexidade e onde o tempo de atuação pode pôr em risco a vida do cliente, exigem da equipa de enfermagem uma permanente atualização teórico-prática, e ainda o desenvolvimento contínuo de competências para lidar com a criança e família em situação crítica. Aqui, encontrei

um programa de formação em serviço, muito dinâmico, com o recurso à simulação, ao relato e análise de incidentes críticos, envolvendo toda a equipa multidisciplinar.

Pude também participar numa formação de reciclagem sobre o carro de urgência e suporte avançado de vida, englobando não apenas a utilização e dosagens das drogas de reanimação, como também a utilização do desfibrilhador. Esta formação decorreu durante um dos turnos, tendo sido realizada por todos os enfermeiros presentes. Assisti também a uma formação durante a passagem de turno com vista a colmatar algumas falhas durante a reanimação, relacionadas com a montagem dos insufladores manuais (Ambu) indo ao encontro do defendido por Carvalho e Carvalho (2006), “(...) a formação em serviço tem momentos que podem ser muito oportunos no processo de aprendizagem como as reuniões de passagem de turno (...), que fazem desenvolver nos enfermeiros uma prática reflexiva e um desenvolvimento profissional e pessoal com repercussões na qualidade dos cuidados” (p.19).

Após identificar uma situação de paragem cardiorrespiratória e chamar a equipa, pude participar em manobras de suporte avançado de vida, colaborando com a equipa multidisciplinar, na preparação de drogas de reanimação e material necessário e dando apoio aos pais neste processo e acompanhando-os durante a transmissão de informação médica.

Atendendo a que esta é uma unidade polivalente, recebe crianças com diferentes patologias e risco infeccioso, colaborei com a tutora, na gestão de vagas e distribuição das crianças de acordo com as patologias, risco infeccioso e necessidade de cuidados, de acordo com as solicitações da urgência pediátrica, bloco operatório ou outras unidades hospitalares e o número de isolamentos e vagas disponíveis. Esta é uma atividade importante, na medida em é essencial proteger as crianças do foro cirúrgico daquelas que estão internadas por patologias infecto-contagiosas, principalmente quando estamos em espaço aberto.

Sendo este um serviço de referência para as situações de trauma pediátrico, pude prestar cuidados a crianças e jovens submetidos a diversas cirurgias, nomeadamente ortopédicas e maxilo-facial, promovendo a aquisição de

conhecimentos sobre a estabilização e mobilização da criança e jovem politraumatizado, cuidados e complicações pós-cirúrgicas, e também estratégias de comunicação com a criança e jovem submetido a cirurgia maxilo-facial, principalmente nas situações em que existe encerramento do maxilar.

Participei também durante um turno no transporte inter-hospitalar pediátrico (TIP), acompanhando a tutora no transporte de crianças em situação crítica para Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos dos diferentes hospitais. Segundo o INEM (2013), “é um serviço que se dedica ao transporte de recém-nascidos e doentes pediátricos em estado crítico entre Unidades de Saúde. As ambulâncias que asseguram este serviço dispõem de uma tripulação constituída por um médico, um enfermeiro e um técnico de ambulância de emergência”. Pude então colaborar na estabilização da criança gravemente doente e realizar o transporte, permitindo-me desenvolver as competências de EESIP E2.1, E2.2.

4.3 – Consulado e Embaixada da Republica Popular da China, Fundação Oriente, Universidades de Medicina Chinesa, ACIDI

Durante este período estive em contacto com algumas entidades de apoio à comunidade chinesa, procurando identificar os recursos e apoios disponíveis, assim como recolhendo informações através da realização de entrevistas semiestruturadas a profissionais que contactam com a cultura chinesa, nomeadamente a dois tradutores/intérpretes de mandarim, a uma professora de português em Xangai e a um médico de medicina tradicional chinesa.

Foi também utilizado o recurso a conversas informais nos diferentes locais e a consulta de bases de dados eletrónicos e literatura disponível no ACIDI, na Fundação Oriente, Instituto Confúcio e nas universidades de medicina chinesa em Lisboa.

Este momento de estágio, permitiu-me a aquisição conhecimentos específicos sobre a cultura, hábitos de vida e saúde da cultura chinesa, assim como de competências comunicacionais e relacionais para o cuidar da criança e família de cultura chinesa.

Este momento exigiu o planeamento e preparação para as entrevistas, assim como a pesquisa sobre as instituições e a sua oferta em termos de serviços. Foi um processo moroso e difícil, pela pouca disponibilidade de algumas instituições em agendar entrevistas ou responder a emails ou contactos telefónicos, no entanto foi uma oportunidade rica, em informação e contacto com a própria cultura, permitindo-me compreender não só as dificuldades sentidas por estes emigrantes na procura de apoios, como também conhecer e compreender melhor alguns hábitos culturais.

No que respeita ao Consulado da China em Lisboa, a informação disponibilizada centra-se maioritariamente nos intérpretes e advogados que colaboram e são reconhecidos por esta entidade.

A fundação Oriente possui uma biblioteca com recursos bibliográficos referentes diferentes nações existentes no oriente, e promove algumas atividades culturais e *workshops*, para a divulgação da cultura chinesa, nomeadamente a arte do chá e os recortes de papel.

O Instituto Confúcio, pertencente à Universidade de Lisboa, centra-se no ensino do mandarim por professores originários da china, através de cursos anuais e possui uma biblioteca com livros sobre os diferentes aspetos da cultura chinesa, em inglês, mandarim ou bilingue. Promovem também *workshops* e encontros culturais, abertos a toda a população que queira participar. Aqui pude contactar com alguns professores de cultura chinesa que facilitaram o contacto com alguns elementos da população chinesa existente em Lisboa.

Esta experiência possibilitou-me também um conjunto de contactos de intérpretes/tradutores de mandarim, assim como advogados com conhecimento da língua e cultura, importantes para facultar, quer a utentes, quer a instituições de saúde, principalmente para facilitar a comunicação e resolução de problemas em situações de doença grave na criança.

4.4 – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, ACES Lisboa Central

Para a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança sem alterações de saúde, em diferentes estádios de desenvolvimento, planeei como atividades observar e cooperar com o enfermeiro na consulta de enfermagem de saúde infantil e pediatria e, posteriormente, realizar algumas consultas sob supervisão, permitindo-me adquirir algumas competências específicas do EE em ESIP (E1,E2,E3).

A avaliação do desenvolvimento da criança foi realizada, tendo por base o “Guia orientador de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica – volume I” e a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada e as consultas agendadas de acordo com as idades chave e princípios preconizados no Programa Tipo de Saúde Infantil (2005) que revoga a Circular Normativa 9/DSI de 6/10/1992, pela DGS. Nestas consultas, para além da avaliação dos parâmetros antropométricos e do desenvolvimento infantil, são esclarecidas as dúvidas dos pais, realizado o encaminhamento de situações específicas (maus tratos, carência de recursos económicos, planeamento familiar, entre outros); estimulados os comportamentos saudáveis e promovida a parentalidade positiva, constituindo-se como um momento privilegiado de orientação para a saúde. Promove-se ainda o cumprimento do programa nacional de Vacinação.

A minha participação nas consultas de Enfermagem na UCSP, possibilitou-me incorporar uma visão holística e contextual da criança e família, permitindo-me adequar a resposta face às suas necessidades. Em todas as consultas são trabalhados os cuidados antecipatórios, com o intuito de prevenir situações de desajuste decorrentes dos processos de mudança na família, relativos ao crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, particularmente difíceis de detetar em populações multiculturais e em particular na cultura chinesa. Nestas consultas, as minhas intervenções visaram a promoção de competências parentais e vinculação, permitindo-me o desenvolvimento de competências específicas de EE em ESIP (E1 e E3), especialmente nas unidades de competência E1.1, E1.2, E3.1, E3.3 e E3.4.

Neste âmbito, elaborei um folheto informativo para os pais sobre os cuidados em caso de “Febre”, (apêndice XIII), com linguagem clara e objetiva, que posteriormente foi traduzido para mandarim com a colaboração de uma intérprete, para facilitar a comunicação com a criança e família de cultura chinesa.

Foram também traduzidos para mandarim os folhetos já existentes na UCSP (anexo I), sobre cuidados em situações de “Diarreia”, “Vómitos” e “Introdução alimentar no primeiro ano de Vida”, como estratégia de comunicação e transmissão de informação para a população chinesa, de acordo com a análise de conteúdo das entrevistas realizadas (Apêndice VII).

Os folhetos foram impressos em português e mandarim, procurando incentivar a leitura em ambas as línguas, numa tentativa de promover a integração social desta população, indo ao encontro do referido pelo ACIDI (www.acidi.gov) “(...) a aprendizagem da língua do país de acolhimento favorece a inclusão social e profissional dos imigrantes e o seu conhecimento gera uma maior igualdade de oportunidade para todos, facilita o exercício da cidadania e potencia qualificações enriquecedoras para quem chega e para quem acolhe”

Foi realizada a validação do conteúdo do folheto em mandarim, tendo como fundamento em Fortin (1999, p.232) que nos refere que “a técnica habitualmente utilizada para se assegurar uma boa tradução é a retroversão ou método inverso”, que consiste na comparação das duas versões do texto (original e o traduzido) e sua correção até atingir um elevado grau de perfeição ou satisfação. Assim, foi solicitada a leitura e explicação do respetivo conteúdo, a dois utentes de cultura chinesa, coincidindo a sua interpretação com a informação que se pretendia transmitir. Para a elaboração destes folhetos foi utilizado o programa Publisher do Office, tendo sido necessário a aquisição de conhecimentos e competências técnicas para a sua utilização.

Foi também, neste contexto, que tive um contacto mais constante e onde aprendi a trabalhar com o programa SAPE, em linguagem CIPE, uma vez que é o programa utilizado para a realização dos registos de enfermagem.

Tive ainda, a possibilidade de realizar o encaminhamento para a consulta de planeamento familiar e saúde reprodutiva de jovens adolescentes, assim como o encaminhamento de situações carenciadas para outras instituições, nomeadamente IPSS para o apoio dessas crianças e famílias. Foi também realizado o encaminhamento para outras instituições de saúde, nomeadamente o hospital de referência.

Participei também, no programa de vacinação, preparando a criança e família para a administração das vacinas através do recurso a medidas não farmacológicas no combate à dor, administrando as vacinas e registando-as no respetivo boletim. Pude constatar que nas crianças imigrantes, nomeadamente nas crianças chinesas há, por vezes, a necessidade de utilizar os esquemas cronológicos de recurso, fazendo a gestão das vacinas a administrar.

4.5 – Unidade de Neonatologia

Segundo Pinto et al,(2008), o nascimento exige do recém-nascido uma adaptação ao mundo exterior, este processo é mais difícil quando é a situação de uma criança de pré-termo, pela imaturidade dos seus sistemas orgânicos, exigindo cuidados de enfermagem extremamente diferenciados e especializados ao nível do saber experiencial e conhecimento, só possíveis num serviço de neonatologia.

A prestação de cuidados centrou-se nos pressupostos do NIDCAP, sendo desenvolvidas intervenções que tinham como finalidade a gestão de ambientes terapêuticos e a implementação de um plano de cuidados adequado ao desenvolvimento de cada RN, tendo em consideração uma interação e estimulação adequada a cada bebé, a otimização do seu posicionamento, a prevenção e alívio da dor e desconforto e o uso de técnicas facilitadoras da sua auto-organização (como a contenção ou a sucção não nutritiva).

Atendendo à minha experiência profissional que contempla 10 anos de exercício profissional numa unidade de cuidados intensivos neonatais, foi-me possível iniciar a prestação de cuidados autónoma ao recém-nascido, focalizando-me nas áreas

específicas transversais ao meu projeto, nomeadamente aos cuidados culturalmente competentes.

A minha prestação de cuidados teve por base uma abordagem promotora do desenvolvimento, minimizando intervenções desnecessárias, dor e desconforto (E1.1, E2.2), recorrendo à sacarose antes de procedimentos invasivos, posicionamentos com contenção com a utilização de ninhos e rolos e proporcionando momentos de repouso, coordenando as minhas intervenções com as da equipe médica, de forma a minimizar a manipulação.

Neste contexto, o meu maior desafio foi o de ajudar os pais de diferentes culturas a estabelecer uma relação de contacto com o filho, dando explicações personalizadas sobre os equipamentos utilizados, as rotinas do serviço, estimular o toque e a prestação de cuidados sempre que possível, encorajando sempre a sua permanência junto do RN e a autonomia dos pais nos cuidados (A1.1.1, E1.1, E3.2, E3.3). Pude contactar com crianças e famílias de culturas tão diversas como cultura cigana, de países de leste, africana, chinesa e hindu. Aqui, o EESIP tem um papel fulcral na promoção da vinculação, utilizando estratégias para promover o contacto físico pais e recém-nascido, negociar o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao filho com necessidades de saúde especiais (Regulamento nº 123/2011, Diário da República).

Nesta unidade de cuidados, preconiza-se a promoção da autonomia dos pais no cuidado ao recém-nascido, havendo a procura no estabelecimento de uma parceria com a família, na medida em que gradualmente, com o seu desenvolvimento, os pais começam a estabelecer o horário dos cuidados à criança, em termos de higiene, conforto, alimentação, com o apoio do enfermeiro. Nesta altura, pude constatar como os aspetos culturais de cada família influenciam grandemente os cuidados da criança, verificando-se a ausência da mãe de uma criança chinesa durante o primeiro mês de vida, estando esta acompanhada pelo pai ou por uma avó, e a sua vinda após o período de resguardo.

Segundo Barros e Botelho (2009), a principal dificuldade dos pais diz respeito à prestação de cuidados ao bebé, nomeadamente, no que respeita aos cuidados de

higiene, alimentação/amamentação, alívio das cólicas e despiste precoce de situações de risco, como as infeções. Os participantes deste estudo também referiram dificuldade em acalmar o bebé, em comunicar com ele, em identificar o motivo do choro e responder adequadamente às suas solicitações.

Ao longo do estágio constatei que muitos pais estão desejosos de poder cuidar do filho no conforto do seu lar, mas a realidade é que os dias antes da alta hospitalar constituem momentos de grande *stress* e preocupação, uma vez que o afastamento da tecnologia securizante e a dependência dos técnicos, desenvolvida durante o internamento gera alguma insegurança. No caso de pais que não falam ou compreendem bem o português, essa ansiedade é mais visível, uma vez que a insegurança prende-se também com a dificuldade de comunicação, na situação de algo correr menos bem no domicílio.

Torna-se então fulcral a preparação destes pais durante o internamento, procurando identificar as principais dificuldades ou motivos de insegurança, disponibilizando o máximo de informação e orientação, se possível na sua língua de origem (E3.3, E2.5.6). Nesta fase foquei o ensino e o treino de atuação em relação a situações diárias comuns (E1.1) e estando estas asseguradas proporcionei conhecimentos e aprendizagens de habilidades especializadas e individuais, permitindo a capacitação dos pais para a gestão dos processos de saúde e doença do filho (E1.1.4), fornecendo ainda alguns contactos aos pais para o encaminhamento na comunidade em caso de surgirem dúvidas e realizando também o contacto prévio com o centro de saúde e envio da carta de alta de enfermagem (E1.1.7). Na preparação para a alta de uma bebé chinesa, foi utilizado um folheto traduzido para mandarim sobre os cuidados ao bebé, atendendo a que a mãe não falava português, com bons resultados, uma vez que permitiu explicar alguns dos procedimentos ao recém-nascido e facilitar a comunicação, na ausência de tradutor.

A adaptação do bebé à amamentação, no caso desta mãe de cultura chinesa teve que ser feito num ambiente mais resguardado, uma vez que para a cultura chinesa o sexo é um tabu e a exposição do corpo só é possível na presença feminina e com porta fechada, pelo que a solução de utilizar biombos não foi aceite pela mãe.

Desta forma, foi-me também possível constatar que no caso de se recorrer a um intérprete do sexo masculino, não deverão ser colocadas questões do foro íntimo, nomeadamente relacionadas com a amamentação, uma vez esta está associada a órgãos sexuais e reprodutores.

Um aspeto que considere muito importante foi o desenvolvimento de alguns projetos naquela unidade, organizados por grupos, nomeadamente: promoção do Aleitamento Materno, do Canguru, dos Cuidados Paliativos, da Dor, da CIPE, da Infecção, das Úlceras de Pressão, da Ajuda Mutua, da Alimentação Oral, da Ventilação, do Sistema Cardiovascular, do Sono/posicionamentos, do Ambiente Saudável, e dos Ensinos.

Os enfermeiros envolvidos nestes projetos desenvolvem atividades regulares, sendo que, o grupo do ambiente saudável, desenvolve uma atividade continuada que considere muito interessante, e na qual me foi permitida a participação, com o intuito da *“promoção da esperança”*, através da comemoração do dia em que o recém-nascido completa cada mês de vida, com a colocação de uma placa comemorativa na unidade do RN e, posteriormente, a entrega aos pais de um cartão com a data, o número de meses que comemora, uma frase de agradecimento e o peso do bebé naquele dia.

4.6 – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP)

Nesta unidade de cuidados intensivos tive a oportunidade de desenvolver competências em liderança e gestão de recursos numa unidade de cuidados/serviço. Durante este período desenvolvi, com o apoio do enfermeiro de referência, competências ao nível da coordenação do trabalho da equipa de enfermagem e das assistentes operacionais de acordo com os princípios orientadores e protocolados na unidade.

Atendendo a que é um serviço onde são internadas crianças em situação crítica, nomeadamente crianças com doenças metabólicas raras e com cetoacidose

diabética inaugural, o cuidar destas crianças levou-me a procurar mais informação e também a desenvolver estratégias e competências para a preparação das crianças e família para a adaptação à doença crónica, iniciando a preparação para a alta através do ensino, e do treino nas técnicas específicas, complicações e cuidados a ter, culminando no desenvolvimento das competências E2.3 e E2.5.

Colaborei com os colegas e equipe multidisciplinar em situações de especial complexidade, como foi o caso de reanimação de uma criança, liderando a equipa de enfermagem no desenrolar da situação e estabelecendo prioridades nos cuidados a prestar, nomeadamente no acompanhamento da família durante a reanimação, possibilitando a presença dos pais durante o procedimento, sempre que estes o solicitassem, não sendo prática comum neste serviço. Tornou-se também importante para mim a reflexão sobre a situação à posteriori, nomeadamente na avaliação da minha prestação, enquanto enfermeiro, no que diz respeito aos aspetos ético-deontológicos, como em termos cognitivos, técnicos e relacionais.

Situações como estas, embora vividas com alguma regularidade na prática profissional, permitiram-me refletir e adquirir competências comuns de EE (A1 - “desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.”, A2 e C1 “gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional”), especialmente nas unidades de competência.

Fiz também a gestão dos pedidos de medicação e alguns materiais necessários com a farmácia e o serviço de aprovisionamento, bem como o pedido diário das dietas específicas para cada criança, de acordo com a sua situação e patologia.

Particpei em alguns programas de melhoria contínua da qualidade existentes no serviço, nomeadamente a dor como 5º sinal vital, o projeto do enfermeiro de referência, a avaliação do risco de úlceras por pressão em pediatria com a utilização da escala de Braden Q.

Durante este período integrei também a comissão de reanimação do hospital, bem como passei a fazer parte do grupo de simulação de alta-fidelidade do mesmo, sendo elemento dinamizador da formação em serviço de suporte básico e avançado

de vida, bem como de primeiros socorros, desenvolvendo ações de formação em serviço para a equipe multidisciplinar.

Desta forma, penso ter conseguido atingir plenamente o objetivo “Adquirir competências em liderança e gestão de recursos numa unidade de cuidados/serviço”, culminando posteriormente na minha integração como chefe de equipa na unidade de cuidados intensivos pediátricos.

3.7- Resultados da análise das entrevistas e questionário

Da análise das entrevistas foi possível constatar que a cultura chinesa embora milenar, está a sofrer alterações devido à influência ocidental, havendo a adoção de estilos de vida e de saúde similares aos ocidentais.

A família alargada continua a ser muito respeitada e tem um papel muito importante na educação e desenvolvimento das crianças e suporte da família nuclear. Os idosos são ainda muito respeitados e ouvidos pelos jovens.

A Medicina tradicional Chinesa engloba a acupunctura, moxibustão, fitoterapia, ventosas e Tui Na. Atualmente, na china praticam-se as duas medicinas: ocidental e a tradicional chinesa (MTC), e frequentemente, os chineses recorrem à MTC em complementaridade com a ocidental, no entanto raramente recorrem a MTC em Portugal porque acreditam que “se um médico é bom na china, ganha muito dinheiro e por isso não vem para Portugal, se veio é porque não é bom”

Os Chineses acreditam que a saúde e uma vida feliz podem ser mantidas se as duas forças, o yang e o yin, estiverem em equilíbrio (Dao). E porque o yin ou o yang em excesso se convertem no oposto é frequente em situação de febre agasalhar mais a criança para que o calor (yang) se converta em frio (yin).

Utilizam na sua vida diária alguns “medicamentos chineses”, idênticos aos ocidentais, no entanto as bulas estão em mandarim o que lhes facilita a leitura e a perceção, não sendo no entanto, fitoterapia.

No que respeita a deficiências mentais e físicas, consideram que é uma parte da vida a ser escondida, pelo que estas crianças geralmente são mantidas em casa e isoladas da sociedade.

Relativamente aos cuidados na gravidez, parto e puerpério podemos salientar que durante a gravidez a mulher chinesa não cozinha, associado ao facto de que antigamente este processo era feito em fogão de lenha e fazia mal ao feto, e faz uma dieta rica em carne e peixe para que este cresça com saúde.

Habitualmente, não têm relações sexuais durante este período, para não desencadear partos prematuros e preferem profissionais do mesmo género durante o parto.

Os cuidados pós-parto tradicionais incluem 1 mês de resguardo da puérpera em casa sendo proibido tomar banho e lavar cabelo, ingerir alimentos frios e crus, ler e ver televisão, andar descalço ou apanhar frio. Durante esse período quem cuida da casa e do bebé é o pai e as avós e tias, sendo que geralmente a mãe só amamenta. Assim, a primeira consulta do bebé e diagnóstico precoce é realizado pelo pai e/ou avós, e não pela mãe.

Na impossibilidade de fazer esse período de resguardo, geralmente a mulher recusa amamentar, uma vez que considera que o leite não tem as propriedades adequadas para nutrir o bebé, optando pelo leite artificial.

Introdução alimentar da criança é feita tendo por base o arroz; geralmente a papa é feita com arroz muito cozido e com um ovo, embora atualmente comecem a preferir a comida pré-confecionada para bebés, sendo mais prática e com os nutrientes adaptados às necessidades infantis.

Na China as crianças são ensinadas a reprimir a expressão dos seus sentimentos uma vez que os indivíduos que passam despercebidos são os que têm sucesso, e embora as crianças sejam muito protegidas, desde nascimento, devido à existência da lei do filho único (2002), e a independência não seja encorajada, são estimuladas a desenvolver autonomia na realização de tarefas em vez de expressar os seus pontos de vista individuais.

É frequente que o filho primogénito nascido em Portugal, aos 3 anos regresse à china para a aprendizagem da cultura e do mandarim, sendo que quando regressam a Portugal para ingressar na escola tenham o plano nacional de vacinação (PNV) e consultas de saúde infantil desatualizados.

Falar de sexo é tabu na china pelo que a maioria das jovens não tem qualquer informação prévia sobre a menstruação, ciclo reprodutivo e métodos contraceptivos ou doenças sexualmente transmissíveis.

Relativamente à morte, os chineses são muito supersticiosos e receiam a morte, pelo que não falam sobre o assunto, não oferecem relógios de parede, e evitam comprar seguros de vida, uma vez que está relacionado com a finitude do tempo e evitam o nº4, o branco e o preto devido à parecença com a palavra morte em mandarim.

Geralmente, os mortos são cremados, embora em algumas situações possam ser enterrados, estando este facto relacionado com a escassez de madeira e de espaço na china. Os mortos podem ser visitados no hospital ou em casa de familiares. Para honrar os mortos é costume colocar objetos em redor da urna, relacionados com a vida do falecido (comida, dinheiro, artigos de papel).

Em relação ao luto, os familiares não têm que ir trabalhar durante 1 semana, vestem roupa branca e/ou faixa preta colocada no braço esquerdo e tiras de pano brancas atadas à cabeça.

Relativamente aos conhecimentos dos enfermeiros sobre a cultura chinesa poder-se-á dizer que, a maioria dos enfermeiros que responderam ao questionário desconhece a cultura (apêndice VIII). Alguns enfermeiros salientam que os indivíduos de cultura e têm hábitos alimentares, hábitos de higiene diferentes. Que têm muitas superstições/crenças, são uma cultura fechada e em relação às relações sociais são muito reservados. Têm uma medicina própria, a Medicina chinesa/acupunctura. Que tem relações familiares próximas e que existe alguma recusa na amamentação.

As principais dificuldades sentidas no cuidar da criança e família de cultura chinesa são a comunicação, o desconhecimento sobre a cultura chinesa e o desconhecimento sobre a medicina chinesa e hábitos de saúde.

No que respeita às estratégias utilizadas para colmatar as dificuldades de comunicação foram principalmente o recurso ao Serviço de Tradução telefónica do ACIDI, a linguagem não-verbal, a mímica e a linguagem gestual. Foi também utilizado o recurso a Imagens e desenho, o Google translator ou tradutor on-line. Um guia de atendimento com caracteres chineses, o recurso a familiares/ amigos/ elementos da comunidade chinesa que fale português. A utilização de linguagem simples, o falar pausadamente, falar em inglês e quando possível a validação da informação fornecida.

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Numa sociedade marcada por um profundo fluxo migratório e cada vez mais plural e multicultural, torna-se condição fundamental para o exercício da enfermagem, considerar as diferentes crenças, valores e tradições, o corpo cultural de todos aqueles de quem cuidamos. Um dos grandes desafios da enfermagem, é então o de procurar ser culturalmente mais sensível às idiossincrasias da pessoa humana.

A necessidade de atualização de conhecimentos foi uma constante ao longo de todo este percurso, com o intuito de fundamentar e justificar os cuidados diários que prestei, bem como as formações e a pesquisa que realizei. Torna-se fundamental reconhecer que os conhecimentos estão em permanente mudança e é necessário manter uma frequente atualização científica para conseguirmos dar resposta às solicitações diárias que nos são colocadas, evidenciando uma das competências e responsabilidades do EESIP.

O fim deste percurso permitiu-me a mobilização de conhecimento da minha formação inicial, da minha experiência profissional e pessoal e a aquisição de competências como EESIP. Foi um processo de aprendizagem longo, baseado na prática e na reflexão crítica da mesma. Implícito neste processo está a realização de diversas atividades integradas nos diferentes módulos de estágio que compuseram a Unidade Curricular Estágio.

O estágio, na sua globalidade, constituiu um momento adequado para o desenvolvimento de competências técnico-científicas, relacionais e comunicacionais e pedagógicas, para a gestão e supervisão de cuidados, de qualidade dos cuidados, culturais e espirituais, considerando, assim, que os objetivos inicialmente propostos na consecução deste relatório foram atingidos, bem como para a aquisição e desenvolvimento de competências inerentes ao exercício do EESIP. Estas competências foram desenvolvidas através de uma análise metódica das necessidades de saúde da criança, do jovem e da família, nas várias etapas do ciclo de vida, nos diferentes contextos, tendo sempre como fulcro as diferenças e crenças

culturais. As minhas decisões tiveram como base a responsabilidade profissional, ética e legal, assentes no REPE, e no código deontológico do enfermeiro.

Os contributos obtidos ser-me-ão muito uteis, não apenas para melhorar o meu desempenho profissional, mas sobretudo a qualidade dos cuidados de enfermagem à criança, jovem e família de cultura chinesa.

Como limitações, saliento a dificuldade em encontrar bibliografia sobre a cultura chinesa e os cuidados culturalmente competentes na cultura chinesa. Os recursos temporais podem ser considerados outra limitação, uma vez que em determinadas situações a sobrecarga foi notória e, atendendo ao facto de ter uma filha pequena, me levou a prolongar o prazo de entrega do relatório, pelo que foi uma limitação ultrapassável. No entanto, as expectativas elevadas e a determinação fizeram com que aproveitasse cada momento como um momento único de aprendizagem, permitindo-me instruir, questionar, refletir e evoluir, ultrapassando, desta forma, as dificuldades sentidas neste âmbito. Levou-me, ainda, a querer aprofundar mais sobre a cultura estando neste momento a frequentar aulas de mandarim e integrada num programa de intercâmbio cultural com estudantes dos dois países.

Considero ainda que para a adequação dos cuidados à cultura chinesa, torna-se fundamental localizar a origem da maioria dos imigrantes chineses que residem em Portugal, para identificar os costumes e hábitos de vida, comuns e distintos, para melhor compreender as suas necessidades e adequar os cuidados de enfermagem, tendo em consideração a diversidade de costumes e particularidades culturais deste povo, ficando então o desafio para futuros trabalhos neste âmbito.

Seria também interessante, conhecer as dificuldades sentidas pelos utentes de cultura chinesa que não falam o Português, no acesso aos cuidados de saúde, e identificar as estratégias por estes utilizados para ultrapassar estas dificuldades.

De acordo com Purnell & Paulanka (2010), a competência cultural é um percurso que engloba a vontade e a capacidade de um indivíduo para prestar cuidados de

saúde e de enfermagem de forma culturalmente congruente e aceitável. No entanto, há que salientar que “a competência cultural individual não é condição suficiente para a prestação de cuidados culturalmente competentes (...). A organização na qual os cuidados são prestados tem igualmente de demonstrar o seu compromisso face à competência cultural” (p.11-12). Assim, neste momento, no meu contexto de trabalho já foi feita a proposta para a integração na avaliação inicial de Enfermagem no programa informático SClínico da instituição, de um campo para a colheita de dados sobre informação e aspetos culturais relevantes.

6 – REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abreu, W. (2011) *Transições e contextos multiculturais*. Coimbra: Formasau, 2ª edição.
- ACIDI (2010). *II Plano Para a Integração dos Imigrantes – 2010-2013*. Diário da república, 1ª série - nº182 - 17 de Setembro de 2010
- ACIME (2006) *Serviço de Tradução Telefónica para imigrantes*. In: Boletim Informativo Nº41, Julho 2006
- Alto Comissariado da Saúde (2009). *Comissão Nacional de Saúde da criança e do adolescente 2004-2008*. Lisboa. In: www.acs.min-saude.pt/files/2010/08/relatorioCNSCA_2edicao.pdf
- American Association of Colleges of Nursing (2008). *Tool Kit Of Resources For Cultural Competent Education For Baccalaureate Nurses*. Acedido a 13 de Novembro de 2012 em: <http://www.aacn.nche.edu/leading-initiatives/education-resources/competency.pdf> -
- Andrade, I. (2008). *Geografia da saúde da população imigrante na Área Metropolitana de Lisboa*. Lisboa: Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural [ACIDI].
- Barros, I.; Botelho, T. (2009). *Necessidades e Stress Parental nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais*. Lisboa: Dissertação de Mestrado em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. 2ª ed. Coimbra: Quarteto Editora
- Bento, A et al (2010). *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo – 2009*. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras Departamento de Planeamento e Formação (Núcleo de Planeamento).
- Bolander, V. (1998) - *Saúde, doença e cuidados de saúde – conceitos em mudança*. In: Sorensen e Luckmann - *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
- Burkhardt, V. (1982). *Chinese Creeds and Customs*. Hong Kong: SCMP Publications

- Caldeira, T; et al. (2006). *Dia-a-dia de uma urgência pediátrica*. Porto: Acta Pediátrica:1(37)p.1-4.
- Campinha-Bacote, J. (2010). *The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services*. Acedido a 13 de Novembro de 2012 em: <http://www.transculturalcare.net/>
- Carey, R. (2011). *Cultural Competence Assessment of Baccalaureate Nursing Students: An Integrative Review of the Literature*. in: *International Journal of Humanities and Social Science Vol. 1 No. 9 [Special Issue – July 2011]* pp. 258-266.
- Carvalho, A.; Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência
- Conway, J. et al (2006). *Partnering with Patients and Families to design a Patient and Family- Centered Health Care System, A roadmap for the future, a Work in Progress*. Institute for Family-Centered Care; Bethesda; June. www.familycenteredcare.org
- Coyne, I. (1996). *Parental participation: a concept analysis*. Journal of Advanced Nursing; Nº 23; Blackwell Science Ltd, p. 733-740
- Crespo, M.; Martínez, I. (2006). *Fenómenos migratorios, competencia cultural y cuidados de salud*. Cultura de los Cuidados, 2º. Semestre, Año X-N.º 20, pp.87-91.
- Dias, S.; Gonçalves, A. (2007). *Migração e saúde*. In: *Revista Migrações nº1*, Lisboa: Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural [ACIDI]
- Dias, S; Severo, M; Barros, H. (2008). *Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal*. BMC Health Services Research 2008. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/207>
- Direção Geral Da Saúde (1999). *Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes* (2ª edição)
- Direção Geral Da Saúde (2006) *Programa nacional de saúde dos jovens 2006/2010*. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes.
- Dogan, H. et al. (2009). *Patients' Transcultural Needs and Carers' Ethical Responses*. Nursing Ethics, 16 (6), pp. 683-696.

- Estrela, J. et al (2012) Relatório de imigração, fronteiras e asilo 2011. Lisboa: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF)
- Festini, F. et al (2009). Providing Transcultural to Children and Parents: An Exploratory Study From Italy. *Journal of Nursing Scholarship*, 41:2, pp. 220–227.
- Fortin, M. (1999) O Processo de Investigação — da conceção à realização. Lusociência, Loures.
- Franck, L.; Callery, P. (2004). *Rethinking family-centred care across the continuum of children's healthcare*. Child: Care, Health & Development, Nº30; Vol 3; Blackwell Publishing Ltd
- George, J. (2000) – *Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à Prática de Enfermagem*. 4ª ed., Artmed Editora, Porto Alegre.
- Giger, J.; Davidhizar, R. (1995) *Transcultural nursing: assessment and intervention*. USA: Mosby, 2nd edition.
- Han, Y; Chay, G. (2007). *Cultura Chinesa*. Editora Roca, S. Paulo.
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família - teoria, prática e investigação*. Loures; Lusociência; 2ªedição
- Helman, C. (2009). *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artmed.
- <http://www.chinatoday.com/> - acedido a 15 de Novembro de 2012
- <http://www.cultural-china.com/> - acedido a 25 de Novembro de 2012
- http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=27889 – acedido em Fevereiro 2013
- <http://www.youtube.com/watch?v=463-YroVsts> - acedido a 1 de Fevereiro de 2014
- <http://www.youtube.com/watch?v=5bWUs0YLmk4> - acedido a 4 de Fevereiro de 2014
- <http://www.youtube.com/watch?v=BYWCM3TVxIQ> - acedido a 1 de Fevereiro de 2014
- <http://www.youtube.com/watch?v=Kb2wnxmGSPk> - acedido a 1 de Março de 2013
- Hutcthfield, K. (1999). *Family-centred care: a concept analysis*. *Journal of Advanced Nursing*: Londres. Blackwell Science. Vol 5, nº29, p.43-45.
- Jorge, A. (2004). *Família e Hospitalização da Criança*. Loures: Palmigráfica

- Kang, S. (2006). Identity-Centered Multicultural Care Theory: White, Black, and Korean Caring. Educational Foundations, Summer-Fall, pp. 35- 49.
- K  rouac, S. et al (1994) – *La Pens  e Infirmi  re - Conceptions et Strat  gies*. Québec:   ditions Maloine,.
- Lee, L. (2005) *Caracteres chineses - Uma rápida análise social, política e linguística*.
Acedido a 14 de Novembro de 2012 em <http://www.ccaps.net/newsletter/10-05/newsletteren.htm>.
- Leininger M. and McFarland, M. (2006). *Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Theory of Nursing*. 2nd edition. New York: Jones & Bartlett
- Leininger, m. (1995). *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practices*. 2.^a ed. New York: Mc Graw-Hill.
- Lingyu, F.; Wiemin, S. (2007). *A Cultura Chinesa*. Lisboa: Europress.
- Lopes, J. (2009). *Organizações de saúde Multiculturais*. In Lopes, J. et al (2009). *Multiculturalidade - Perspetivas da enfermagem. Contributos para melhor cuidar*. Loures: Lusociência. Pp. 47-54.
- Machado, M. et al.(2007). *Cuidados de saúde materna e infantil a uma população de imigrantes*. In: DIAS, S  nia (org.), Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde, Setembro 2007, n.   1, Lisboa: ACIDI, pp. 103-127
http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Revista_1/migracoes1_art5.pdf
- Maciocia, G (1996). *Os Fundamentos da medicina chinesa: um texto abrangente para acupunturistas e fitoterapeutas*. São Paulo: editora roca.
- Matias, A. (2010), *Imagens e estereótipos da sociedade portuguesa sobre a comunidade chinesa: interacção multissecular via Macau*". Lisboa: Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural [ACIDI].
- Ordem Dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Publicação Divulgar, conselho de enfermagem, Dezembro de 2001.
<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Paginas/default.aspx>

- Ordem Dos Enfermeiros (2003) – *Código Deontológico dos Enfermeiros: dos Comentários à análise dos Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem Dos Enfermeiros (2007). *Recomendações para a elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Código Deontológico* (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro).
<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem Dos Enfermeiros (2010a) *Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista*. Aprovado em Assembleia Geral de 29 Maio de 2010.
In: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem Dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em saúde da criança e do jovem*. In:
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf
- Ordem Dos Enfermeiros (2010c). *Caderno Temático – MDP – Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem Dos Enfermeiros (2011a).– *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 22 de Outubro de 2011. In:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeCriancaJovem.pdf>
- Ordem Dos Enfermeiros (2011b). *Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem Dos Enfermeiros (2011c). *Regulamento n.º123/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e Jovem*. Diário da República, 2ªSérie.N.º35, pp: 8653-8655.

- Ordem Dos Enfermeiros (2011d). *Regulamento n.º122/2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2ªSérie. N.º35. pp: 8648-8653.
- Pereira, M. (2008). *A comunidade chinesa imigrante em Portugal e os cuidados de saúde: um estudo na região de Lisboa*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta: Lisboa.
- Perkins, L (2011). *Review And Comparison Of Three Cultural Competency Education Programs For Nurses*. Tese de Mestrado - Montana State University
- Pinto, E., et al (2008). *O Estresse no Neonato Pré-termo: uma reflexão axiológica acerca de possíveis influências dos fatores sensório-ambientais em unidade de terapia intensiva neonatal*. In: Fitness & Performace, Rio de Janeiro, Setembro/Outubro, Vol. 7, p. 345-351.
- Pinto, M. C. (2009). *Intimidade em adolescentes de diferentes grupos étnicos*. Lisboa: Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural [ACIDI].
- Presidência Do Conselho De Ministros (2007). Resolução do Conselho de Ministros n.º 63-A/2007 <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/CACE7427-2E68-469B-AA29-DE5E8CB5AF69/0/00020023.pdf>
- Presidência Do Conselho De Ministros (2010). Resolução do Conselho de Ministros n.º 74/2010 <http://www.acidi.gov.pt/cfn/4d346c9b80687/live/Resolu%C3%A7%C3%A3o+de+Conselho+de+Ministros+n%C2%BA74%2F2010>
- Purnell, L (2010a). *A diversidade Cultural e a prestação de cuidados de Saúde*. In: Purnell, L; Paulanka, B. (2010). *Cuidados de saúde transculturais: uma abordagem culturalmente competente*. Loures: Lusodidacta.
- Purnell, L (2010b). *O modelo Purnell de competência cultural*. In: Purnell, L; Paulanka, B. (2010). *Cuidados de saúde transculturais: uma abordagem culturalmente competente*. Loures: Lusodidacta
- Purnell, L. (2002) *The Purnell Model for Cultural Competence*. in: *Journal of Transcultural Nursing*, Vol. 13 No. 3, July 2002 193-196 Sage Publications
- Purnell, L. (2005) *The Purnell Model for Cultural Competence*. in: *The Journal Of Multicultural Nursing & Health* 11:2 Summer 2005. PP.7-15

- Qizhi, Z. (2007). *Traditional Chinese Culture*. Beijing: Foreign Languages Press.
- Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Ramos, N. (2008). *Saúde, migração e interculturalidade – perspectivas teóricas e práticas*. Brasil: Editora Universitária UFPB João Pessoa. ISBN: 978-85-7745-205-0
- Ramos, N. (2009). *Saúde, migração e direitos humanos*. In: Mudanças – Psicologia da Saúde, 17 (1), Jan-Jun, pp.1-11.
- Rocha-Trindade et tal. (2005). *Relatório projecto: The chinese business communities in Portugal*. Instituto de estudos estratégicos e internacionais, centro de estudos das migrações e das relações interculturais: Universidade Aberta
- Sagar, Priscilla (2012). *Transcultural nursing theory and models*. New York: Springer Publishing.
- Seligman, S. (1989). *Dealing with the Chinese*. New York: Warner Books
- Seright, T. (2007). *Perspectives Of Registered Nurse Cultural Competence In A Rural State - Part I*. in: Online Journal of Rural Nursing and Health Care, vol. 7, no. 1, Spring 2007. pp-47-56
- Silva, A.; Martingo, C. (2007). *Unidades de saúde amigas dos migrantes – uma resposta ao desafio da multiculturalidade em Portugal*. In: Dias, Sónia (org.), *Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde*, Setembro 2007, n.º 1, Lisboa: ACIDI, pp. 155-159
- Smith-Miller, C. et al (2010). *Leaving the Comfort of the Familiar: Fostering Workplace Cultural Awareness Through Short-Term Global Experiences*. *Nursing Forum* Volume 45, No. 1, January-March, pp.18-28
- TOCAOSC - The Overseas Chinese affairs Office of the State Council (2007). *Common Knowledge about Chinese Culture*. Beijing: Higher education press. The office of Chinese language council international.
- Tomey, A. (1994). *Modelos y Teorias en Enfermería*. Mosby / Doyma Libros, Barcelona.

University of Washington Medical Center (2007). *Communicating with Your Chinese Patient*. Acedido a 13 de Novembro de 2012 em:
<http://depts.washington.edu/pfes/PDFs/ChineseCultureClue.pdf>

Vilelas, J.; Janeiro, S. (2012). *Transculturalidade: o enfermeiro com competência cultural*. In: REME – Rev. Min. Enferm.;16(1): jan./mar.; Pp.120-127

Walsh, S. (2004). *Formulation of a plan of care for culturally diverse patients*. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, volume 15, Nº1, January-March, pp.17-26.

Wen, G. (2007). *Lifestyle in China*. Beijing: China Intercontinental Press.

www.portugalglobal.pt - acedido a 14 de Novembro de 2012

www.youtube.com/watch?v=GOpvTPf1jHY - acedido a 1 de Fevereiro de 2013

7 – ANEXOS E APÊNDICES