



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de saúde
Infantil e Pediatria
Relatório de Estágio**

**Criança e Jovem de Origem Africana com Anemia
Falciforme - Cuidado Culturalmente Competente**

Nysioline Acanaotcha Cramêz Gomes Sá

**Lisboa
2022**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de saúde
Infantil e Pediatria
Relatório de Estágio**

**Criança e Jovem de Origem Africana com Anemia
Falciforme - Cuidado Culturalmente Competente**

Nysioline Acanaotcha Cramêz Gomes Sá



Orientadora: Professora Cristina Maria Rosa Jeremias



**Lisboa
2022**

PENSAMENTO

“culturas diferentes percebem, conhecem, e praticam o cuidado de maneiras diferentes, apesar de haver pontos comuns no cuidado de todas as culturas do mundo”

(Leininger, 1985, citado por George 2000, p.298).

AGRADECIMENTOS

À minha família, em especial aos meus pais, os meus irmãos, e os meus padrinhos pelo apoio, pela força, e por acreditarem sempre que eu fosse capaz de concluir este percurso.

Ao meu namorado pela compreensão e apoio em todos os momentos e ausências

À professora Cristina Jeremias pela disponibilidade, orientação e partilha de conhecimentos, assim como pelas palavras de incentivo.

A minha grande amiga Mizé pela paciência, disponibilidade e palavras de incentivo nos momentos em que coloquei em causa a continuação deste percurso.

A todos os professores, enfermeiros e gestores dos contextos de estágio que facilitaram o meu percurso.

A todas as crianças/jovens e respetivas famílias a quem tive oportunidade de cuidar durante este percurso.

E a todos que não tenham sido mencionados, mas que também contribuíram de uma forma direta ou indireta para que esta caminhada fosse possível.

A todos, muito OBRIGADO!

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

APA - *American Psychological Association*

AF – Anemia Falciforme

APPDH – Associação Portuguesa de Pais e Deontes com Hemoglobinopatias

CINAHL - *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CCF – Cuidados Centrados na Família

CVO – Crise(s) vaso-oclusiva

DGS – Direção-Geral de Saúde

DF – Doença Falciforme

EBSCO - *Elton Bryson Stephens Company*

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem Lisboa

EV – Via endovenosa

HgbA – Hemoglobina normal

HgbS – Hemoglobina anormal Falciforme

HU - Hidroxiureia

IAC – Instituto de Apoio à Criança

HD – Hospital Dia

ME - Mestre

MEDLINE - *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

NANDA – *North American Nursing Diagnosis Association*

NOC - Classificação dos Resultados de Enfermagem

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

SIP – Serviço de Internamento Pediátrico

TDUCC – Teoria da Diversidade e Universalidade de Cuidados Cultural de Madeleine Leininger

TCH – Transplante de Células Hematopoiéticas

UC – Unidade Curricular

UCIEN – Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

P.A.D – Pressão Arterial Diastólica

P.A.S – Pressão Arterial Sistólica

PNS - Plano Nacional de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

Sic – Segundo informação cliente

RESUMO

Cuidar da criança ou jovem e família, de uma cultura diferente, constitui um desafio para os enfermeiros, pelas diferenças culturais implicadas. Uma das competências do enfermeiro passa pelo respeito pelos valores, costumes, crenças, práticas de cuidados de saúde/doença de indivíduos, famílias, grupos e comunidades, e pela prestação de cuidados culturalmente sensíveis. No entanto, perante a diversidade cultural dos clientes a quem presta cuidados, o enfermeiro encontra, por vezes, dificuldades no cuidar de clientes de uma cultura diferente, necessitando de desenvolver competências culturais que o capacitem para a prestação de cuidados culturalmente competentes.

Uma das diásporas com grande expressão na Região da Grande Lisboa, é a diáspora de origem africana. Esta população integra na sua identidade elementos organizadores culturais e variações biológicas com implicações na saúde dos seus membros, em especial na saúde infantil e juvenil. Os enfermeiros assumem um papel fundamental para a promoção de cuidados culturalmente competentes, mantendo, negociando e reestruturando a prática de cuidados culturais no planeamento e na prestação de cuidados.

Neste sentido, ao longo deste relatório, procurou-se identificar, desenvolver e implementar intervenções de enfermagem culturalmente competentes, facilitadoras da intervenção do enfermeiro junto do cliente pediátrico de origem africana e de outras origens culturais, em diferentes contextos de cuidados, sustentada pela Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger, pela Filosofia de Cuidados Centrados na Família assim como a Intervenção de Cuidados Não Traumáticos.

Este relatório descreve o percurso formativo assente numa metodologia reflexiva, tendo como objetivos gerais: desenvolver competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e de Mestre em Enfermagem, nos processos de saúde/doença nos diferentes estádios de desenvolvimento da criança/jovem e família e nos diversos contextos pediátricos; e desenvolver competências para a prestação de cuidados culturalmente competentes à criança e ao jovem de origem africana com anemia falciforme, nos diferentes contextos pediátricos.

A análise crítica e reflexiva acompanhou constantemente a realização das atividades ao longo dos diferentes contextos de estágio, evidenciando o desenvolvimento de competências direcionadas para o tema deste relatório e contribuindo, conseqüentemente, para o desenvolvimento da Enfermagem.

Palavras-chave: Criança; Jovem; Enfermagem transcultural; Doença Crónica; Anemia Falciforme.

ABSTRACT

Taking care of a child or young person and a family, from a different culture, constitutes a challenge for nurses, due to the cultural differences involved. One of nurses' competencies include the respect for values, customs, beliefs, health/illness care practices of individuals, families, groups, and communities, and for providing sensitive cultural care. However, given the cultural diversity of the clients they take care of, nurses sometimes find it difficult to attend clients from a different culture, needing to develop cultural skills that enable them to provide culturally competent care.

One of the diasporas with great expression in the Greater Lisbon Region is the diaspora of African origin. This population integrates in its identity cultural organizing elements and biological variations with implications for the health of its members, especially in child and youth health. Nurses assume a fundamental role in promoting culturally competent care, maintaining, negotiating and restructuring the practice of cultural care in the planning and delivery of care.

In this sense, throughout this report, efforts were made to identify, develop and implement culturally competent nursing interventions, facilitators of the nurse's intervention with the pediatric client of African origin and from other cultural backgrounds, in different contexts of care, supported by Leininger's Theory of Diversity and Universality of Cultural Care, by Philosophy of Family-Centered Care as well as Non-Care Intervention Traumatic.

This report describes the training path based on a reflective methodology, with the following general objectives: to develop common and specific skills as a Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing and a Master's Degree in Nursing, in health/disease processes at different stages of child development /youth and family and in different pediatric contexts; and to develop skills to provide culturally competent care to children and young people of African descent with sickle cell anemia, in different pediatric contexts.

Critical and reflective analysis constantly followed the activities carried out throughout the different internship contexts, evidencing the development of competences directed to the theme of this report and consequently contributing to the development of Nursing.

Keywords: Child; Young; Cross-cultural nursing; Chronic disease; Sickle Cell Anemia.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	10
1. JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA.....	13
2. REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM.....	17
2.1. Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural	17
2.2. Cuidados Centrados na Família	20
2.3. Cuidados Não Traumáticos.....	21
3. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	23
3.1. Diversidade cultural e cuidados culturalmente competentes	23
3.2. Determinantes culturais de origem africana que interferem nos cuidados de saúde ..	24
3.3. Cuidar da criança, jovem e família com anemia falciforme	27
3.3.1. Fisiopatologia da Anemia Falciforme	27
3.3.2. Tratamento da Anemia Falciforme.....	29
4. PERCURSO FORMATIVO	31
4.1. A escolha dos contextos de Estágios	33
4.2. Desenvolvimento de Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista	34
4.2.1. Contexto de Estágio de Serviço de Urgência Pediátrica	34
4.2.2. Contexto de Estágio de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	38
4.2.3. Contexto de Estágio de Serviço de Internamento Pediátrico	42
4.2.4. Estágio realizado em Consulta de Enfermagem de Desenvolvimento Infantil ..	45
4.2.5. Estágio na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados	48
4.3. Competências adquiridas em contexto de estágio	52
5. PROJETOS FUTUROS	54
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APÊNDICES

Apêndice I – Locais de estágios

Apêndice II – Guia Orientador

Apêndice III – Projeto poster sobre Maus tratos na infância

Apêndice IV – Poster “Denuncie os maus-tratos à criança e jovem”

Apêndice V – Poster “Faça a sua parte”

Apêndice VI – Reflexão “Será o Método Canguru uma prática de cuidado comum a outras culturas?”

Apêndice VII – Reflexão “Comunicar com a criança com AF e a família”

Apêndice VIII – Projeto folheto sobre Cuidar da criança/jovem com AF

Apêndice IX – Folheto “Cuidados com a criança e jovem com AF”

Apêndice X – Planeamento de Sessão de formação

Apêndice XI – Sessão de formação “Despertar para o cuidado culturalmente competente”

Apêndice XII – Reflexão “Comunicar com a criança em idade pré-escolar”

Apêndice XIII – Cartões de comunicação em crioulo

Apêndice XIV – Projeto folheto sobre Sono

Apêndice XV – Projeto folheto sobre Alimentação

Apêndice XVI – Folheto “Dormir na minha própria cama e de barriga para cima é mais seguro”

Apêndice XVII – Folheto “Alimentação no 1º ano de vida- Início da Diversificação alimentar (adaptada à cultura Africana)

Apêndice XVIII – Folheto “Sono em Crioulo”

Apêndice XIX – Folheto “Alimentação em Crioulo”

Apêndice XX – Autocolantes em Português

Apêndice XXI - Autocolantes em Crioulo

Apêndice XXII – Cartões de comunicações adaptados

ANEXOS

Anexo I – Modelo *Sunrise*

Anexo II – Utilização do *Livopan* (protóxido de azoto)

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio insere-se na Unidade Curricular Estágio com Relatório do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Saúde Infantil e Pediátria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

O relatório tem como principal finalidade o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e comunicacionais para a conceção, gestão, prestação e a supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família (ESEL, 2021). De modo atingir a finalidade deste relatório, a sua realização é baseada em prática reflexiva nos diferentes contextos de estágios, de forma a contribuir para a aquisição e o desenvolvimento de conhecimentos, aptidões e competências comuns ao Enfermeiro Especialista (EE), as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), e de Mestre em Enfermagem (ME).

De forma a implementar o projeto de estágio efetuado anteriormente e dar início ao percurso para EEESIP e Mestre em Enfermagem procurei associar o desenvolvimento das competências resultantes do autodiagnóstico de necessidade de formação a uma área de interesse pessoal e desenvolvimento profissional, de onde emergiu a temática - *Criança e Jovem de Origem Africana com Anemia Falciforme – Cuidado Culturalmente Competente*. Esta temática surgiu, além do interesse pessoal, mas também por exercer funções num Serviço onde se verifica uma grande multiculturalidade face aos clientes cuidados, deparando por vezes com alguns desafios no que refere cuidar de cliente de cultura diferente, pelo que considero fundamental desenvolver competências para a prestação de cuidados culturalmente competentes, atendendo à diversidade cultural atualmente presente em Portugal.

Nos últimos anos, Portugal, assim como outros países europeus, tem sido um país de acolhimento de imigrantes de diferentes nacionalidades e contextos culturais. De acordo com o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), em 2021 houve um acréscimo da população estrangeira, com um aumento de 5,6% face ao ano anterior, sendo que as origens mais predominantes dos imigrantes em Portugal são brasileiras, britânicos e os cabo-verdianos (SEF, 2021).

Perante uma sociedade multicultural, na qual vivemos, torna-se fundamental que os profissionais de saúde desenvolvam competências para a prestação de cuidados de enfermagem culturalmente competentes e sensíveis (De et al., 2019). A evidência científica demonstra que a cultura tem um papel fundamental na saúde, merecedor de reconhecimento da sua importância nos cuidados de saúde. De acordo com Brito (2016), a forma como as pessoas procuram ajuda ou lidam com problemas de saúde está diretamente relacionada com a sua cultura e ou crença religiosa, podendo o processo de saúde/doença sofrer alterações consoante o *background*

cultural ou religioso do cliente. A Ordem dos Enfermeiros (OE) em 2011, publicou no Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (OE, 2011, p. 13) que, segundo o qual, faz parte da competência do enfermeiro o respeito pelos “valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos” e a prestação de “cuidados culturalmente sensíveis”, o mesmo é corroborado no Regulamento de Competências Específicas do EEESIP (2018, p. 19194), quando refere que o enfermeiro deve relacionar-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura. Para Sacramento et al. (2020) cabe aos profissionais de saúde orientarem as práticas de cuidados conforme os valores culturais de cada população. No que se refere aos cuidados de enfermagem pediátrica, esta prática de cuidados assume um papel ainda mais importante uma vez que a influência cultural torna-se mais evidente no cliente pediátrico, seja nos hábitos alimentares ou na higiene. Torna-se indispensável conhecer e compreender o contexto sociocultural dos pais, assim como identificar os seus saberes e as suas práticas de cuidados para compreender as crenças, os valores e costumes na prática de cuidados relacionados à saúde, pois são exemplos de práticas transmitidos entre gerações. As diferenças culturais presentes no cuidado ao cliente pediátrico de cultura diferente podem interferir na compreensão das orientações prestadas e recebidas, o que reforça a importância de conhecer e compreender o contexto cultural em que a criança/jovem está inserida (Sacramento et al., 2020).

Deste modo, foram definidos como objetivos gerais do Estágio: desenvolver competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e de Mestre em Enfermagem nos processos de saúde/doença nos diferentes estádios de desenvolvimento da criança/jovem e família nos diversos contextos pediátricos; desenvolver competências para a prestação de cuidados culturalmente competentes e sensíveis à criança e jovem de origem africana com anemia falciforme, nos diferentes contextos pediátricos.

Como referencial teórico orientação do percurso de aprendizagem, foram mobilizados a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, a Filosofia dos Cuidados Centrados na Família (CCF), e a Intervenção dos Cuidados não Traumáticos.

Os contextos definidos para a realização do Estágio com Relatório foram: Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais (UCIEN), Serviço de Internamento Pediátrico, Consulta de Desenvolvimento e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) (Apêndice I). A seleção destes contextos de estágio deve-se ao fato de proporcionarem relevantes oportunidades de aprendizagem, favorecidas para o desenvolvimento das competências comuns do EE e específicas do EEESIP; acrescentando,

também, o facto de alguns dos contextos situarem em áreas geográficas com maior densidade populacional de origem africana (Alcoforado et al., 2018). Esta característica contribuiu para o desenvolvimento do segundo objetivo do estágio.

Estruturalmente, o relatório encontra-se dividido em seis capítulos. Após a presente introdução, onde são contextualizados o tema do trabalho e os objetivos definidos; segue-se a justificação do problemática; o referencial teórico de enfermagem, especificando as teorias orientadores do mesmo; o enquadramento conceptual, onde são abordadas as temáticas relacionadas com o tema do trabalho; a análise do percurso formativo que levou à aquisição das competências comuns do EE e específicas do EEESIP; os projetos futuros, onde é destacada a importância de dar continuidade ao percurso iniciado. No último capítulo, que corresponde às considerações finais, foi realizada uma síntese sobre os aspetos significativos e os constrangimentos encontrados durante este percurso e, também, uma avaliação global face aos objetivos traçados.

Para realização deste relatório recorreu-se à pesquisa em vários bases de dados como *CINAHL*, *PubMed*, *B-on*, no motor de busca *Google Académico*, em livros técnicos, literatura cinzenta e documentos orientadores da profissão.

Este relatório foi realizado de acordo com Norma American Psychological Association (APA, 2020) e as orientações do Regulamento do Mestrado (ESEL, 2021/2022).

1. JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

De acordo com Sacramento et al. (2020), a diversidade cultural existente em Portugal deve-se à globalização e ao aumento das migrações a nível mundial. De acordo com os dados do SEF (2020; 2021), verifica-se um acréscimo da população estrangeira residente no país, existem cerca de 698.887 cidadãos estrangeiros em Portugal de diferentes nacionalidades. Portugal é o país eleito por maioria dos imigrantes para residir, pela perceção de ser um país seguro, com condições saúde pública de qualidade, e excelentes condições de ensino (Euro Dicas, 2022; SEF, 2021). De acordo com Correia (2018), a procura de melhores condições de saúde e qualidade de vida constitui um dos principais motivos para a imigração. Para Ramos et al. (2019), o aumento do fluxo migratório está associado às desigualdades económicas e sociais existentes nos países de origem, considerados como os principais fatores que impulsionam a migração, com objetivo de procurar melhores condições de vida e de trabalho. Perante esta realidade em que vivemos, tornou-se um desafio e uma necessidade para os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros que interagem diariamente com os clientes de diferentes culturais, o conhecimento e a compreensão de outras culturas, de forma a poderem prestar cuidados culturalmente competentes à criança, ao jovem e à família (Sacramento et al., 2020). O mesmo é corroborado por De et al. (2019), quando afirma ser importante abordar aspetos de igualdade e diversidade na formação em Enfermagem, dado o facto da geografia da população apresentar-se com maior diversidade cultural. Segundo estas autoras, os enfermeiros devem ser capazes de considerar as diversas origens e características culturais dos clientes, porque constituem fatores que influenciam os cuidados de saúde. A forma como as pessoas procuram ajuda ou lidam com problemas de saúde está diretamente relacionada com a sua cultura. Neste sentido, a doença e o processo de cura podem sofrer alterações consoante a cultura do cliente (Wilkins et al., 2021).

Atualmente, exerce funções num Serviço de Internamento de Pediatria, composto por cinco especialidades médicas, entre as quais existe uma Unidade de Hematologia. Nesta Unidade são internadas crianças e jovens com doenças crónicas, sendo a anemia falciforme, a doença com a maior prevalência. A maioria dos doentes da Unidade de Hematologia Pediátrica são oriundos dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP). De acordo com Sacramento et al. (2020), é esperado que esta situação se mantenha, uma vez que a população de origem africana em Portugal está a aumentar.

Segundo o Regulamento n.º 351/2015 de 22 de junho relativo aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2015), considera-se criança toda a pessoa com menos de 18 anos de idade, em caso de doença crónica,

incapacidade e deficiência até aos 21 anos, e/ou até que seja realizada a transição correta para a fase adulta.

De acordo com a Base de Dados do Serviço da Unidade da Hematologia Pediátrica, onde exerço funções, em junho de 2021 obteve-se um total de 91 crianças/jovens com seguimento por doenças de foro hematológico, em que 73 foram diagnosticados com anemia falciforme. A anemia falciforme (AF) ou também doença falciforme (DF) ou drepanocitose faz parte de um grupo de doenças designadas por hemoglobinopatias, em que hemoglobina normal (HgbA) é substituída total ou parcialmente por hemoglobina anormal falciforme (HgbS), provocando a alteração das hemácias, deixando-as em forma de foice ou meia-lua, o que origina vaso-oclusões nos pequenos vasos (Loiola et al., 2017). Assim, a principal manifestação da doença consiste numa crise vaso-oclusiva (CVO). A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a AF um problema global de saúde pública devido à sua elevada prevalência mundial, principalmente na África Subsaariana (Gebrie et al., 2020). Estima-se que mais de 300.000 crianças nascem anualmente com AF, das quais mais de 70% dos nascimentos ocorrem nesta área geográfica (Ofakunrin et al., 2020). A evidência revela que cerca de 50-80% das crianças nascidas com a referida doença, morrem antes de completarem cinco anos de idade, apresentando esta patologia uma elevada taxa de mortalidade infantil (Correia, 2018). Dos países africanos que apresentam uma maior prevalência da doença, destaca-se Angola com 21% (Correia, 2018); corroborando estes dados com a realidade do Serviço onde exerço funções, onde se verifica uma maior prevalência da doença em crianças e jovens de origem angolana.

Dado as intercorrências clínicas que a AF pode causar, provoca várias implicações na vida das crianças, jovens e famílias. Pelo facto, destes clientes pediátricos estarem mais suscetíveis a infeções, ao desenvolvimento de quadros de anemia e episódios de dor severa, que em geral são motivos para hospitalização, ocorrem implicações tanto a nível pessoal como social na vida destas crianças, jovens e das suas famílias (Loiola et al., 2017).

Atualmente, observa-se uma despreocupação face a clientes pediátricos diagnosticados com AF por parte dos profissionais de saúde e de políticos de alguns países africanos. Justificam esta atitude com a escassez de recursos que permitam maior acesso aos cuidados de saúde e gestão da doença, falta de opções de tratamentos e de meios de diagnóstico precoce que permita dar seguimento em consulta de especialidade, fazendo com que parte destas populações emigrem à procura de melhor qualidade de cuidados de saúde, alguns através da cooperação existente entre o país de origem e o país do acolhimento ou pelos próprios meios (Correia, 2018).

De acordo com a Associação Portuguesa de Pais e Doentes com Hemoglobinopatias (APPDH), a prevalência global de portadores de anemia falciforme em Portugal pode ser

explicada pelo processo migratório originário dos PALOP. Esta patologia é considerada uma das hemoglobinopatias mais frequentes em Portugal, estimando-se que existem cerca de 900 doentes com anemia falciforme (APPDH, 2022).

Perante a situação existente no contexto da prática clínica onde exerço funções, e pela migração ser um processo cada vez mais notório em Portugal, onde se verifica gradualmente um aumento de números de emigrantes oriundos dos PALOP nos últimos anos (SEF, 2018, 2019), considero importante desenvolver a minha temática de Estágio no âmbito da criança e jovem de origem africana com anemia falciforme - cuidado culturalmente competente. O objetivo principal foi adquirir competências para o cuidado culturalmente competente, de forma a reconhecer e integrar as crenças, as práticas de cuidados de saúde, os hábitos, destas crianças, ao longo do processo de enfermagem, promovendo cuidados individualizados de qualidade e culturalmente competentes. Estes cuidados permitem de igual modo dar resposta às necessidades destas crianças, jovens e famílias, e fazem parte da competência do enfermeiro “o respeito pelos valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos e a prestação de cuidados culturalmente sensíveis” (OE, 2011, p. 13). O mesmo é corroborado por Purnell (2010, p. 1), quando refere que os cuidados culturalmente competentes consistem em estratégias para melhorar a qualidade de cuidados de saúde prestados, com base no respeito das crenças pessoais do indivíduo, dos seus valores e das suas práticas de cuidados de saúde.

Os profissionais de saúde prestam cuidados a indivíduos, famílias, grupos e comunidades com diferentes culturas, a aquisição de conhecimentos acerca das culturas que pertencem os clientes que cuidam é essencial, para o estabelecimento de uma comunicação adequada e relação de confiança. Purnell (2010) afirma que os profissionais e as instituições de saúde culturalmente competentes constituem motivos primordiais para a satisfação dos clientes face aos cuidados de saúde.

No que diz respeito às dificuldades em cuidar e dar resposta adequada às necessidades de clientes de outras culturas, estas relacionam-se com o desconhecimento acerca das mesmas (relativamente às práticas, crenças e hábitos) e a comunicação, que considero uma das minhas principais dificuldades no cuidar clientes de outras culturas. Recordo de uma situação vivenciada no Serviço onde exerço funções, tratava-se de uma mãe de um recém-nascido (RN) que recusava amamentá-lo. Enquanto equipa, não compreendíamos a razão dessa recusa, sendo que, durante as passagens de turno ao expor esta situação a equipa acabou por fazer juízos de valor. Posteriormente, tivemos conhecimento que se tratava de uma questão cultural, uma vez que, na cultura dessa senhora as mamas são consideradas objeto sexual e que pertencem ao marido, motivo pelo qual recusava amamentar. De acordo com Sacramento et al. (2020), o desconhecimento face a outras culturas conduz, por vezes a juízos de valor que influenciam

negativamente a prestação de cuidados. As barreiras linguísticas, o desconhecimento acerca das outras culturas, e por vez o choque cultural, são algumas das dificuldades verbalizadas pelos meus colegas relativamente ao cuidar de cliente pediátrico de outra cultura.

Efetuada a justificação da problemática, no próximo capítulo apresenta-se o Referencial Teórico de Enfermagem que dá sustentação a este Relatório, e onde se inclui o modelo teórico de enfermagem, a teoria e filosofia orientadora.

2. REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM

Este capítulo pretende apresentar e fundamentar a tomada de decisão relativamente o quadro de referência utilizado na elaboração do Relatório - a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger (TDUCC), Filosofia dos Cuidados Centrados na Família (CCF) e a Intervenção dos Cuidados Não Traumáticos. Este referencial teórico constituíram a base de suporte para a elaboração do presente relatório, e contribuíram, também, para o desenvolvimento de competências comuns do EE (OE, 2019) e específicas do EEESIP e mestre (OE, 2018).

2.1. Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural

A utilização de modelos teóricos de enfermagem permite adotar práticas baseadas e fundamentadas em evidências científicas que contribuem para a excelência dos cuidados de enfermagem (Queirós & Fernandes, 2021).

De acordo com Meleis (1991 citado por George, 2000, p. 13), a teoria de enfermagem pode ser definida como “uma conceitualização articulada e comunicada da realidade inventada ou descoberta na enfermagem com a finalidade de descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado de enfermagem”, sendo que as diversas teorias podem ser usadas por profissionais para orientar e melhorar a sua prática. A escolha da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural é justificada por abranger o indivíduo, família, grupos e comunidades (no caso da população alvo deste relatório, o cliente pediátrico) em todas as suas dimensões que influenciam os cuidados de saúde, valorizando os cuidados holísticos e individualizados.

De acordo com Lima et al. (2016), para a prestação de cuidados de enfermagem na perspectiva da diversidade e da integralidade, é necessário que os enfermeiros tenham conhecimento da TDUCC. Esta teoria foi desenvolvida pela Madeleine Leininger em 1991, sendo a primeira teoria de enfermagem que explica o cuidado de enfermagem transcultural; área da enfermagem baseada no conhecimento dos valores culturais, das crenças e práticas dos clientes, de modo a integrar esses elementos nos cuidados prestados, com o objetivo de prestar cuidados de enfermagem culturalmente sensíveis e competentes a pessoas de diversas culturas. Esta teoria de enfermagem tem como objetivo prestar cuidados culturalmente congruentes, que contribuam para a saúde ou bem-estar das pessoas ou ajudar as pessoas a enfrentar deficiências, e morte, atuando com base nos três modos de tomada de decisão (Leininger, 2006; McFarland, 2018), proporcionando conhecimentos que permitam prestar cuidados de enfermagem culturalmente competentes e sensíveis, que conduzam ao bem-estar da criança, jovem e família. Tem como pressupostos: culturas diferentes percebem, conhecem, e praticam o cuidado de

maneiras diferentes, apesar de haver pontos comuns no cuidado de todas as culturas do mundo, os pontos comuns são a universalidade e as diferenças são discretas como diversidade; a enfermagem é uma disciplina e uma profissão de cuidado transcultural, que tem como principal objetivo atender os seres humanos em todas as áreas do mundo; o cuidado cultural é o meio holístico mais amplo para conhecer, explicar, interpretar e prever o fenômeno do atendimento de enfermagem visando orientar as práticas de cuidados de enfermagem; os valores, as crenças e as práticas para o cuidado cultural relacionado são formada e frequentemente incorporados no contexto de visão de mundo, linguística, religiosos ou espiritual, social, político, educacional, econômica, tecnológica, etno-histórico e ambiental da cultura; todas as culturas têm práticas de cuidados de saúde genéricas ou populares, de que as práticas profissionais geralmente variam nas diferentes culturas e de que em qualquer cultura existirão as similaridades e as diferenças culturais entre os cuidados e cuidar e cuidado são essenciais para a sobrevivência dos homens, assim como para o seu crescimento, saúde, bem-estar, cura e capacidade de lidar com as deficiências e a morte (Leininger, 2006, p. 40).

No que se refere ao metaparadigma de enfermagem, Leininger (2006 citado por McFarland, 2018)) define saúde, mas não com base nas concepções de Pessoas, Ambiente e Enfermagem. A saúde é definida com base na visão da autora sobre os conceitos. Assim, de acordo com as suas definições e pressupostos, os quatro conceitos do metaparadigma do modelo são: Pessoa; Saúde; Visão de mundo, Estrutura social e Contexto ambiental e Enfermagem. O conceito Pessoa refere-se a seres cuidadores que sobrevivem em uma diversidade de culturas pela sua capacidade de proporcionar a universalidade do cuidado de várias maneiras e de acordo com as diferentes culturas, necessidades e situações; a Saúde é definida como um estado de bem-estar culturalmente valorizado e praticado, que reflete a capacidade dos indivíduos ou grupos para desempenhar as suas atividades diárias em modos de vida culturalmente expressos, benéficos e padronizados; a Visão de mundo diz respeito à forma como as pessoas vêem o mundo ou o universo; a Estrutura social e o Contexto ambiental relacionam-se com um conjunto de eventos, situações ou experiências particulares que dão significado às expressões humanas, interpretações e interações sociais em ambientes físicos, ecológicos, sociopolíticos e/ou culturais determinados; e o conceito Enfermagem é definida como uma profissão e uma disciplina científica aprendida e humanista enfocada no fenômeno e nas atividades do cuidado para assistir, apoiar, facilitar ou capacitar indivíduos ou grupos a manterem ou 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.

De acordo com a Leininger (2006) e McFarland (2018), existem três modos de tomada de decisão/modos de ação em enfermagem que permitem melhor adaptar-se à cultura do cliente:

conservação/manutenção do cuidado cultural, que diz respeito às intervenções de enfermagem que têm como objetivo apoiar, dar assistência, facilitar e capacitar os clientes na preservação, na recuperação da doença ou na confrontação das deficiências ou da morte; **ajustamento/negociação** do cuidado cultural, que se refere ao esforço realizado pelo profissional de saúde para facilitar, capacitar, assistir ou apoiar as ações que representam as formas de negociação, adaptação ou ajuste aos padrões de saúde do cliente; e a **repadronização/reestruturação** do cuidado cultural, que se entende por intervenções profissionais que procuram ajudar os clientes a modificar os padrões de saúde ou de vida significativos para padrões mais saudáveis para eles mesmos, na base do respeito pelos valores culturais do cliente. São consideradas ações que permitem desenvolver cuidados de enfermagem congruentes, baseados na compreensão e no respeito pelos valores, práticas e crenças dos clientes.

A TDUCC traduz-se no modelo *Sunrise* (Anexo I), que representa uma visão holística da pessoa e demonstra as muitas influências no cuidado cultural, numa perspectiva holística, como a nível dos indivíduos, famílias, grupos, instituições e comunidades, e dos diferentes sistemas de cuidados de saúde. Este modelo baseia-se em quatro níveis de abstração, sendo que para o relatório serão utilizados os níveis I e II.

- O nível I – Representa as influências que sofrem os cuidados culturais. Os modelos e práticas de saúde e bem-estar são influenciados por dimensões estruturais culturais e sociais, assim como pela visão de mundo que as pessoas têm. As dimensões estruturais culturais e sociais referem-se aos padrões e características dinâmicas dos fatores estruturais e organizacionais interrelacionados, de uma cultura particular, subcultura ou sociedade. Inclui os fatores: tecnológicos, representam a influência de uso da tecnologia na manutenção ou melhoria da saúde; religiosos e filosóficos, as crenças e práticas religiosas ou espirituais, que influenciam a forma que se lida com a doença ou morte; parentesco e fatores sociais, representam a influência dos relacionamentos na saúde e bem-estar, o significado da família e/ou amigos, quem tem a responsabilidade de cuidar do membro da família doente; políticos e legais, convicções políticas, a influência dos problemas políticos ou legais no bem-estar ou estilo de vida de outros; económicos, quem sustenta a família, significado do dinheiro para a manutenção, recuperação da saúde e acessos aos cuidados de saúde; educacionais; valores culturais e modos de vida, valores, crenças ou práticas que orientam a vida das pessoas no seu dia-a-dia, inclusive as que ajudam a manter ou melhorar a própria saúde; linguagem, barreiras na linguagem e comunicação que influenciam receber cuidados, qual o idioma que fala e entende, e experiências negativas a nível da comunicação verbal e não-verbal; etnohistória, origem

familiar e Herança e background culturais; e, contextos ambientais, contexto físico, ecológico, sociopolítico e/ou cultural específico em que vive ou trabalha.

- O nível II – Representa saúde (bem-estar) de indivíduos, famílias, grupos e instituições. O conceito de saúde é definido como um estado de bem-estar que é culturalmente definido, valorizado, praticado, e que reflete a capacidade dos indivíduos (ou grupos), desempenharem as suas atividades diárias de forma culturalmente expressa, benéfica e padronizada. A saúde é influenciada por todos os fatores de nível I.

2.2. Cuidados Centrados na Família

Na saúde da criança e do jovem, a família deve ser reconhecida como um todo, tornando-se fundamental o desenvolvimento de parcerias entre os profissionais de saúde e os pais face aos planeamentos de cuidados e ao processo de tomada de decisão (Oliveira et al., 2018). De acordo com Mendes et al. (2019), apesar de *cuidados centrados na família* ser um conceito relativamente recente, este é essencial para prestação de cuidados de qualidade. Fonseca et al. (2020) acrescentam que a parceria existente entre cliente, família e enfermeiro é o conceito central nos Cuidados Centrados na Família (CCF), sendo que esta pode ser alcançada através de envolvimento e da criação de conhecimento mútuo, bem como do desenvolvimento de competências na negociação de papéis, tendo como um objetivo comum, o cuidado ao cliente (Mendes et al., 2019).

De acordo com Fonseca et al. (2020), os profissionais de saúde apresentam dificuldades em implementar intervenções com o foco na família, embora reconheçam os benefícios dessa prática. Para estes autores é de extrema importância a inclusão e a participação dos pais nos cuidados prestados aos seus filhos. Para além de capacitar os pais a cuidarem dos seus filhos e desenvolver/melhorar a parentalidade, a intervenção com o foco na família, também, contribui para estabelecer uma relação de proximidade entre o profissional de saúde e a família. Os enfermeiros devem reconhecer o papel da família como principais cuidadores e membros constantes na vida da criança e do jovem. Cabe a este profissional de saúde desenvolver intervenções de forma a envolver a família nos cuidados prestados, identificando os seus pontos fracos e fortes, de modo a realizar educação em saúde, e promover planeamentos de cuidados que visem dar respostas às suas necessidades com o objetivo de promover a saúde e o bem-estar da criança, do jovem e da família, permitindo também de igual modo desenvolver uma relação com a família, baseada no respeito e na dignidade (Fonseca et al., 2020). O mesmo é corroborado por Mendes et al. (2019), quando refere que as intervenções de enfermagem, com base nos CCF, consistem em conhecer previamente as potenciais necessidades da família, mostrar disponibilidade e construir uma relação terapêutica numa perspetiva holística do cuidar.

Mendes (2018) acrescenta que, para o desenvolvimento de intervenções baseadas na perspectiva dos CCF, o enfermeiro deve também considerar as crenças e os valores do cliente, partilhar a tomada de decisões e responder às reais necessidades da família, quer a nível físico e emocional.

Assim, os CCF têm dois conceitos básicos: a capacitação e o *empowerment*. A capacitação ocorre por criação de oportunidades e meios para os membros da família revelarem as competências atuais e adquirirem novas, de forma a dar resposta face às necessidades da criança/jovem e da família. O *empowerment* refere-se à interação dos profissionais com as famílias, de forma a manter ou promover o controlo sobre as suas vidas (Hockenberry, 2019).

2.3. Cuidados Não Traumáticos

Durante o processo de crescimento e desenvolvimento, as crianças e os jovens podem vivenciar processos de doença que requerem cuidados de saúde, seja no âmbito dos cuidados de saúde diferenciados ou dos cuidados de saúde primários. De acordo com Diogo et al. (2016), estas situações podem representar momentos emocionalmente intensos para a criança/jovem e seus familiares, causando desconforto físico e emocional ou ambos. Torna-se importante enquanto enfermeiros desenvolver intervenções que minimizem o desconforto e o sofrimento físico e emocional vivenciado pelas crianças/jovens e seus familiares (Diogo & Martinho, 2020). O mesmo está de acordo com a Carta da Criança Hospitalizado quando refere que “as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo” (Instituto de Apoio à Criança [IAC], 2009). Este é um princípio que relaciona e reforça a importância a intervenção dos cuidados não traumáticos, considerado um dos pilares da filosofia de cuidados em pediatria (Hockenberry, 2019).

Os cuidados não traumáticos referem-se ao “(...) fornecimento de cuidados terapêuticos, por profissionais, através do uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança/jovem e seu familiares, em qualquer local, no sistema de cuidados de saúde” (Hockenberry, 2019, p. 7), tendo como objetivo, prestar intervenções que visam reduzir ao máximo os agentes stressores da criança e família decorrentes da situação da doença/hospitalização, de forma a não causar danos (Hockenberry, 2019; Paula & Martinho, 2020). Os desconfortos psicológicos vivenciados pelas crianças/jovens e seus familiares perante uma situação de doença/hospitalização estão relacionados com emoções, como a raiva, a tristeza, o medo, a ansiedade, a culpa ou a vergonha. De forma a minimizar ou evitar os desconfortos psicológicos podem-se adotar intervenções como, por exemplo, preparar a criança/jovem para um determinado procedimento de forma a reduzir a ansiedade e disponibilizar um espaço para os pais permanecerem a acompanhar a

criança (Dal'Basco et al., 2019). O desconforto físico experienciado perante uma doença ou situação de hospitalização está associado a fatores como a dor, sonolência, imobilização, fontes de ruído e de iluminação intensos.

Para o Hockenberry (2019), os cuidados não traumáticos ou atraumáticos assentam em três princípios: a prevenção ou minimização da separação da criança/jovem da sua família; a promoção de sensação de controlo pela criança/jovem; e a prevenção ou minimização da dor e da lesão corporal, assim para uma intervenção de cuidados não traumáticos, o enfermeiro deve ter em consideração a preparação da criança para procedimentos desconhecidos, aliviar a dor e promover brincadeiras e jogos, da escolha da criança, com o objetivo de expressar os seus medos e receios (Dal'Basco et al., 2019).

Após a descrição do referencial teórico utilizado, segue-se a exposição do Enquadramento Conceptual, onde se descreve a diversidade cultural em Portugal e os cuidados culturalmente competentes, criança/jovem com AF e as dimensões organizadoras culturais de origem africana que interferem nos cuidados de saúde.

3. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Este subcapítulo pretende abordar os seguintes temas: Diversidade cultural e cuidados culturalmente competentes; Determinantes culturais de origem africana que interferem nos cuidados de saúde e as intervenções de enfermagem que permitem contribuir para o desenvolvimento de cuidados culturalmente competentes a população africana; Cuidar da criança, jovem e família com anemia falciforme.

3.1. Diversidade cultural e cuidados culturalmente competentes

Segundo a Leininger (2002 citado por McFarland, 2018, p. 15), cultura é definida como “aprendizagem, partilha e transmissão de conhecimentos de valores, crenças, normas e modos de vida de um grupo em particular, que geralmente são transmitidos entre gerações, que influenciam os seus pensamentos, decisões, e ações de forma padronizada”, sendo que, diz respeito a tudo aquilo que caracteriza a existência social de um povo (Rios et al., 2017). A existência de pessoas de diferentes culturas contribuiu para a diversidade cultural, notória hoje em dia, conceito este que se refere “as variações e diferenças entre grupos culturais resultantes de diferenças nos modos de vida, linguagem, valores, normas, padrões e outros aspetos culturais (Leininger, 2002 citado por McFarland, 2018, p. 17).

Face à diversidade cultural existente atualmente na sociedade, torna-se pertinente que os enfermeiros sejam capazes de considerar as diversas origens e características culturais dos clientes nos cuidados de saúde prestados, dado que cada cultura tem o seu modo de lidar com a saúde, doença e na forma de cuidar. Torna-se fundamental a inclusão e o reconhecimento das diferenças culturais nos cuidados de saúde prestados aos clientes, de forma a promover cuidados eficazes e culturalmente sensíveis, respeitando a pessoa em todas as suas vertentes (Brito 2016; De et al., 2019; Rios et al., 2017). O mesmo é reforçado pela OE (2011, p. 13), ao referir que faz parte da competência do enfermeiro “o respeito pelos valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos e a prestação de cuidados culturalmente sensíveis”. Dado a importância que a cultura assume na saúde, torna-se fundamental o conhecimento acerca das outras culturas, pois contribuirá para a prestação de cuidados de qualidade e centrados na pessoa, visando a satisfação do cliente e, conseqüentemente, para a melhoria dos ganhos em saúde. Para tal, será necessário que os profissionais de saúde desenvolvam competências, de forma promoverem cuidados holísticos, e culturalmente sensíveis (De et al., 2019; Wilkins et al., 2021).

Para Wilkins et al. (2021), a competência cultural em saúde refere-se ao conhecimento e à capacidade de compreender a existência de diferentes formas de lidar com a saúde e o

processo de doença, consoante uma determinada cultura. De acordo com Campinha-Bacote (1999 citado por Moita & Silva, 2016), a competência cultural pode ser definida como o processo de capacitação por parte de um profissional de saúde para prestar cuidados de saúde de forma eficaz, tendo em consideração o contexto cultural do cliente. O mesmo é reforçado por Coutinho et al. (2017), quando afirma que na visão dos enfermeiros a competência cultural refere-se à aptidão para cuidar de um cliente de cultura diferente. Considera-se existirem quatro níveis de competência cultural. O profissional de saúde pode ser: inconscientemente incompetente – “não ter consciência da falta de conhecimento sobre outra cultura”; conscientemente incompetente – “ter consciência da ausência de conhecimento sobre outra cultura”; conscientemente competente – “aprender sobre a cultura do cliente, verificando as generalizações sobre a cultura do cliente, e oferecer intervenções específicas”; inconscientemente competente: “oferecer automaticamente cuidados culturalmente congruentes a clientes de diversas culturas” (Purnell & Paulanka, 2010, p. 23).

Os profissionais de saúde, que interagem diariamente com os clientes pediátricos de diferentes culturas, devem reconhecer e compreender o contexto sociocultural em que a criança, jovem e família estão inseridos, de forma a serem capazes de incluir nos cuidados prestados, as suas crenças, os seus valores e seus padrões comportamentais que influenciam a saúde e doença, promovendo desta forma o cuidado culturalmente competente (Franklin & Mooney-Doyle, 2019). Assim, o cuidado culturalmente competente consiste em estratégias para melhorar a qualidade de cuidados de saúde prestados, no respeito pelas crenças pessoais do indivíduo, pelos seus valores e práticas de cuidados de saúde (Purnell & Paulanka, 2010). Contudo, existem fatores dificultadores que podem comprometer a prática de cuidados culturalmente competentes, tais como o preconceito, a estereotipagem, o racismo, a etnocentrismo, a imposição cultural, o conflito cultural e o choque cultural (Leininger, 2006; McFarland, 2018).

3.2. Determinantes culturais de origem africana que interferem nos cuidados de saúde

A população africana é uma das populações estrangeiras com maior crescimento em Portugal nas últimas décadas, registando-se maior incidência proveniente dos PALOP (SEF, 2018). A comunidade cabo-verdiana é a população de origem africana com maior expressão em Portugal, correspondendo a 8,3% da população estrangeira residente no nosso país (Sacramento et al., 2020; SEF, 2021).

Os países PALOP caracterizam-se por apresentarem Índices de Desenvolvimento Humano IDH baixos, instabilidade política, pobreza, fome e dependência de financiamento

externo (Fernandes & Nascimento, 2018), sendo estes os motivos que levam muitos dos seus nativos a imigrar. De acordo Sacramento et al. (2020), um dos motivos que leva a população africana a migrar para Portugal relaciona-se com a procura de cuidados de saúde de qualidade, para os quais o sistema de saúde do país de origem não tem resposta. Contudo, esta população mantém práticas de cuidados naturalistas e da medicina tradicional, sendo estes procedimentos utilizados nos seus países de origem, mas que não são reconhecidos e valorizados em países desenvolvidos. Esta diferença cultural acaba por condicionar os cuidados de saúde prestados, na medida em que interferem na compreensão das orientações prestadas e recebidas (Almorán et al., 2017).

De acordo com o Sacramento et al. (2020), para promover melhores cuidados nos diferentes contextos culturais, é importante que o profissional considere as diferentes formas de pensar, os saberes e as práticas de saúde, e compreenda a influência de cada cultura na existência do cuidado. Cabe aos profissionais de saúde orientarem as práticas de cuidado consoante os valores culturais de cada população. Para os anteriores autores podem existir situações semelhantes de saúde com formas diferentes de cuidar, como por exemplo, o uso de azeite de Palma para permitir a mumificação de coto umbilical em vez de álcool, uma prática muito comum em Angola e na Guiné-Bissau. Esta prática não causa danos a criança, e é um exemplo de uma prática de cuidados prestados às crianças influenciada por hábitos e valores culturais transmitidos entre gerações. No que se refere ao cliente pediátrico, é fundamental conhecer o contexto sociocultural dos pais, conhecer os seus saberes, valores, crenças, costumes e práticas de cuidados de saúde.

Sacramento et al. (2020) referem que existem especificidades próprias da população africana que provavelmente são desconhecidos pelos profissionais de saúde de outras origens. Estes autores referem que, para se prestar cuidados de saúde culturalmente competentes, será pertinente os profissionais de saúde conhecerem elementos organizadores de culturas de origem africana que interferem nos cuidados de saúde, uma vez que estes interferem na saúde dos clientes, conceito de crenças de saúde, crenças culturais e religiosas, práticas de saúde, relações familiares e o padrão de comunicação (Franklin & Mooney-Doyle, 2019; Purnell & Paulanka, 2010).

As crenças de saúde dizem respeito ao modo como as famílias lidam com problemas de saúde e como respondem aos prestadores de cuidados de saúde. As causas de doenças podem ser explicadas por forças sobrenaturais e naturais. Não existe uma explicação lógica para a doença. A bruxaria, o vodu, os maus espíritos e o “mau-olhado” são consideradas causas das doenças. O “mau-olhado” é utilizado, por exemplo, para explicar o aparecimento de uma doença súbita da criança, como febre, vômitos, diarreia ou choro intenso.

As crenças culturais e religiosas relacionam-se com o uso das tradições culturais de modo a proteger a saúde. Por exemplo, os objetos de proteção/amuletos que podem ser transportados ou pendurados em casa ou no quarto; os rituais para proteger de mau-olhado ou espírito maligno; a oração, que é considerada uma forma de prevenção e tratamento. Os profissionais de saúde devem permitir que a criança/jovem use esses objetos no contexto dos cuidados de saúde e compreender o valor dos mesmos, mantendo-os onde o cliente pediátrico (criança/jovem e família) os colocou. Quando removidos durante um procedimento, os objetos devem ser devolvidos, assim que possível, e explicar à família a razão da remoção, de forma a demonstrar respeito pelas suas crenças e tradições. Poderá, também, haver situações de desvalorização ou resistência aos tratamentos, devido a acreditam que determinada situação de doença está relacionada com o destino, não tendo assim qualquer benefício.

As práticas de saúde remetem para a forma de manifestação cultural que visa o tratamento com base na medicina tradicional, com o objetivo de proteger a saúde ou procurar a cura para a doença. Em relação às práticas de saúde, existe, ainda, uma grande valorização na medicina tradicional, como por exemplo, a utilização de remédios tradicionais com base em ervas, óleos e raízes, e a inserção de substâncias na dieta com o fim de proteger a saúde. Tradicionalmente é comum e valorizado a procura de curandeiros e a realização de rituais religiosos para o tratamento de doenças.

As relações familiares referem-se a relações existem entre os elementos da família. No âmbito das relações familiares existe fortes laços de parentesco, redes familiares alargadas, uma maior interajuda em situações de doenças ou crises. A doença não é vista como um fardo no seio familiar. Os idosos são cuidados e valorizados. As mulheres são as principais responsáveis na tomada de decisão relativa à saúde.

Os padrões de comunicação relacionam-se com as características de comunicação inerentes ao povo africano, que valoriza a comunicação não-verbal. Por exemplo, o silêncio pode indicar falta de segurança, assim, como um contacto visual prolongado pode ser visto com agressivo. A comunidade africana demonstra afeto através de toques e abraços, contudo, considera que olhar diretamente nos olhos durante uma conversa pode ser indelicado, assim, como tocar nos cabelos de outro indivíduo, pode ser considerado ofensivo. Colocar questões pessoais a alguém, durante o primeiro encontro, é visto como impróprio e intrusivo. Para esta comunidade, o tempo presente é mais importante que o futuro, uma vez que o presente é conhecido e o futuro desconhecido. Este facto poderá levar a que não cumpram horários de consultas ou procedimentos agendados (Franklin & Mooney-Doyle, 2019; McFarland, 2018; Purnell & Paulanka, 2010).

Perante a barreira linguística, o profissional de saúde deverá recorrer a interpretes e, se o cliente compreender a língua do país de acolhimento, falar lentamente e evitar uso de jargão profissional. Poderá, também, usar materiais escritos no idioma do cliente pediátrico.

3.3. Cuidar da criança, jovem e família com anemia falciforme

De acordo com Santos et al. (2017), os progressos da ciência têm possibilitado o diagnóstico precoce de doenças crónicas na infância. Estima-se que, em Portugal, cerca de 600 crianças/jovens tenham necessidades especiais de saúde e/ou paliativas, incluindo-se as que têm diagnóstico de doenças crónicas, sendo as de causa genética mais prevalentes na população pediátrica (Charepe, 2020). Segundo a OMS (2018), as doenças crónicas são doenças não transmissíveis, cuja origem pode resultar de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais, com caráter de longa duração e progressivo. Para serem consideradas doenças crónicas, as patologias tem de ter uma ou mais das seguintes características: serem permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, serem causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigirem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou poderem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados. Em Portugal, de acordo com o Decreto-Lei nº101/2006, a doença crónica é definida como uma “doença de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspetos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afeta, de forma prolongada, as funções psicológica, fisiológica ou anatómica, com limitações acentuadas nas possibilidades de resposta a tratamento curativo, mas com eventual potencial de correção ou compensação e que se repercute de forma acentuadamente negativa no contexto social da pessoa por ela afetada” (Governo de Portugal, 2006, p. 3857).

3.3.1. Fisiopatologia da Anemia Falciforme

De acordo com Rodrigues (2019), verifica-se, atualmente, uma grande prevalência de doenças crónicas na idade pediátrica, entre as quais está incluída a AF. Esta é uma das doenças genéticas mais comuns a nível mundial, verificando-se que aproximadamente 25 a 30 milhões de pessoas têm esta doença (De et al., 2019; Vacca & Blank, 2017). A AF, DF ou Drepanocitose é uma doença genética grave, que pertence a um grupo de doenças designado por hemoglobinopatias, nas quais a hemoglobina normal (HgbA) é substituída total ou parcialmente por hemoglobina anormal falciforme (HgbS), provocando uma alteração das hemácias, que perdem a sua forma de disco bicôncava, arredondada e maleável e tornam-se deformadas, rígidas e em forma de foice ou crescente, provocando vaso-oclusões, sobretudo nos pequenos

vasos (Loiola et al., 2017; Vacca & Blank, 2017). A AF manifesta-se após os seis meses de idade e a sua identificação é feita através de testes de triagem neonatal (Campelo et al., 2018). Estima-se que mais de 300.000 crianças nascem anualmente com AF, das quais mais de 70% dos nascimentos ocorrem na África Subsaariana (Ofakunrin et al., 2020). A doença afeta maioritariamente indivíduos de ascendência negra africana ou afro-caribenha, com alguma prevalência, também, no Mediterrâneo Oriental, Oriente Médio, Índia e América do Sul e Central (De et al., 2019).

As manifestações clínicas da doença variam, tanto em severidade como em frequência. De acordo com Vacca e Blank (2017), as complicações primárias de AF são a anemia hemolítica crónica e a crise vaso-oclusiva (CVO), preferencialmente designada como episódio doloroso, sendo que é o tipo de crise mais comum. A primeira crise vaso-oclusiva ocorre poucos meses de vida da criança, é conhecida como síndrome mão-pé, sendo caracterizada por dor e edema no dorso das mãos e/ou dos pés, designada por dactilite (Campelo et al., 2018). A CVO é a causa mais comum de internamento de clientes com AF, sendo que mais de 90% dos internamentos de pessoas com AF são devido a crises vaso-oclusivas (De et al., 2019). A dor associada à CVO resulta da libertação de mediadores inflamatórios de hemácias danificadas. A dor é súbita e geralmente manifesta-se na região lombar, em uma ou mais articulações e/ou nas extremidades. A dor pode ser localizada ou migratória e é tipicamente descrita como contínua e latejante. Os episódios de CVO podem ocorrer a partir do primeiro ano de vida, causando lesões e danos permanentes nos tecidos e órgãos, uma vez que a dor provocada por este tipo de crise pode durar desde horas a dias (Vacca & Blank, 2017). Para além da anemia e CVO, a AF pode causar outras complicações graves, como sequestro esplénico, síndrome torácica aguda, hipertensão pulmonar, aplástica, infeções, priapismo e acidente vascular cerebral (AVC) (Bryant, 2019). A síndrome torácica aguda é uma das complicações mais graves da AF, sendo que as CVO são as complicações mais frequentes da doença sem risco de vida (Sinkala et al., 2018; Loiola et al., 2017). De acordo com Pandarakutty et al. (2020), as crianças e jovens são mais vulneráveis a complicações da AF ao longo da vida, como CVO, crises agudas de sequestro esplénico, síndrome torácica aguda, enfartes do sistema nervoso central, crises hemolíticas e aplásticas e necrose vascular do quadril. As CVO podem ser extremamente dolorosas, sendo vivenciada por crianças/jovens com doença falciforme pode ter efeitos incapacitantes nas suas vidas e afetar negativamente a qualidade de vida.

O conhecimento de diagnóstico de uma doença crónica na criança/jovem ou o seu percurso representam momentos difíceis para os familiares face às novas necessidades de saúde e gestão da mesma. Perante uma situação desta natureza, vários elementos da família ou pessoas significativas podem ser afetadas, alterando a estrutura familiar, ou a distribuição de papéis

familiares e por vezes causando disfunção familiar (Santos et al., 2017). A AF causa implicações na saúde, a nível social e económico, com efeitos na qualidade de vida das crianças/jovens (portadoras da doença) e, respetivamente, das suas famílias. Cuidar da criança/jovem com AF requer cuidados específicos, o conhecimento da doença, dos sinais e sintomas e das características inerentes à patologia, uma vez que, na grande maioria dos casos, necessitam de tratamentos prolongados e por vezes complexos, exigindo cuidados de saúde constantes. Torna-se fundamental o estabelecimento de uma relação de parceria com a família, uma vez que partilham laços de parentesco e são responsáveis por prestar cuidados à criança/jovem, contribuindo para o crescimento e desenvolvimento da mesma e, também, para a capacitação dos pais/família no processo de cuidar destas crianças e jovens com AF. Importa, igualmente, promover a autonomia da criança/jovem, de acordo com as suas capacidades, atendendo às suas necessidades e o bem-estar, assim como da família (OE, 2010, 2015).

3.3.2. Tratamento da Anemia Falciforme

Os objetivos dos tratamentos da AF baseiam-se na prevenção e tratamento das complicações associadas à anemia, às infeções e ao controlo da dor. O tratamento de AF consiste em terapêutica com hidroxíureia (HU) oral, também conhecida como hidroxycarbamida a longo prazo, que permite reduzir a frequência de CVO e as complicações agudas e crónicas da doença. Durante as crises, opta-se pela administração de analgésicos, anti-inflamatórios, opióides, como morfina, para situações de dor intensa; hidratação por via oral e endovenosa (EV); terapia de transfusão de sangue, em regime de internamento ou em esquema mensal que permite substituir a HbS anormal por hemoglobina normal (HbA) e manter o valor da hemoglobina entre 9 e 10 g/dl; e terapêutica antibiótica, para prevenir infeções. De prevenção recomenda-se a administração de vacinas pneumocócica, *H. influenzae* tipo b, e meningocócica para as crianças com suscetibilidade à infeção, e profilaxia com antibiótico oral para crianças a partir dos 2 meses de idade. De forma a prevenir a ocorrência de algumas complicações da doença é usada a exsanguinotransfusão, método que consiste em reduzir o número de células falciformes circulantes, através da substituição do sangue da criança/jovem por outro de um doador compatível. Atualmente, a única cura possível para a doença da AF é o transplante de células estaminais hematopoiéticas, contudo apresenta múltiplas complicações e é limitado a crianças com idades igual ou inferior a 16 anos, que apresentem sinais e sintomas graves que não respondam à terapia com hidroxíureia, à terapia transfusional; exigindo um dador compatível (Bryant, 2019; De et al., 2019; Vacca & Blank, 2017).

O cuidar da criança e do jovem com AF deve basear-se numa abordagem centrada no desenvolvimento da criança e do jovem e não na sua idade. Esta abordagem permite uma

adequação dos cuidados prestados ao desenvolvimento, facilitando a sua adaptação e da família (Charepe, 2020; Merck & McElfresh, 2019); contribuindo para este processo, o empoderamento dos mesmos (Vaz et al., 2018). Assim, o enfermeiro tem um papel de extrema importância na promoção dos CCF e no reconhecimento da família como o principal cuidador da criança/jovem dentro e fora do meio hospitalar, garantindo assim o suporte adequado às suas necessidades.

Após o presente enquadramento conceptual, no próximo capítulo analisa-se e reflete-se sobre o percurso realizado, o qual contribuiu para o desenvolvimento e a aquisição das competências de EE e de EEESIP.

4. PERCURSO FORMATIVO

O presente capítulo descreve a metodologia utilizada para a realização deste relatório, a análise reflexiva e as atividades realizadas face aos objetivos definidos.

De acordo com Peixoto e Peixoto (2016), o conceito de reflexão em enfermagem consiste em recordar uma determinada experiência da prática, pensar sobre ela e avaliá-la de forma a interligar os conhecimentos teóricos adquiridos com os momentos da prática real, contribuindo para a aquisição de novos conhecimentos e melhoria dos cuidados de saúde. Neste capítulo são apresentadas, também, as competências desenvolvidas durante o período de estágio.

Antecedendo o percurso de estágio, foi elaborado, na etapa de projeto, um guia orientador das atividades de estágio para cada um dos diferentes contextos, para as quais foram definidos os objetivos a atingir, assim como as respectivas formas de avaliação. Entende-se, assim, que o planeamento de um projeto é um processo flexível e dinâmico que nos obriga a revê-lo e reconsiderar durante o seu percurso (Moura & Barbosa, 2017), pelo que a organização das atividades face a cada local de estágio foi objeto de reformulação mediante as necessidades identificadas e as experiências vividas em cada contexto clínico.

O percurso descrito e analisado neste capítulo reflete o início de um processo de desenvolvimento profissional, que me dotará de competências específicas enquanto EEESIP para prestar cuidados “de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, (...) identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa. Tem como desígnio o trabalho em parceria (...) em qualquer contexto (...) de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível” (OE, 2018, p. 3).

No início do meu percurso formativo foram definidos os contextos clínicos, de acordo com os contextos preconizados pelo plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e em colaboração com a professora orientadora, os objetivos traçados, a problemática identificada e as diferentes áreas de intervenção. Os contextos clínicos de Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), Serviço de Internamento Pediátrico (SIP), Consulta de Enfermagem de Desenvolvimento Infantil e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), todos na região da grande Lisboa, foram considerados pertinentes, porque alguns são uma referência nacional na área de saúde infantil e pediatria, por darem resposta ao tema específico de estágio e favorecerem a vivência de experiências enriquecedoras, assim como possibilitarem uma formação contínua e uma prática reflexiva baseada em evidência científica, componentes considerados essenciais enquanto EE (Queirós & Fernandes, 2021).

Em cada contexto clínico foi apresentado o guia orientador (Apêndice II), que posteriormente foi discutido com o Enfermeiro Orientador Clínico de forma a ajustá-lo, promover e potenciar experiências relacionadas com a problemática central deste relatório.

O EE é aquele a quem lhe é reconhecida “competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados na sua área da especialidade (...) tendo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (OE, 2019, p.4744). Assim, este percurso formativo e profissional teve a finalidade de desenvolver competências comuns e específicas do EEESIP, de forma a prestar cuidados especializados que se enquadram nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

De acordo com a referida finalidade e a problemática apresentada, foram definidos dois objetivos gerais, já referidos na introdução, sendo o primeiro transversal a todos os contextos clínicos e o segundo direcionado à problemática apresentada:

- Desenvolver competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e de Mestre em Enfermagem nos processos de saúde/doença nos diferentes estádios de desenvolvimento da criança/jovem e família nos diversos contextos pediátricos;
- Desenvolver competências para a prestação de cuidados culturalmente competentes e sensíveis à criança e ao jovem de origem africana com anemia falciforme, nos diferentes contextos pediátricos.

Além dos objetivos gerais, foram definidos também os objetivos específicos:

- Conhecer a cultura organizacional, a filosofia de cuidados e a prática diferenciada de cuidados do EEESIP nos diferentes contextos de saúde;
- Desenvolver competências no âmbito do processo do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem e família;
- Desenvolver competências no âmbito das doenças comuns e situações de risco que possam afetar criança/jovem e família;
- Desenvolver competências de comunicação adequada ao estágio de desenvolvimento e a cultura da criança/jovem e família;
- Prestar cuidados à criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;
- Identificar os fatores que influenciam os cuidados de saúde da criança e jovem de origem africana, com anemia falciforme;
- Implementar estratégias de intervenção ao nível da promoção da qualidade de vida da criança e jovem de origem africana, com anemia falciforme.

4.1. A escolha dos contextos de Estágios

Tendo em conta a problemática e os objetivos estabelecidos, definiram-se os cinco contextos clínicos onde decorreram os contextos de estágio. Assim, o primeiro contexto foi SUP, em seguida, UCIN, SIP, Consulta de Desenvolvimento Infantil, e por último UCSP. Todos estes contextos de estágios partilham em comum o facto de se situarem numa área geográfica que concentra um elevado número de estrangeiros, com nacionalidades diferentes, com prevalência da população africana na algumas dessas áreas (Alcoforado et al., 2018).

Dei início ao meu percurso de estágio no **SUP**, que integra a Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos, sendo que este contexto foi, por mim, escolhido como o primeiro contexto de estágio, por ser o local onde muitas vezes se realiza o primeiro contacto com a criança, o jovem e a família. Trata-se de um contexto privilegiado para prestar cuidados à criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e situações de risco que possam afetá-los.

A escolha da **UCIN** justifica-se por ser uma Unidade de Saúde reconhecido na área da pediatria, o que me permitiu prestar cuidados a RN pré-termo e à sua família, de diferentes culturas (Costa, 2015). Esta Unidade divide-se na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Unidade de Cuidados Intensivos Especiais Pediátricos (UCIEP), onde tive a oportunidade de realizar dois turnos durante o estágio. Considerei importante conhecer o seu funcionamento, por um lado, porque funciona em articulação com o Serviço de Internamento do Hospital, onde exerço funções, e também por ser uma Unidade de Referência no tratamento de crianças/jovens com AF, através de transfusão exsanguínea, também conhecida como transfusão permuta (Escobar et al., 2015).

O estágio no **SIP** decorreu no Serviço onde exerço funções, sendo que foi, também, escolhido por ser o Centro de Referência das doenças hematológicas (Ministério da Saúde, 2016), e devido à elevada prevalência de crianças/jovens com AF provenientes dos PALOP. O estágio neste Serviço permitiu-me desenvolver competências relacionadas com a temática específica deste trabalho.

A inclusão do contexto de **Consulta de Desenvolvimento** no projeto de estágio teve como finalidade compreender o *follow up* realizado a crianças/jovens que necessitam de acompanhamento nesta área, o que me permitiu compreender o papel de EEESIP neste contexto e os recursos existentes na comunidade que dão suporte a estas crianças, jovens e suas famílias. Acresce, ainda, o facto de que clientes pediátricos do Serviço onde exerço funções são seguidos em Consulta de Desenvolvimento, tornando-se pertinente conhecer a sua dinâmica funcional e a metodologia de trabalho de equipa de enfermagem.

A opção do contexto de estágio **UCSP** foi por mim escolhida por pertencer a um dos Centros de Saúde da Região de Lisboa com elevada prevalência de população imigrante, nomeadamente, crianças, jovens e famílias de origem africana. A escolha desta Unidade de Cuidados esteve também relacionado com o facto de ser um meio privilegiado para desenvolver competências para a prestação de cuidados culturalmente competentes dada a diversidade cultural existente nesta área geográfica.

4.2. Desenvolvimento de Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista

Neste subcapítulo encontra-se descrito o modo como as atividades realizadas, nos diferentes contextos clínicos, permitiram alcançar os objetivos estabelecidos e consequentemente contribuir para o desenvolvimento das competências comuns de EE e específicas do EEESIP.

Os diferentes contextos clínicos possibilitaram-me adquirir experiências sobre a integração dos cuidados de enfermagem especializados, nos diferentes contextos de saúde e doença, bem como a análise das intervenções de enfermagem dirigidas à criança, jovem e família nas diferentes etapas de desenvolvimento.

Para abordar as competências desenvolvidas nos diferentes contextos clínicos, o presente capítulo foi estruturado de acordo com os contextos clínicos, evidenciando como as atividades realizadas e as experiências vivenciadas contribuíram para desenvolver as competências do EEESIP e atingir os objetivos delineados.

4.2.1. Contexto de Estágio de Serviço de Urgência Pediátrica

O primeiro contexto de estágio foi realizado no SUP, permitindo-me desenvolver competências no âmbito da comunicação com a criança, jovem e família, da prestação de cuidados especializados à criança/jovem e família em situações de especial complexidade e vulnerabilidade acrescida, e no domínio da gestão de cuidados. O SUP onde realizei este contexto de estágio inclui três valências: Triagem, dividida em dois circuitos (doentes respiratórios e doentes não respiratórios); Sala de Tratamentos; Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos (UCEP) e Serviço de Observação (SO). Ao longo deste contexto de estágio tive a oportunidade de colaborar na prestação de cuidados na totalidade das valências.

No SUP cabe ao EE fazer a gestão da equipa de enfermagem pelas três valências, delegar, orientar e supervisionar os cuidados, garantindo a segurança e a qualidade dos mesmos, e de igual modo ser responsável pela gestão de situações de emergência, indo de encontro a

duas competências comuns do EE “C1.2. Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade”, “C2.1.3. Coordena a equipa de prestação de cuidados” (OE, 2019, p. 4749). O reconhecimento do papel do EE no SUP permitiu contribuir para o desenvolvimento da competência comum “C2.2.1. Reconhece os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa” (OE, 2019 p. 4749). As competências na gestão de cuidados demonstradas pelo EEESIP neste contexto clínico, permite-lhe planear, implementar e avaliar intervenções de forma a dar resposta aos Diagnósticos de enfermagem definidos, de acordo com os resultados esperados.

Na Triagem ocorre a primeira interação enfermeiro-cliente pediátrico, que representa o início da relação terapêutica, na qual a valorização da comunicação é fundamental para o seu sucesso. Segundo Fernandes (2012 citado por Diogo et al., 2016), nesta primeira abordagem é importante demonstrar disponibilidade para responder às necessidades e preocupações da criança, jovem e família, pois constitui o primeiro passo para o desenvolvimento de uma relação terapêutica positiva e para a prestação de cuidados (Diogo et al., 2016). Nesta valência, é realizada uma primeira avaliação da situação clínica do cliente, de acordo com o Protocolo de Triagem de Manchester, que possibilita estabelecer uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas, garantindo o atendimento adequado face à situação clínica da criança/jovem e família (Diogo et al., 2016). A realização de alguns turnos nesta valência permitiu-me obter conhecimentos sobre Protocolo de Triagem de Manchester. A colaboração na prestação de cuidados na Valência de Triagem, em ambos os circuitos, sob a supervisão da Enfermeira Orientadora Clínica, permitiram identificar problemas precocemente intrínsecos às doenças comuns, tendo sido fundamental o conhecimento sobre as patologias inerentes aos diferentes grupos etários, implementado intervenções de enfermagem apropriadas. Esta atividade contribuiu para o desenvolvimento da competência específica “E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem”; “E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (OE, 2018, p. 19193).

Na Sala de Tratamentos são prestados cuidados de enfermagem relacionados com diversos procedimentos como, por exemplo: suturar feridas, redução de fraturas, colocação de talas gessadas, colheita de espécimes para análise, e colocação de acessos venosos periféricos. Tive oportunidade de prestar cuidados à criança, jovem e família nesta valência, em colaboração com a equipa de enfermagem, promovendo a participação do cliente pediátrico em todo o processo de forma a estabelecer uma relação parceria de cuidados e manter o sentimento de controlo como defendido pela filosofia dos cuidados centrados na família (Diogo et al., 2016). Frequentemente, as situações vivenciadas pelas crianças/jovens provocam-lhes

ansiedade e medo, devido estarem num ambiente desconhecido, rodeados por equipamentos e onde se realizam procedimentos que causam desconforto e dor, acabando por representar um momento de angústia e de stress. Assim, cabe ao enfermeiro implementar intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto físico e psicológico vivido pelo cliente pediátrico, podendo incluir os mesmo no cuidado terapêutico (Diogo et al., 2016, Hockenberry, 2019). Contudo, esta valência é um contexto privilegiado para estabelecer a comunicação com o cliente pediátrico, e aplicar estratégias não farmacológicas de alívio da dor. Durante o meu percurso nesta valência tive a oportunidade de prestar cuidados as crianças/aos jovens com diferentes situações clínicas, nomeadamente a uma criança em idade pré-escolar que, ao brincar na escola durante o período de recreio sofreu uma queda, que provocou uma fratura do membro superior esquerdo com necessidade de ser observada por um médico ortopedista e posteriormente ser realizada a redução da fratura e a colocação de uma tala gessada. Durante esta situação desenvolvi uma interação com a criança e família, explicando as intervenções e os procedimentos que seriam realizados, e de que forma poderiam colaborar nos cuidados, forma a que a família e criança não perdessem o controlo da situação (Hockenberry, 2019). Esta interação foi desenvolvida com base na intervenção de cuidados não traumáticos e a mobilização de princípios e técnicas de comunicação adequadas à idade da criança e ao seu estágio de desenvolvimento. Sempre que possível, as intervenções devem ser explicadas às crianças, com o objetivo de diminuir o medo, reduzir a ansiedade e o stress (Diogo et al., 2016; Hockenberry, 2019).

No SUP, como estratégias farmacológicas para o controlo da dor, dá-se primazia à utilização do *Livopan* (protóxido de azoto) (Anexo II), um fármaco que desconhecia, uma vez que não é comum a sua utilização em Serviços de Internamentos. Tive oportunidade de administrar este fármaco, como medida para o controlo da dor da criança antes referida, sendo que no decorrer da interação com a criança e do procedimento pude verificar a sua eficácia. Também tive oportunidade de administrar *Livopan* para o controlo da dor em crianças em idade escolar e em adolescentes, em conjunto com técnicas de comunicação verbal, como a imaginação guiada, também obtendo sucesso; demonstrando a eficácia das intervenções não farmacológicas associadas às farmacológicas, mobilizando princípios de cuidados não traumáticos.

As experiências de aprendizagem no contexto da Valência de Sala de Tratamentos, contribuíram para o desenvolvimento das seguintes competências específicas: “E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”, “E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas”, “E3.3. Comunica com a

criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (OE, 2018, p.19193/19194).

No que refere à UCEP e ao SO, tive a oportunidade de prestar cuidados de complexidade acrescida, em colaboração com a Enfermeira Orientadora Clínica, a crianças e adolescentes com diversas patologias. Em concreto, descrevo a situação de um adolescente de 16 anos, com uma ferida aberta de grande dimensão no dorso da mão, com diminuição da sensibilidade dos dedos e com significativas perdas hemáticas, resultante do choque contra uma porta de vidro, que exigiu a intervenção no Bloco Operatório (BO) de urgência. Uma outra situação, foi a prestação de cuidados a uma adolescente de 12 anos, submetida a uma craniotomia após drenagem de um hematoma provocado por uma queda enquanto passeava com a sua cadela. As intervenções de enfermagem realizadas no âmbito de UCEP e SO, sob a supervisão da Enfermeira Orientadora Clínica, contribuíram para o desenvolvimento da competência específica “E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados” (OE, 2018, p. 19193).

Frequentei e concluí com sucesso, durante este período de tempo, o Curso sobre os Maus-Tratos à criança e ao jovem, promovido pelo Núcleo de Apoio à Crianças e Jovens em risco (NACJR) da Instituição de Saúde onde realizei este contexto de estágio. Os NACJR têm como função acompanhar e apoiar as famílias, através da elaboração de um Plano de Intervenção de Apoio à Família, e avaliar ou sinalizar as situações para outras entidades. Considero ter sido pertinente a realização deste curso, uma vez que, é nos SUP que, maioritariamente, os profissionais de saúde têm o primeiro contacto com situações de maus-tratos. Esta formação foi uma mais-valia para o meu desenvolvimento profissional e pessoal, no sentido que passei a conhecer as ferramentas e os recursos para intervir perante alguma situação semelhante durante o período de estágio e, essencialmente, no Serviço onde exerço funções, devido a ocorrem internamentos protetores de crianças/jovens vítimas de maus-tratos. Neste sentido, para se conseguir uma intervenção eficiente neste tipo de problemáticas, é fundamental conhecer o percurso realizado por estas crianças, o modo como é feita a referência e quais são as entidades da comunidade envolvidas. Após o curso, realizei dois posters com o objetivo de sensibilizar os pais/cuidadores principais face a estas situações. Antes da sua realização, foi elaborado o planeamento dos mesmos (Apêndice III). Dos posters efetuados, um deles ficou exposto na Sala de Espera do SUP (Apêndice IV), tendo como o título “Denuncie os maus-tratos à criança e jovem” e outro foi oferecido ao NACJR, desta instituição hospitalar, onde ficou em exposição no Dia Internacional Contra os Maus-Tratos a Crianças e Jovens (Apêndice V).

Considero que o Curso sobre os Maus-Tratos à criança e ao jovem e os trabalhos realizados sobre esta temática, contribuíram para o desenvolvimento da competência específica “E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (OE, 2018, p.19193).

4.2.2. Contexto de Estágio de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

A UCIN escolhida para este contexto de estágio constitui uma Unidade de referência a nível nacional e recebe RN provenientes da Sala de Partos da própria instituição e transferidos de outras unidades de saúde pelo Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico. É uma das Unidades onde se verifica, também, uma elevada prevalência de nascimentos de filhos de pais imigrantes (Alcoforado et al., 2018).

O nascimento de um filho representa um momento de grande expectativa, em que se idealiza uma criança saudável. Porém, quando recém-nascido real não corresponde ao idealizado, podem ocorrer sentimentos como revolta, angústia, insegurança face ao desconhecido, podendo comprometer a vinculação, dificultando o desenvolvimento adequado do papel parental. O mesmo é corroborado por Wheeler (2019), quando refere que “a proximidade do bebé imaginado com o bebé real influencia o processo de vinculação”, e por Askin e Wilson (2019) quando afirmam que “quando uma criança está doente, a separação física necessária parece ser acompanhada de um distanciamento emocional dos pais, que pode prejudicar seriamente a sua capacidade parental” (p. 357).

O estágio realizado na UCIN permitiu-me conhecer uma realidade que desconhecia, sendo o contexto de estágio que eu mais receava. Contudo constitui uma experiência de aprendizagem positiva, tendo permitido a prestação de cuidados e o contacto com o RN prematuro ou com necessidades especiais e sua família, sob a supervisão da Enfermeira Orientadora Clínica. As aprendizagens realizadas neste campo de estágio contribuíram de igual modo para o meu desenvolvimento profissional e pessoal, assim como para o desenvolvimento das competências - “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”, “cuida da criança/jovem nas situações de especial complexidade” e “presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (OE, 2018, p. 19192). As intervenções realizadas neste contexto, sob a supervisão da Enfermeira Orientadora Clínica consistiram na prestação de cuidados ao RN prematuro em incubadora em circuito fechado, aberto e berço; estabilização do RN; promoção do conforto do RN, sendo esta uma das prioridades, e é garantido através de intervenções terapêuticas como os posicionamentos, a contenção, o toque, a utilização do método canguru e de estratégias não

farmacológicas para o controlo da dor, como o estímulo à sucção não nutritiva e a administração de Sacarose 24%; promoção das competências parentais e conseqüentemente a vinculação. De acordo com Mufato e Gaíva (2022), estas intervenções favorecem o prognóstico do RN e a participação dos pais nos cuidados de seu filho, permitindo a interação com o RN e contribuindo para a vinculação. No que se refere aos cuidados prestados pelas equipas de enfermagem e médica, estas procuram coordenar as suas intervenções num só momento, de forma a minimizar a manipulação do RN, pois a manipulação excessiva do RN prematuro pode desencadear alterações fisiológicas que comprometem a sua recuperação (Maki et al., 2017). As intervenções são baseadas nos princípios de CCF, ou seja, assenta no envolvimento e na parceria da família nos cuidados (Hockenberry, 2019). Os pais podem visitar o RN sempre que quiserem e permanecer junto ao mesmo durante o tempo desejado. Os pais são vistos como parceiros no cuidar e não meros visitantes.

Ao longo do meu percurso pelas diferentes Salas que constituem esta Unidade, tive a oportunidade de promover a vinculação - “E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais” (OE, 2018, p. 19194). Esta competência foi sendo desenvolvida através da realização de inúmeras atividades, que passo a enunciar: negociar o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN, no que se refere à mudança de fralda; posicionar o RN; realizar cuidados de higiene e conforto juntamente com os pais na Sala Especiais; incentivar os pais a colocarem o RN no colo e a utilizar o método do canguru; encorajar as mães a extrair leite materno para ser oferecido ao RN por sonda nasogástrica (SNG); e incentivar o preenchimento do “Diário do bebé”. Este documento é uma ferramenta utilizada pelo serviço da UCIN, onde constam adereços em formato de autocolante para marcar as etapas conquistadas pelo RN, como exemplo “aumentei de peso” e “comecei a comer por tetina”. O “Diário do bebé” tem como objetivo destacar os acontecimentos de grande valor para o RN internado na UCIN e para a sua família.

Durante este contexto de estágio, tive a oportunidade de cuidar de um RN prematuro, primeiro filho de pais adolescentes. O RN foi separado da mãe após o nascimento, pelo facto desta necessitar de internamento num serviço de diferente especialidade. O pai não tinha experiência em cuidar de um RN, assim, durante os turnos que fiz tive a possibilidade de promover a parentalidade, capacitando o pai relativamente aos cuidados inerentes a um RN; incentivá-lo a preencher o “Diário do bebé” em conjunto comigo, com objetivo de o mostrar, posteriormente, à mãe do RN, poder constituir uma recordação para ambos e promover a vinculação, que pode ser comprometida dada a separação física (Askin & Wilson, 2019). Estas atividades realizadas contribuíram para o desenvolvimento das seguintes competências específicas “E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da

parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”, E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais” (OE, 2018, p.19193/19194).

A intervenção em contexto da Sala de Intensivos, permitiu-me adquirir e aprofundar conhecimentos numa das áreas de conhecimento especializado que desconhecia e que não tinha tido contacto, durante o meu percurso académico e profissional, até ao momento da realização do estágio. Cuidar de um RN numa incubadora de circuito fechado requer conhecimentos científicos, destreza e experiência, de forma a poder agir com autonomia e tomar decisões corretas para eliminar ou reduzir os riscos perante qualquer instabilidade hemodinâmica do RN (Carvalho et al., 2021). Nesta Sala prestei cuidados sob a supervisão da Enfermeira Orientadora Clínica. Prestei cuidados no âmbito cuidados de higiene e conforto, alimentação, posicionamento e medidas de conforto, de acordo com os princípios da filosofia dos CCF e na Intervenção dos Cuidados Não Traumáticos. Nesta Sala, durante um dos turnos que realizei, ao registar sinais vitais (SV) e efetuar a verificação dos parâmetros do ventilador, percebi-me que uma RN que estava entubada se tinha extubado acidentalmente. Esta situação emergente foi comunicada de imediato à Enfermeira Orientadora Clínica e a RN teve de ser reentubada novamente. Esta experiências e as atividades referidas no presente parágrafo contribuíram para o desenvolvimento da competência específica “E2.1 – Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados” (OE, 2018, p.19193).

Os RN internados na UCIN são submetidos a diversos procedimentos considerados dolorosos para fins diagnósticos e terapêuticos (Moraes et al., 2018). Esta Unidade constitui, assim, um contexto privilegiado para estabelecer medidas de conforto e aplicar estratégias não farmacológicas para prevenir ou minimizar a dor. Estas constituem um recurso fundamental para a promoção bem-estar do recém-nascido e a qualidade de cuidados prestados à criança. Neste contexto, tive a oportunidade de administrar Sacarose 24% durante a realização de procedimentos invasivos, nomeadamente quando se trata da inserção de cateter epicutâneo. A administração de Sacarose 24% durante procedimentos dolorosos permite diminuir as manifestações de desconforto fisiológico e comportamentais, sendo benéfico para o alívio da dor no RN (Moraes et al., 2018; Pires et al., 2019). Como esta atividade pode desenvolver a seguinte competência específica” E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (OE, 2018, p. 19193).

Durante a minha permanência na Sala Especiais tive a oportunidade de prestar cuidados a um RN de uma família de origem africana, primeiro filho de uma mãe jovem, imigrante,

natural da Guiné-Bissau, a residir no país há pouco tempo. Esta jovem veio para Portugal, durante o período de gestação, com o objetivo de realizar o parto no nosso país.

A mãe do RN não o visitava diariamente pelo facto de não conhecer a cidade e de depender de terceiros para fazer as deslocações para o hospital.

Num dos turnos realizados, a minha Orientadora Clínica ficou responsável pelos cuidados a esta criança, o que permitiu que eu colaborasse com autonomia, sob a sua supervisão, nos cuidados. O facto de já termos prestado cuidados a este RN em turnos anteriores, facilitou os mesmos por ter o conhecimento da evolução da situação clínica do recém-nascido. No decorrer da interação com esta jovem mãe, sugeri que experimentasse o Método Canguru de forma a promover a vinculação mãe-filho, fundamental para o desenvolvimento saudável da criança (OE, 2021). Após a explicação do Método Canguru em crioulo, devido ao facto da jovem não dominar a língua portuguesa e ter dificuldade em compreender o que lhe era explicado, esta aderiu ao sugerido. As competências de comunicação em contexto multicultural são essenciais para a qualidade dos cuidados de saúde. Borba et al. (2017), referem que a compreensão de uma orientação depende da comunicação verbal e do idioma falado entre o emissor e o recetor da mensagem, acrescenta que é da responsabilidade do enfermeiro a utilização de uma linguagem explícita e acessível.

Após obter o consentimento, consoante ia preparando o RN para o procedimento do Canguru *Care*, fui explicando os benefícios deste Método. A jovem referiu que na Guiné-Bissau as crianças pequenas eram colocadas pelas mães sobre a região posterior torácica, ajustadas ao corpo da mãe com tecido denominado *pano* (espécie de uma manta de tecido fino) com objetivo de as acalmar/tranquilizar, colocá-las a dormir ou enquanto realizam as atividades domésticas, mantendo, assim, os filhos perto delas. Reforcei que o objetivo do Método Canguru passava por tudo o que me tinha dito, mas que o fato de colocar a criança na face posterior do corpo não lhe permitiria estabelecer o contacto visual com ela, importante para o desenvolvimento e segurança do seu filho (OE, 2021). Perante esta informação transmitida à mãe do RN, questionei-me se o Método Canguru não poderia ser considerado uma prática de cuidado comum a outras culturas, dando assim origem a uma reflexão com o título de “Será o Método Canguru uma prática de cuidados comum entre culturas?” (Apêndice VI). Como a forma das mulheres da africa subsariana manterem os filhos junto aos seus corpos, não faculta a interação com os mesmos, ao negociar com a mãe do recém-nascido a substituição desta prática cultural para o Método Canguru, especialmente durante o primeiro ano de vida da criança, realizei a minha tomada de decisão e intervenção de acordo com o ajustamento/negociação das práticas culturais do cuidado cultural, segundo Leininger (2006).

De acordo com Wilkins et al. (2021), para uma prestação de cuidados de qualidade é fundamental a inclusão dos elementos culturais de cuidar dos clientes no planeamento e execução das intervenções. Assim, cabe os enfermeiros a obrigação ética e moral de promover o mais elevado padrão de qualidade dos cuidados, o que inclui a prática de cuidados culturalmente competentes (OE, 2018).

Perante o descrito, considero que a situação deste cliente pediátrico de origem guineense, contribuiu para o desenvolvimento das seguintes competências específicas: “E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”, “E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais”, “E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (OE, 2018, p. 19193/19194). No que refere as competências comuns ao EE contribuiu para o desenvolvimento das competências “A2.1.6- Assegura o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos”, “B1.1 – Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade” (OE, 2019, pp. 4746-4747).

4.2.3. Contexto de Estágio de Serviço de Internamento Pediátrico

Considero que o estágio realizado no SIP foi uma mais-valia, ao proporcionar experiências de aprendizagem que contribuíram para o desenvolvimento de competências comuns de EE e específicas de EEESIP. Apesar de ser o contexto onde exerço a minha função profissional, considerei ser importante para o meu desenvolvimento profissional e pessoal, realizar estágio neste contexto, de forma a prestar cuidados e colaborar na prestação de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família, tendo em conta a sua cultura; sendo já detentora de conhecimentos de enfermagem especializado e estando num estágio de desenvolvimento de competências comuns de EE e específicas de EEESIP. Acresce também, o interesse da problemática central deste relatório, advir da minha experiência profissional neste contexto, com a finalidade de promover a melhoria dos cuidados prestados no Serviço onde exerço funções.

O estágio neste contexto proporcionou experiências que contribuíram para o desenvolvimento de competências no cuidar de clientes pediátricos de origem africana com AF – a temática central deste relatório –, por ser um Serviço de Internamento com elevada prevalência de crianças, jovens e família provenientes dos PALOP. Durante o meu percurso de estágio neste contexto, a Unidade de Hematologia do Serviço esteve sempre com a dotação de vagas completa, tendo a maioria de criança, jovens e família internados, de origem africana e

portadores de AF. Esta situação foi bastante positiva para a minha aprendizagem e desenvolvimento de competências, uma vez que, simultaneamente, tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializados e culturalmente competentes a clientes com características que facultam atingir o segundo objetivo feral deste relatório - desenvolver competências para a prestação de cuidados culturalmente competentes e sensíveis à criança e jovem de origem africana com anemia falciforme, nos diferentes contextos pediátricos.

No decorrer deste contexto de estágio estabeleci interações com crianças/jovens e a sua família, com a intencionalidade de treinar técnicas de comunicação de acordo com os seus estádios de desenvolvimento e a cultura, uma vez que a comunicação é instrumento básico de enfermagem essencial o desenvolvimento de uma relação terapêutica e contribui para a prestação de cuidados de qualidade (Santos et al., 2021). Estes momentos de interação, também, proporcionaram encontros culturais com clientes pediátricos de origem africana portadores de AF, durante os quais a troca de experiências resultou no estabelecimento de relações de confiança, na compreensão do conceito de saúde/doença e na identificação de fatores que influenciam os cuidados de saúde, na perspectiva da criança, do jovem e da família. Estas experiências estimularam-me a realizar uma reflexão sobre a comunicação com a criança e família, intitulada “Comunicar com a criança com AF e a família” (Apêndice VII), e contribuíram para o desenvolvimento da competência específica “E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (OE, 2018, p. 19194).

No que refere às intervenções da enfermagem face à AF, é primordial a avaliação e gestão da dor. Sabe-se que a dor é uma das complicações primárias da AF e a causa mais comum dos internamentos de crianças e jovens portadores desta patologia (De et al., 2019). De acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2010), a dor é considerada uma experiência que permanece na memória das crianças e quando não tratada tem consequências a longo prazo. Em consonância com esta evidência, profissionais de saúde os têm o dever de realizar o controlo eficaz da dor, (DGS, 2010). A gestão da dor em crianças/jovens com AF inclui avaliação da dor utilizando uma escala, de acordo com a idade e o estágio de desenvolvimento cognitivo da criança/jovem, e a implementação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor.

No decorrer deste contexto estágio, todas as crianças e jovens a quem prestei cuidados estavam internados devido a CVO. Pude implementar estratégias farmacológicas e não farmacológicas tais como: a promoção de um ambiente de afetividade, medidas de distração como jogar *play-station*, a pintura e brincadeiras, de forma ajudar a criança/jovem a ultrapassar as crises de dor e o stress causado pelas mesmas (Hockenberry, 2019). Estas crianças e jovens

além da dor causada pela CVO, maioria das vezes são submetidos, durante o internamento, a procedimentos dolorosos como punções venosas para colocações de acessos venosos periféricos, ou para administração de terapêutica, que causam dor/desconforto. Estas situações e outras idênticas, exigem do enfermeiro uma intervenção de acordo com os princípios dos cuidados não traumáticos, de forma a minimizar o desconforto e o sofrimento físico e emocional vivenciados por estas crianças/jovens durante o período de hospitalização (Diogo & Martinho, 2020). As atividades desenvolvidas com a finalidade na gestão e o controlo da dor, contribuíram para o desenvolvimento da competência específica “E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (OE, 2018, p. 19193).

Apesar destas crianças/jovens terem a AF como a patologia de base, elas são suscetíveis a desenvolver outras doenças características da infância e outras decorrentes da sua situação de doença crónica (De et al., 2019), pelo que se torna fundamental ter conhecimentos das doenças comuns na infância, de forma a diagnosticar e intervir atempadamente, conforme se refere na competência específica do EEESIP “E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (OE, 2018, p. 19193). Tal como outras patologias, AF provoca situações de doença súbita como a síndrome torácico agudo ou AVC (Vacca & Blank, 2017). Devido a estas possíveis ocorrências o EEESIP deve estar alerta para essas situações. Intervir neste âmbito, de forma a contribuir para o desenvolvimento da competência específica “E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados” (OE, 2018, p. 19193).

Na doença crónica é fundamental uma gestão eficaz da doença, sendo essencial o envolvimento dos pais/cuidadores nos cuidados prestados, de forma a capacitá-los e promover uma maior autonomia na autogestão da doença dos seus filhos, tendo em conta as suas necessidades e desejos relativo ao processo de cuidar. O mesmo é corroborado por Merck & McElfresh (2019), ao referirem que a promoção e capacitação dos pais é fundamental para o processo de cuidar da criança/jovem com doença crónica. Ao longo do estágio, durante a interação com os pais, principalmente os que residiam Portugal há pouco tempo, identifiquei que apresentavam lacunas de conhecimento e capacidades na gestão da doença crónica dos filhos. Considerei ser pertinente a realização de um folheto sobre os cuidados à criança e o jovem com AF, para ser entregue aos pais no momento da admissão, onde constasse uma breve definição da doença AF, em que consiste o CVO e os fatores de risco que podem desencadear esta situação, os sinais de alarme que requerem a vinda ao SUP, assim como, formas de controlo das crises no domicílio. A realização deste folheto teve como objetivo contribuir para a

capacitação de pais/cuidadores na gestão de cuidados de saúde a crianças/jovens com doença AF, facilitando assim a adaptação dos seus filhos à doença, como defendido por Pandarakutty et al. (2020), ao referirem que a educação sobre a AF melhora o conhecimento sobre a doença. Previamente à elaboração do folheto, foi realizado o seu projeto intitulado “cuidar da criança/jovem com anemia falciforme” (Apêndices VIII e XV) Esta atividade contribuiu para o desenvolvimento das seguintes competências específicas “E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”, “E1.2. Diagnostica e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem”, “E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (OE, 2018, p. 19193).

Ao discutir com colegas situações clínicas de crianças/jovens e família de origem africana, apesar de alguns reconhecerem a importância do conhecimento de diferentes culturas, por forma a adequarem os cuidados, estes elementos da equipa de enfermagem revelaram deficit de conhecimentos sobre cuidados culturalmente competentes, competência cultural e elementos organizadores culturais que interferem nos cuidados de saúde ao cliente pediátrico de origem africana. Em sequência desta situação, planeei (Apêndice X) e realizei uma Sessão de Formação no Serviço - “Despertar para o cuidado culturalmente competente” (Apêndice XI), com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento da competência cultural de enfermeiros que cuidam de crianças, jovens e família de origem africana. A realização dessa sessão de formação contribuiu para desenvolver as seguintes competências comuns de EE “A2.1. Promove a proteção dos direitos humanos”, “B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo”, “D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho” (OE, 2019, pp. 4746, 4747, 4749). Após o término do estágio, a sessão de formação passou a ser incluída nas formações realizadas no Serviço.

4.2.4. Estágio realizado em Consulta de Enfermagem de Desenvolvimento Infantil

No decorrer do estágio realizado na Consulta de Desenvolvimento colaborei nas Consultas de Enfermagem de Desenvolvimento Infantil, na primeira consulta e consultas de *follow up*, de crianças e jovens com diversas patologias. Na Consulta de Desenvolvimento, o EE tem como função: identificar as áreas que possam ser problemáticas ou de risco para a criança/jovem, intervindo precocemente; realizar a referenciação das crianças/jovens para instituições de suporte e/ou para outras áreas de especialidades; e fazer a articulação com os recursos existentes na comunidade, de forma a melhorar o acesso aos cuidados de saúde por

parte destes clientes pediátricos. A realização desta atividade contribuiu para dar resposta competência comum do EE “C. Domínio da gestão de cuidados – C2.2.1- Reconhece os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa”, “C1.1.4. Reconhece quando deve “negociar com” ou “referenciar para” outros prestadores de cuidados de saúde” (OE, 2019, p. 4749), e da competência específica de EEESIP “E1.2 – Diagnóstica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (OE, 2018, p. 19193).

No que se refere aos contributos deste contexto de estágio para o desenvolvimento das competências, distingue-se pelo facto de ser um local privilegiado que me permitiu desenvolver competências de comunicação, mobilizar cuidados antecipatórios e implementar intervenções no âmbito de cuidados culturalmente competentes. Ao longo das duas semanas de estágio tive a oportunidade de assistir e posteriormente realizar Consultas de Enfermagem de Desenvolvimento Infantil, com supervisão da Enfermeira Orientadora Clínica.

Entre as várias consultas em que realizei passo a referir três situações vivenciadas neste contexto que considero terem contribuído para o desenvolvimento de competências. A primeira situação refere-se a uma primeira consulta de uma criança de sexo masculino em idade pré-escolar (5 anos), referenciado pela Escola por suspeita de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA). De acordo com Moura (2022), a PHDA consiste numa perturbação do neurodesenvolvimento, caracterizada por alterações comportamentais, em que a criança apresenta dificuldade em adequar o seu comportamento a uma dada tarefa ou situação específica, sendo mais prevalente nos rapazes.

Em concordância com a Orientadora Clínica e sob a sua supervisão, foi-me permitido realizar a consulta à criança/família referida no parágrafo anterior, apesar das dificuldades que iria encontrar. Esta seria uma oportunidade de treinar técnicas de comunicação com uma criança em idade pré-escolar com PHDA, e encontrar estratégias para ultrapassar a dificuldade na interação com a mesma. Uma das dificuldades na comunicação com uma criança em idade pré-escolar é a própria idade da mesma, embora os enfermeiros que cuidam de crianças, tenham que conhecer princípios e técnicas de comunicação para estabelecerem uma relação eficaz com as crianças nos diferentes grupos etários. Na etapa pré-escolar, as crianças encontram-se no período pré-operatório relativo ao desenvolvimento cognitivo, de acordo com a teoria de desenvolvimento de Piaget. Neste período o egocentrismo ainda se encontra presente, embora menos evidente que nos *toddler*, conseguindo ainda pensar numa ideia de cada vez e incapazes de pensar em todas as partes de um todo. Esta característica de desenvolvimento numa criança neste estágio do desenvolvimento cognitivo, com PHDA, a comunicação torna-se mais difícil de se estabelecer eficazmente (Hockenberry, 2019). Outra das dificuldades deve-se ao facto

além de ter suspeita de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, durante a consulta encontrar-se num ambiente desconhecido.

Face ao exposto, identifiquei a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre técnicas de comunicação com a criança de acordo com o grupo etário e, conseqüentemente mobilizá-las durante a interação com a criança. Na procura de dar resposta a esta minha necessidade, realizei reflexão sobre a comunicação com a criança em idade pré-escolar (Apêndice XIII).

Um das técnicas de comunicação mobilizadas com a mesma criança, foi a técnica de comunicação criativa – Brincadeira. Esta técnica permitiu-me estabelecer uma comunicação eficaz com a criança, levando-a a participar na consulta de forma o mais “natural” possível, sendo considerada uma técnica fundamental no estabelecimento da comunicação com a criança (Hockenberry, 2019) As atividades realizadas na Consulta de Enfermagem de Desenvolvimento Infantil, desta criança contribuíram para o desenvolvimento das seguintes competências “E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (OE, 2018, p. 19194). Após a avaliação das atividades realizadas na consulta, foram identificadas possíveis áreas problemáticas, para as quais a mãe desta criança, foi orientada relativamente às intervenções que podia desenvolver no domicílio de forma a minimizar alguns problemas. Esta intervenção junto da mãe desta criança pré-escolar, contribuíram para o desenvolvimento das competências específicas “E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”, “E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (OE, 2018, p. 19193).

Também tive oportunidade de realizar a Consulta de Enfermagem de Diabetes Infantil, incluída nas Consultas de Desenvolvimento. Nestas consultas faz-se o acompanhamento de crianças e jovens com diabetes tipo 1. Após a alta, são referenciados para a Consulta de Enfermagem de Diabetes Infantil na qual se faz a avaliação do perfil glicémico da criança/jovem desde o momento da alta ou da última Consulta de Enfermagem de Diabetes Infantil e rever a necessidade de ajuste de insulina. São também validados os conhecimentos da criança/jovem e família sobre a doença de forma a capacitá-los para uma adequada gestão da mesma. Nas semanas do estágio, tive a oportunidade de realizar uma Consulta de Enfermagem de Diabetes Infantil uma criança em idade escolar, diagnosticada com diabetes *mellitus* tipo 1, há menos de um ano, e que esteve recentemente internada por uma má adesão terapêutica. A criança integra uma família monoparental, constituída por ela e a mãe, sendo que tinham vindo de cabo-verde ao abrigo dos acordos de cooperação internacional no domínio da saúde. A mãe desta criança, era uma senhora com baixo nível de escolaridade e dificuldade em compreender

o idioma português. No decorrer da consulta foi perceptível dificuldade da senhora em compreender o que lhe estava a explicar, tendo sido mesmo necessário a filha intervir e traduzir-lhe a informação em crioulo cabo-verdiano. Após esta barreira comunicação, mobilizei princípios de comunicação como, usar palavras e frases curtas e simples e por vezes em crioulo (uma vez que domino o crioulo guineense que tem algumas semelhanças com o cabo-verdiano), de forma que senhora compreendesse o que lhe era dito, tal como referem Borba et al. (2017) ao defender que cabe ao enfermeiro utilizar uma linguagem clara e acessível, essencialmente, com pessoas com dificuldade de compreensão. Esta situação contribuiu para o desenvolvimento de duas competências específicas “E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” e “E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (OE, 2018, pp. 19193-19194).

Com o decorrer do estágio, identificando de comunicação relacionadas com os diferentes idiomas, nomeadamente, quando se tratava da população africana, proveniente dos PALOP, como os clientes pediátricos guineenses. Havia uma incompreensão tanto por parte dos profissionais de saúde, sobre o quanto este tipo de barreira de comunicação pode implicar negativamente nos cuidados prestados (Borba et al., 2017). De forma a contornar esta situação, surgiu-me a ideia de realizar “cartões de comunicações em crioulo”. A ideia foi apresentada à Enfermeira Orientadora Clínica e posteriormente à equipa de enfermagem, que concordaram com a implementação desta estratégia nas consultas. Os cartões estão redigidos em crioulo guineense e disponibilizam informação sobre as principais etapas do desenvolvimento infantil com ilustrações de acordo com a informação apresentada, alguma traduzida em português (Apêndice XIV). Considero os cartões sejam uma ferramenta útil para a intervenção dos profissionais de saúde desta Consulta e que, também tenha permitido a relação de uma necessidade do Serviço com a temática de cuidados culturalmente competentes. Esta atividade permitiu-me desenvolver a competência específica “E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (OE, 2018, p. 19194), “B2.2.1 – Identifica oportunidades de melhoria”, “D2.1.3. Gere programas e dispositivos formativos” (OE, 2019, pp. 4747, 4749).

4.2.5. Estágio na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

O estágio no contexto da UCSP proporcionou colaboração Consulta de Enfermagem de Vigilância de Saúde Infantil, nas diferentes idades chave de acordo com o Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil (PNSI, 2013).

A Consulta de Enfermagem de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil tem como objetivos: avaliar o crescimento e desenvolvimento (físico, psicomotor, cognitivo e emocional, social e autonomia pessoal) da criança dos 0 aos 5 anos, e crescimento e desenvolvimento (físico, cognitivo, emocional, da linguagem, psicossocial e social) nas restantes crianças e adolescentes nas idades-chave e promover os cuidados antecipatórios, dando resposta às necessidades da criança, do jovem e família, apoiando-os e orientando-os de forma a incentivar a adoção de comportamentos promotores de saúde. O mesmo é corroborado por Hockenberry, (2019) quando refere que proporcionar orientação antecipada constitui a melhor estratégia de prevenção, permitindo lidar com as situações antes que estas se tornem um problema. As consultas de enfermagem de vigilância de saúde infantil e juvenil são realizadas nas idades-chave da vigilância definidas e/ou em outras ocasiões necessárias, procurando sempre que possível, articular esses momentos com os da vacinação das crianças e adolescente, de forma garantir o cumprimento da vacinação segundo o Plano Nacional de Vacinação (PNV).

Nesta UCSP, realizava-se apenas a vigilância da saúde infantil de crianças até aos seis meses de vida, devido à escassez de recursos humanos especializados e à manutenção das alterações da estrutura/organização decorrentes da pandemia de Covid-19. As crianças com idade superior a seis meses e os adolescentes, tinham que recorrer à Consulta do Dia, funcionando na tipologia de consulta de urgência diária.

Ao longo deste contexto de estágio tive a oportunidade, de forma progressiva em relação à minha autonomia, de realizar consultas de enfermagem de vigilância da saúde infantil a lactentes dos 0-6 meses de idade, com a supervisão da Enfermeira Orientadora Clínica. Inicialmente, as consultas eram realizadas de uma forma “mecanizada”, com recurso a informação necessária em suporte do papel, pelo receio de esquecer algum assunto importante. Posteriormente, foi distanciando-me da “cábula” e tendo uma intervenção mais autónoma e segura.

No início das consultas de saúde infantil, era promovido um espaço para para colocação/esclarecimento de dúvidas e verbalização de preocupações dos pais/cuidadores principais, com objetivo identificar as suas necessidades no desempenho da sua função parental e partilharem como estava a ser a experiência de parentalidade, principalmente para os que eram pais pela primeira vez. Nestas consultas participei na avaliação estado-ponderal de recém-nascidos e lactentes, nos parâmetros definidos no PNSIJ; na avaliação do desenvolvimento utilizando a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, na promoção dos cuidados antecipatórios, de acordo com a etapa de desenvolvimento de recém-nascido ou lactente e na realização dos registos no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ) e no Boletim Individual de Saúde, assim como no programa informático *SClínico*. A realização

das Consultas de Enfermagem de Vigilância da Saúde Infantil contribuiu para o desenvolvimento das seguintes competências específicas: “E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil”, “E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura”, “E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (OE, 2018, pp. 19193-19194), “A2.2.3. Adota conduta antecipatória garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade” e “C1.1.4. Reconhece quando deve “negociar com” ou “referenciar para” outros prestadores de cuidados de saúde” (OE, 2019, pp. 4746, 4748).

Durante as consultas realizadas pude perceber que sono e alimentação eram as áreas sobre as quais os pais apresentavam dúvidas com maior regularidade, e identificar algumas práticas consideradas inadequadas, tanto nos clientes de saúde infantil de cultura de países europeus como os de cultura de países africanos e asiáticos. Este facto preocupou-me visto que, os hábitos de sono e alimentares são duas áreas fundamentais para um adequado crescimento e desenvolvimento infantil (Azevedo et al., 2015; DGS, 2019). Devido à necessidade de alertar os pais para os riscos associados às práticas inadequadas, considerei ser pertinente realizar folhetos sobre o sono e a alimentação, como complemento às orientações dadas na consulta, de forma a promover o conhecimento dos pais/cuidadores principais nestas áreas e incentivá-los a reestruturarem as suas práticas. Como futura EEESIP, é fundamental estar alerta para situações de risco que possam comprometer o bem-estar da criança, de forma a eliminar ou minimizar os seus efeitos (OE, 2018). Deste modo, foi realizado o planeamento de um folheto sobre o sono (Apêndice XV) e outro sobre a alimentação (Apêndice XVI). Após a realização dos projetos, foram elaborados os respetivos folhetos, o do sono, com título “Dormir na minha própria cama e de barriga para cima” (Apêndice XVII), e o da alimentação, intitulado de “Alimentação no 1º ano de vida – Início da Diversificação alimentar” (adaptada à Cultura Africana), dada a temática deste relatório (Apêndice XVIII). A UCSP onde realizei o estágio situa-se numa área geográfica onde residem muito estrangeiros, provenientes dos PALOP. Assim, de modo a promover a prestação de cuidados culturalmente competentes considerei importante, também, os folhetos realizados anteriormente, serem traduzidos em crioulo e adaptados à culturas destes clientes. Apresentei esta ideia à Enfermeira Orientadora Clínica, que concordou e considerou ser bastante pertinente e útil, sendo então realizados os respetivos folhetos (Apêndices XIX e XX). Para garantir que a escrita em crioulo estivesse correta, procurei ajuda de um escritor e agente literário de origem africana, que, por cortesia, ajudou-me a traduzir os folhetos. A realização destes folhetos contribuíram para o desenvolvimento das seguintes competências “E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam

afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem”, “E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil”, “E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (OE, 2018, pp. 19193-19194), “A2.1.6. Assegura o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos”, A2.2.2. Implementa medidas de prevenção e identificação de práticas de risco”, “B2.2.1. Identifica oportunidades de melhoria”, e “B3.1.1. Fomenta a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das percepções de segurança de um indivíduo/grupo” (OE, 2019, pp. 4746-4747).

Neste contexto de estágio tive ainda a oportunidade de realizar a vacinação de crianças lactentes e em idades pré-escolar. Durante os momentos da vacinação foram desenvolvidas intervenções com a finalidade de minimizar a dor, o stress provocado e providenciar conforto à criança (Diogo et al., 2016), procurando desenvolver uma abordagem centrada nos cuidados não traumáticos. Estes momentos de vacinação foram privilegiados para o estabelecimento da comunicação com a criança e família, adequando a comunicação à etapa de desenvolvimento e origem cultural da criança, recorrendo a diferentes técnicas de comunicação e medidas não farmacológicas de controlo da dor, igualmente seleccionadas de acordo com a etapa do desenvolvimento da criança. Na situação de crianças lactentes elegi o incentivo ao colo da mãe/pai ou da pessoa significativa (ao colo da mãe com recurso à amamentação e ao colo do pai/pessoa significativa com estímulo à sucção não nutritiva) e incentivado aos pais a cantarem para criança, no caso de ser uma prática habitual. Em crianças em idades pré-escolar, foi incentivado o colo da mãe/pai ou pessoa significativa com recurso à técnica de abraço, a participação nos cuidados e utilização de reforço positivo. Neste âmbito, surgiu a ideia de realizar autocolantes como símbolo de reforço positivo, para serem oferecidos às crianças após a vacinação. Nos autocolantes estava a seguinte frase, “Sou muito forte!”, escrito em português (Apêndice XXI) e em crioulo (Apêndice XXII). A intervenção no âmbito da vacinação contribuiu para o desenvolvimento das seguintes competências específicas: “E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas”, “E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (OE, 2018, pp. 19193-19194), e “B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupos” (OE, 2019, p. 4747).

Ainda, neste contexto de estágio, tive a oportunidade de readaptar os cartões sobre a comunicação realizados no contexto de estágio de Consulta de Enfermagem de Desenvolvimento Infantil, de modo que pudessem ser utilizados nos momentos da consulta de

vigilância de saúde infantil, visto serem úteis para a interação entre os profissionais de saúde e os clientes (Apêndice XXIII).

4.3. Competências adquiridas em contexto de estágio

Este subcapítulo surge com a finalidade de fazer referência, de forma sucinta, às competências adquiridas ao longo do percurso formativo. O percurso de estágio representa o início da caminhada para o desenvolvimento de competências comuns de EE, de competências específicas de EEESIP, e de competências atribuídas ao grau de mestre.

De acordo com França (1998 citado por Santos & Barreira, 2019), a competência refere-se a um conjunto dinâmico e integrado de conhecimento, valores, habilidades, compreensão, atitudes e interesses. Para Triviso et al. (2017), a competência em enfermagem relaciona-se com conhecimentos, habilidades e atitudes que possibilitam uma melhor atuação do enfermeiro.

A prática de cuidados e a reflexão sobre as experiências vivenciadas nos diferentes contextos de estágios contribuíram, de forma decisiva, para a aquisição e aprofundamento de conhecimentos, desenvolvimento de competências comuns ao EE e as competências específicas de EEESIP, para a prestação e supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família, e Mestre em Enfermagem, de forma a contribuir para a investigação, ensino, gestão e desenvolvimento da disciplina

Segundo o Regulamento nº 422/2018 de julho, relativo às competências específicas de EEESIP, cabe ao enfermeiro especialista a prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e das suas famílias (OE, 2018, p. 19192). No que se refere às competências específicas de EEESIP, as desenvolvidas ao longo do percurso formativo envolvem a assistência à criança/jovem com a família na maximização da sua saúde, nas diferentes etapas de desenvolvimento, respondendo às suas necessidades e em situações de especial complexidade (OE, 2018).

O desenvolvimento de competências comuns e competências específicas de EEESIP foi uma preocupação contínua ao longo do estágio. Considero que as atividades desenvolvidas, as reflexões sobre as práticas e os mais trabalhos elaborados ao longo deste percurso, foram pertinentes e importantes para a aquisição e o desenvolvimento dessas competências, permitindo também a apropriação de novos conhecimentos.

Ao longo deste percurso, realço também a preocupação em contribuir para o cuidado culturalmente competente à criança, ao jovem e à família de origem africana, promovendo a valorização destes cuidados junto dos profissionais de saúde. Atendendo a diversidade dos clientes ser cada vez mais prevalente nas instituições de saúde portuguesas, torna-se fundamental que os enfermeiros e outros profissionais de saúde sejam detentores de

conhecimentos sobre outras culturas e desenvolvam a competência cultural (Sacramento et al., 2020; Wilkins et al., 2021), de forma a promoverem práticas de cuidados que contribuam para a melhoria de qualidade das mesmas; sendo esta uma das competências de EE, no âmbito do domínio da melhoria contínua da qualidade (OE, 2018).

Considero que a aquisição de competências de EEESIP iniciada neste percurso formativo ainda requer maior aperfeiçoamento, contudo será realizado ao longo do percurso profissional, adequando-as às experiências futuras.

5. PROJETOS FUTUROS

No âmbito deste percurso formativo, um dos objetivos gerais foi desenvolver competências no âmbito de cuidado culturalmente competente à criança, jovem e à família de origem africana. As atividades em contexto de estágio e intervenções de enfermagem, foram desenvolvidas com base na melhor evidência científica, articulada com as experiências de estágio e a prática reflexiva, que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

No âmbito dos cuidados culturalmente competentes, surgiu a necessidade de elaborar um projeto que passa pela conceção de um instrumento de referência para o Serviço onde exerço funções, designado “Kit Cultural”. A minha experiência de prática clínica e os contextos de estágio foram fundamentais para a conceção deste futuro projeto. Esta ideia emergiu da necessidade de colmatar inibidores à prestação de cuidados culturalmente competentes e de estimular os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, a valorizarem o desenvolvimento da competência cultural e a necessidade da prestação de cuidados culturalmente sensíveis e competentes. Trata-se de um projeto que passa pela sensibilização de mudanças de comportamentos/atitudes que promovam a valorização de práticas de cuidados de saúde, das culturas dos clientes, nos planeamentos e intervenções de cuidados de saúde; sendo uma condição importante no cuidar, conforme defendem Wilkins et al. (2021), ao referirem que é fundamental para que se prestem cuidados individualizados de qualidade e culturalmente competentes à criança, ao jovem e à família, e também uma das competências comuns do EE (OE, 2019).

Pretendo, também, dar continuidade à formação sobre “*Despertar para o cuidado culturalmente competente*” no âmbito da formação em Serviço, e incentivar os novos enfermeiros e de estudantes de enfermagem a desenvolverem competências para cuidar de clientes pediátricos com diferentes culturas. Como já referido por De et al. (2019), é importante abordar aspetos de igualdade e diversidade na formação em Enfermagem, pelo fato da população ser cada vez mais culturalmente diversa.

Na procura do saber sobre o cuidado cultural e, também, na procura do meu desenvolvimento pessoal e profissional, planeio, futuramente, candidatar-me ao Programa de doutoramento em Enfermagem.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso de estágio apresentado ao longo da realização deste relatório emergiu de uma problemática identificada em contexto da prática clínica e da necessidade de desenvolver competências científicas, técnicas e comunicacionais para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família.

A elaboração do presente relatório de estágio foi baseada na prática reflexiva das atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágios, que permitiram-me a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas de EEESIP. As experiências adquiridas nos diferentes contextos de estágios constituíram-se oportunidades de aprendizagem, uma vez que me permitiram mobilizar quadros conceptuais, articulando a teoria com a prática clínica, contribuindo para o desenvolvimento pessoal e profissional e, conseqüentemente para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Este percurso formativo também possibilitou a vivência de novas experiências, bem como o conhecimento de outras realidades da prestação de cuidados, o que contribuiu para a promoção de um maior pensamento crítico e reflexivo, permitindo de igual modo a aquisição de competências reflexivas essenciais ao desenvolvimento pessoal e profissional.

A realização dos diferentes contextos de estágios possibilitou-me conhecer a criança, o jovem e a sua família, nos diferentes contextos de doença/saúde, e intervir no âmbito dos três níveis de prevenção e, planear e prestar cuidados de enfermagem, mantendo, negociando e reestruturando cuidados culturais.

O desenvolvimento de atividades com vista à promoção de cuidados culturalmente competentes à criança, ao jovem e à família de origem africana foi uma preocupação constante ao longo do percurso de estágio e transversal a todos os contextos, de forma a prestar cuidados culturalmente sensíveis e competentes que contribuem para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança/jovem e família, nas várias situações em que se encontram. As diversas oportunidades de aprendizagem resultantes da prestação de cuidados e da partilha de experiências enriquecedoras que decorreram nos vários contextos de estágio contribuíram para o desenvolvimento da competência cultural e para a prestação de cuidados culturalmente competentes e, também, para sensibilizar os enfermeiros e outros profissionais de saúde, para a prestação de cuidados culturalmente competentes.

Durante este percurso, as dificuldades encontradas relacionam-se com poucos estudos de investigação no âmbito de cuidados culturalmente competentes, o que se considerou ser uma limitação na elaboração deste relatório, assim como os constrangimentos na vida académica, profissional e pessoal, decorrentes da do período pandémico e pós pandémico. Contudo, apesar

de ter feito este percurso em tempos conturbados, foi desafiante e, também, gratificante consciencializar-me da minha evolução enquanto futura EEESIP.

Como sugestão, considero que seria pertinente a realização de estudos científica sobre intervenções de enfermagem promotoras de cuidados culturalmente competentes, nos vários contextos de cuidados à criança, ao jovem e família.

Por fim, considero que a prática reflexiva realizada nos diferentes contextos de estágio, baseada na evidência científica, ao longo deste percurso formativo, foi um importante contributo para o desenvolvimento de competências de EE, e competências específicas de EEESIP, que serão mobilizados permanentemente na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família.

Este percurso representa apenas o início de uma nova caminhada de vida profissional, durante a qual a minha prática clínica será diferente da anterior, não só pelos conhecimentos que adquiri e consolidei, pelas experiências vivenciadas, pela reflexão que este percurso implicou, mas essencialmente pelo desenvolvimento de competências de EE e de EEESIP

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Askin, D. F., & Wilson, D. (2014). Recém-Nascido de Alto Risco e a Família. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e Adolescentes* (9nd ed., Vol. 1). Lusociência.
- Alcoforado, L., Fernandes, J. L., Gama, R., Barros, C., Frias, M., & Cordeiro, A. M. R. (2018). *A multiculturalidade na Europa: tendências, reflexões e desafios, a propósito da população escolar de um município da área metropolitana de Lisboa*. Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Associação Portuguesa de Pais e Doentes com Hemoglobinopatias [APPDH] (2022). Portal da Associação Portuguesa de Pais e Doentes com Hemoglobinopatias. Acedido a setembro 20, 2022 em <https://www.appdh.org.pt/>
- Amoran, O. E., Jimoh, A. B., Ojo, O., & Kuponiyi, T. (2017). Prevention practices influencing frequency of occurrence of vaso-occlusive crisis among sickle cell patients in Abeokuta South Local Government Area of Ogun State, Nigeria. *Revista BMC Hematologia*, 17(6), 1-7.
- Azevedo, L., Mota, L., & Machado, A. I. (2015). Ambiente de sono seguro no primeiro ano de vida. *Revista Nascer e Crescer*, 24(1), 18-23.
- Brito, L. E. F. (2016). *Competência cultural em saúde* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal]. Biblioteca digital da Universidade de Coimbra. <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/34031/1/Tese.pdf>
- Bryant, R. (2019). The Child with hematologic or immunologic dysfunction. In M. J. Hockenberry, C. C., Rodgers, & D. Wilson (Eds.), *Wong's, - Nursing care of infants and children* (11nd ed.). Elsevier.
- Borba, A. P., Santos, B. M., & Puggina, A. C. (2017). Barreiras de comunicação nas relações Enfermeiro-paciente: Revisão integrativa. *Revista Saúde*, 11(2), 48-61.
- Correia, F. (2018). *A doença falciforme em países da África subsaariana: revisão integrativa da literatura* [Dissertação de Mestrado, Instituto Integrado de Saúde, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, Brasil]. Biblioteca digital da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul <https://inisa.ufms.br/files/2019/04/A-DOEN%C3%87A-FALCIFORME-EM-PA%C3%8DSES-DA-%C3%81FRICA-SUBSAARIANA-revis%C3%A3o-integrativa-da-literatura.pdf>
- Coutinho, E., Amaral, S., Parreira, V., Chaves, C., Amaral, C., & Nelas, P. (2017). O Cuidado Cultural na Trajetória da enfermagem transcultural e competência cultural. *Revista Investigação Qualitativa em saúde*, 2, 1578-1587.

- Charepe, Z. (2020). A criança e o jovem com doença crônica ou incapacitante. In A. L. Ramos, & M. C. Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em saúde da Criança e do Jovem* (pp. 231-237). Lidel.
- Campelo, L. M. N., Oliveira, N. F., Magalhães, J. M., Julião, M. A. S., Amorim, F. C. M., & Coelho, M. C. V. S. (2018). A dor da criança com doença falciforme: abordagem do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3), 1463-1469.
- Costa, C. (2015). Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE (HFF): 20 anos de existência. *Revista Clínica do Hospital Pro. Dr. Fernando Fonseca*, 3(2), 40-43. <https://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/view/175/104>.
- Carvalho, C. L. A., Carlúcio, L. R., Vador, R. M. F. (2021). Enfermeiro e a UTINN: Dificuldade da Instabilidade hemodinâmica. *Revista Brazilian Journal of Development*, 7(6), 62399-62414.
- De, D., Blackmore, A., & Taylor, H. (2019). Enchancing the care of patients with sickle cell disease. *Revista Nursing Standard*, 34(10), 29-34.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Revista Pensar Enfermagem*, 20(2), 26-47.
- Diogo, P., & Martinho, L. (2020). Gestão recíproca das emoções e da informação no cuidados à criança e família: Proposta de um algoritmo de atuação em enfermagem. *Revista Pensar Enfermagem*, 24(1), 7-14.
- Dal'Basco, E. B., Barancelli, M. D. C., Gobatto, M., & Schmidt, C. L. (2019). Humanização hospitalar na pediatria: Projeto "Enfermeiros Da Alegria". *Revista de Enfermagem UFPE*, 13(4), 1173-1178.
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. DGS.
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2013). *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil*. DGS.
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2019). *Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos*. DGS.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa [ESEL] (2021). *Regulamento Geral de Funcionamento dos Ciclos de Estudos Conducentes ao Grau de Mestre e de Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem*. ESEL.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa [ESEL] (2021/2022). *Documento Orientador Unidade Curricular Estágio com Relatório. 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria*. ESEL.
- Euro Dicas (2022). *Como morar em Portugal 2022: Guia completo e Atualizado*. Acedido a outubro 16, 2022 em <https://www.eurodicas.com.br/>

- Escobar, C., Moniz, M., Mascarenha, I., Silvestre, C., Nunes, P., Abadesso, C., Ferreira, T., Loureiro, H., Barra, A., Dias, A., & Almeida, H. I. (2015). Transfusão permutada parcial no tratamento das complicações agudas na Drepanocitose. *Revista Acta Pediátrica Portuguesa*, 46, 205-210. <https://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/1577/1/Acta%20Pediatr%20Port%202015%2c%2046%2c%20p%20205-10.pdf>
- Fonseca, S. A., Silveira, A. O., Franzoi, M. A. H., & Motta, E. (2020). Cuidado centrado na família na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN): experiências de enfermeiras. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 9(2), 170-190. <https://doi.org/10.22235/ech.v9i2.1908>
- Fernandes, A. S., & Nascimento, A. (2018). O “Direito à cidade” nos PALOP: Quatro décadas de expansão urbana, de políticas e de mudanças sociais. Notas para uma investigação. *Revista Cadernos de Estudos Africanos*, 3, 109-132.
- George, J. B. (2000). *Teorias de Enfermagem - Os fundamentos à prática profissional* (4ª ed.). Artmed Editora.
- Gebrie, A., & Alebel, A. (2020). A systematic review and meta-analysis of the prevalence and predictors of anemia among children in Ethiopia. *Revista Ciências da Saúde Africanas*, 20(4), 2007-2011.
- Governo de Portugal (2006). Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho. Diário da República, I Série-A, N.º 109, 3836-3865. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Decreto-Lei_101_2006-1.pdf.
- Hockenberry, M. J. (2019). Perspectives of Pediatric Nursing. In M. J. Hockenberry, C. C. Rodgers, & D. Wilson (Eds.), *Wong's - Nursing care of infants and children* (11nd ed.). Elsevier.
- Instituto de Apoio à Criança [IAC] (2009). *Carta da Criança Hospitalizado* (4ª ed.). IAC – Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança.
- Loiola, K. J., Fontazeni, C. T. B., Pequeno, A. M. C., & Negreiros, F. D. S. (2017). Anemia falciforme: Conhecimento do enfermeiro sobre o desenvolvimento da doença. *Revista Cadernos ESP, Ceará*, 11(1), 18-28.
- Lima, M. R. A., Nunes, M. L. A., Kluppel, B. L. P., Medeiros, S. M., & Sá, L. D. (2016). Atuação de enfermeiros sobre práticas de cuidados afrodescendentes e indígenas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5), 840-846.
- Leininger, M. F. (1995). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practices*. (2nd ed.). McGraw-Hill.

- Leininger, M. F. (2006). Culture care, Diversity and Universality –Culture care diversity and universality theory and evolution of the ethnonursing method. In M. M. Leininger, & M. R. McFarland (Eds.), *Culture care, Diversity and Universality – A worldwide nursing theory* (2nd ed.). Jones and Bartlett publishers.
- Lei n. °101/2006 (2006). A rede Nacional de Cuidados Integrados, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da solidariedade social. Aprovado pelo Decreto-Lei n. ° 101/2006 de 6 de junho. Assembleia da República. Diário da República, Série (I-A de 2006-06-06), pp. 3856-3865. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>.
- Moura, O. (2022). Portal da Hiperatividade/Défice de Atenção. Acedido a janeiro 24, 2022 em <https://hiperatividade.com.pt>
- Mendes, A. (2018). A interação Enfermeiro- família na experiência vivida de doença crítica: O cuidados centrado na família. *Revista Investigação Qualitativa na Saúde*, 2, 203-212.
- Mendes, A., Lusquinos, A., & Bento, M. (2019). O Cuidado-centrado na Família da pessoa em situação Crítica na Unidade de Cuidados Intensivos: Revisão integrative da literatura. *Revista Investigação qualitative*, 2, 1685-1694.
- Merck, T., & McElfresh, P. B. (2019). Family – Centered Care of the child during illness and hospitalization. In M. J. Hockenberry, C.C, Rodgers, & D. Wilson (Eds.), *Wong's - Nursing care of infants and children* (11nd ed.). Elsevier.
- Moita, M. A. G., & Silva, A. L. (2016). Modelos de Competência Cultural: Uma análise crítica. *Revista Pensar Enfermagem*, 20(2), 72-88.
- Moura, D. G., & Barbosa, E. F. (2017). *Trabalhando com projetos – Planejamento e gestão de projetos educacionais*. Vozes.
- Ministério da Saúde (2016). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência de Hematologia Clínica*. Ministério da Saúde. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Hematologia_Clinica_2013.pdf.
- Mufato, L. F., & Gaíva, M. A. M. (2022). Empatia de enfermeiros com recém-nascidos hospitalizados em unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*, 35, 1-10.
- Maki, M. T., Orsi, K. C. S. C., Tsunemi, M. H., Hallinam, M. P., Pinheiro, E. M., & Avelar, A. F. M. (2017). O efeito da manipulação sobre o sono de recém-nascido prematuro. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*, 30(5), 489-496.
- Moraes, E. L. L., & Freire, M. H. S. (2018). Procedimentos dolorosos, estressantes e analgesia em neonatos na visão dos profissionais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(3), 177-184.

- McFlander, M. R. (2018). Transcultural Nursing: History, focus, and future directions. In M. R. McFlander, & H. B. Wehbe-Alamah (Eds.), *Leininger's Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practice* (4nd ed.). McGraw Hill.
- Nascimento, W. S. M., Silva, L. C. C., Dias, M. A. S., Brito, M. C. C., & Neto, J. G. O. (2017). Cuidado da equipa de enfermagem na emergência pediátrica: Revisão Integrativa. *Revista SANARE, Sobral, 16*, 90-99.
- Ofakunrim, A., Oguche, S., Adekola, K., Okpe, E., Afolaranmi, T., Diaku-Akinwumi, J., Zoakah, A., & Sagay, A. S. (2020). Effectiveness and safety of hydroxyurea in the treatment of sickle cell anaemia children in Jos, North Central Nigeria. *Revista de Pediatria Tropical, 66*, 290-298.
- Oliveira, P. P., Gesteira, E. C. R., Rodarte, A. C., Costa, M. A., Amaral, J. L., & Santos, W. J. (2018). The families assessment children with sickle Cell Disease. *Revista Investigação Enfermagem, 20*(2), 1-11.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010). *Guia orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediatria*. OE.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011). *Regulamento do Perfil das Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. OE.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. OE. Acedido a outubro 23, 2022 em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. OE. Acedido a outubro 23, 2022 em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2020). *Dia Internacional da Sensibilização para o Método Canguru*. OE. Acedido a dezembro 03, 2021 em <https://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/conteudos/dia-internacional-da-sensibiliza%C3%A7%C3%A3o-para-o-m%C3%A9todo-canguru/>
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2018). *Noncommunicable Diseases Country Profiles*. OMS.
- Purnell, L., & Paulanka, B. J. (2010). *Cuidados de saúde Transculturais – Uma abordagem culturalmente competente* (3rd ed.). Lusodidacta.
- Pandarakutty, S., Murali, K., Aruappan, J., & Sabei, S. D. (2020). Health-related quality of life of children and adolescents with sickle cell disease in the Middle East and North Africa Region: A systematic review. *Sultan Qaboos University Medical Journal, 20*(4), 286-289. <https://doi.org/10.18295/squmj.2020.20.04.002>

- Peixoto, N. M. S. M., & Peixoto, T. A. S. M. (2016). Prática reflexiva em estudante de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência, IV*(11), 121-132.
- Pires, C. G., Silva, C. B., Mello, D. B., & Pinto, J. N. (2019). Intervenções não farmacológicas no control da do rem cuidados intensivos neonatais. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano, 7*(2), 63-76.
- Queirós, C., & Fernandes, O. (2021). *Desenvolvimento profissional contínuo no Contexto da enfermagem gerontogerátrica*. In M. L. F. Almeida, J. P. A. Tavares, & J. S. S. Ferreira (Coords.), *Competências em Enfermagem Gerontogerátrica: Uma Exigência para a Qualidade do Cuidado*. Série Monográfica de Educação e Investigação em Saúde (pp. 155-164). Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido a novembro 16, 2022 em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/38026/1/Compet%C3%Aancia%20em%20Enfermagem%20Gerontoger%C3%A1trica_cap.8.pdf
- Ramos, M. C., Ramos, M. N. P., & Dias, M. J. S. (2019, agosto 20-23). *Migrações e relações do gênero em tempo de Barbárie*. IX Jornada Internacional de Políticas Públicas, Universidade Federal do Maranhão. Acedido a outubro 09, 2022 em http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2019/images/trabalhos/trabalho_submissao_Id_1724_17245cda354d1da53.pdf.
- Rios, J., Lazzarini, M., & Jr., V.S. (2017). Cultura e diversidade. Acedido a janeiro 06, 2022 em https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=cGkvDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=cultura&ots=bAE-c45MUH&sig=eKz5otMiOefLJd24tqodq4FypTo&redir_esc=y#v=onepage&q=cultura&f=false
- Rodrigues, J. I. P. (2019). *Crianças com doença crónica. O papel da família e dos profissionais na coprodução de cuidados* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal]. Biblioteca digital da Universidade de Coimbra. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/89751>
- Sinkala, D., Flamengo, L. C., Silwinsa, F., & Jacobsen K. H. (2018). Acesso a serviços de saúde para crianças pequenas com anemia falciforme no distrito de Chilubi da Zâmbia. *Revista Médica da Zâmbia, 45*(3), 133-137.
- Sacramento, S. C., Ferrão, M. A., Camargo, C. L., Ramos, M. N. P., Moraes, M. C. L., & Martins, L. A. (2020). Percepção de imigrantes africanos sobre o atendimento nos serviços de saúde de Portugal. *Revista Baiana de Enfermagem, 34*(35), 1-10.
- Santos, G. S., Tavares, C. M. M., Queiroz, A. B. A., Almeida, I. S., Pereira, C. S. F., & Ferreira, R. E. (2017). Mídia virtual como apoio aos adolescentes com doença crónica que buscam informação em saúde. *Revista Avances en Enfermería, 35*(2), 123-132.

- Santos, V. B., Sousa, B. V. N., Pereira, B. G. A., Mendes, B. Z., & Reis, F. C. G. P. (2021). Barreiras de comunicação enfrentadas pelos profissionais de saúde no atendimento a covid 19: Revisão integrative. *Revista Saúde e Tecnologia Educacionais*, 3(4), 153-167.
- Santos, J. O., & Barreira, M. I. J. S. (2019). Competência em informação: O bibliotecário e o processo de definição das necessidades informacionais. *Biblios*, (74). <https://doi.org/10.5195/biblios.2019.387>
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras [SEF] (2018). *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo*. SEF. Acedido a junho 27, 2022 em <https://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa2018.pdf>.
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras [SEF] (2019). *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo*. SEF. Acedido a junho 27, 2022 em <https://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa2019.pdf>
- Franklin, Q., & Mooney-Doyle, K. (2019). Social, cultural, religious, and family influences on child health promotion. In M. J. Hockenberry, C.C. Rodgers, & D. Wilson (Eds.), *Wong's - Nursing care of infants and children* (11nd ed). Elsevier.
- Vacca, V. M., & Blank, L. (2017). Sickle cell disease: where are we now? *Revista Enfermagem*. 47(4), 26-34.
- Treviso, P., Peres, S. C., Silva, AD., & Santos, A. A. (2017). Competências do Enfermeiro na gestão do cuidados. *Revista de Administração em Saúde*, 17(69). <https://www.cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/59/78>.
- Wilkins, C. H., Williams, M., Kaur, K., & DeBaun, M. R. (2021) Academic Medicine's journey toward racial equity must be grounded in history: Recommendations for becoming na antiracist academic medical center. *Revista Acadêmica*, 96(11), 1507- 1512.
- Wheeler, B. J. (2019). Health promotion of the newborn and family. In M. J. Hockenberry, C. C. Rodgers, & D. Wilson (Eds.), *Wong's - Nursing care of infants and children* (11nd ed.). Elsevier.

APÉNDICES

Apêndice I – Locais de estágios

Ano	2021												2022								
	Out.			Nov.			Dez.			Jan.			Fev.								
	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24	31	7	14	21	
Mês	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	6	13	20	27	
Dias	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	FÉRIAS DE NATAL										
Semanas													11	12	13	14	15	16	17	18	
Unidade Proclamação																					
UCIENP																					
Proclamação Médica piso 6																					
Consulta de Desenvolvimento																					
UCSP																					
Elaboração do relatório de estágio																					

Apêndice II – Guia Orientador



**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório
Ano letivo 2021/2022
2º Ano, 3.º Semestre

Guia Orientador das Atividades de Estágio

Discente: Nysioline Sá
Docente Orientador: Prof.^a Cristina Jeremias



**Lisboa
outubro 2021**

LISTA DE SIGLAS

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Título: Criança e jovem de Origem Africana com anemia falciforme: Cuidado culturalmente competente.

Data do início: O presente Projeto de Estágio terá início a 11 de outubro de 2021.

Duração: O projeto terá duração de 18 semanas, com início a 11 de outubro de 2021 e termina 25 de fevereiro de 2022, com duas semanas de pausa letiva referente ao período de 20 de dezembro 2021 a 02 de janeiro de 2022.

Palavras-chave: Criança; Jovem; Enfermagem transcultural; Doença crónica; Anemia falciforme.

2. NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, foi-me proposto a elaboração de um guia orientador das atividades de Estágio, com o objetivo de expor de forma concisa e clara o projeto de estágio desenvolvido, assim como servir de orientação as atividades a desenvolver nos diferentes contextos de estágios, de modo a contribuir para a aquisição e desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE), e de competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP).

Assim sendo, o meu projeto designa-se por **“Criança e Jovem de Origem Africana com Anemia Falciforme- Cuidado Culturalmente Competente”**. Esta temática surgiu do contexto da minha prática clínica, como enfermeira no Serviço de Pediatria Médica [REDACTED] da qual faz parte a Unidade de Hematologia Pediátrica. no decorrer desta experiência profissional, pude constatar que a generalidade das crianças e jovens seguidos nesta unidade são maioritariamente de origem africana, e apresentam patologia de anemia falciforme. De acordo com a Base de dados do Serviço de Hematologia (junho, 2011), verifica-se um total de 91 crianças/jovens com seguimento devido a doenças de furo hematológicos, em que 71 dessas crianças/jovens têm diagnóstico de anemia falciforme.

Surgiu, assim, o interesse em desenvolver competências para o cuidado de enfermagem culturalmente competente, à criança e jovem que padecem de anemia falciforme de forma a melhorar a qualidade de cuidados prestados ao cliente pediátrico.

Foram definidos como objetivos gerais e específicos:

Objetivo Geral 1 – Desenvolver competências comuns e específicas de EEESIP nos processos de saúde/doenças nos diferentes estádios de desenvolvimento da criança/jovem e família, nos diversos contextos pediátricos.

- Conhecer a cultura organizacional, a filosofia de cuidados e a prática diferenciada de cuidados do EEESIP nos diferentes contextos de saúde;

- Desenvolver competências no âmbito do processo do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem e família;
- Desenvolver competências no âmbito das doenças comuns e situações de risco que possam afetar crianças/jovem e família;
- Desenvolver competências de comunicação adequada ao estágio de desenvolvimento e a cultura da criança/jovem e família;
- Prestar cuidados à criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.

Objetivo Geral 2 – Desenvolver competências para a prestação de cuidados culturalmente competentes e sensíveis à criança e jovem de origem africana, com anemia falciforme, nos diferentes contextos pediátricos.

- Identificar os fatores que influenciam os cuidados de saúde da criança e jovem de origem africana, com anemia falciforme;
- Implementar estratégias de intervenção ao nível da promoção da qualidade de vida da criança e jovem de origem africana, com anemia falciforme.

3. OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER

Tabela 1

Objetivo Geral 1: Desenvolver competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica nos processos de saúde/doenças nos diferentes estádios de desenvolvimento da criança/jovem e família, nos diversos contextos pediátricos.

Objetivos específicos: Conhecer a cultura organizacional, a filosofia de cuidados e a prática diferenciada de cuidados do EEESIP nos diferentes contextos de saúde.			
Atividades	Contexto / Data	Recursos	Indicadores de avaliação
<ul style="list-style-type: none"> Realização de reunião com Enfermeiro Orientador Clínico para conhecer a área de abrangência dos contextos clínicos, a caracterização da sua população e a intervenção do EEESIP; Apresentação do Projeto de Estágio ao Enfermeiro Orientador Clínico. Consulta dos protocolos, normas, procedimentos e projetos de cada contexto de estágio; Elaboração de um documento acerca das competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas de EEESIP desenvolvidas em cada contexto. 	<p>Transversal a todos os contextos de Estágio</p> <p>11/10/2021 a 25/02/2022</p>	<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> Livros técnicos; Legislação; Normas e procedimentos do Serviço. <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Enfermeiro Orientador Clínico 	<p>C2.2.1 – Reconhece os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa.</p> <p>C2.1.6 – Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade.</p>
Competências: C – Domínio da Gestão dos cuidados.			

Tabela 2

Objetivo Geral 1: Desenvolver competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica nos processos de saúde/doenças nos diferentes estádios de desenvolvimento da criança/jovem e família, nos diversos contextos pediátricos.

Objetivos específicos: Desenvolver competências no âmbito das doenças comuns e situações de risco que possam afetar criança e família.		Indicadores de avaliação
Atividades	Contexto / Data	Recursos
<ul style="list-style-type: none"> • Aprofundamento de conhecimentos acerca das doenças comuns em cada estágio do desenvolvimento, as principais causas de instabilidade nas crianças/jovens; • Observação do circuito da criança, adolescente e da família nos diferentes contextos; • Consulta de normas, protocolos e guidelines existentes nos serviços; • Observação participativa nos cuidados prestados no âmbito de urgência e emergência. • Observação participativa nos cuidados prestados a criança/adolescentes. 	<p>Urgência Pediátrica; UCIENP; Internamento Pediátrico. 11/10/2021 16/01/2022</p>	<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Livros técnicos; • Internet; • Base de dados; • Computadores; <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientador Clínico; • Crianças e pais. <p>E1.2.1 – Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas; E1.2.2 – Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais; E2.2.2 – Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor; E2.2.3 – Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.</p>
Competências: E1.2 – Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem; E2.2 – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.		

Tabela 3

Objetivo Geral 2: Desenvolver competências para a prestação de cuidados culturalmente competentes e sensíveis à criança, jovem e família de origem africana, com anemia falciforme, nos diferentes contextos pediátricos.

Objetivos específicos: Desenvolver competências no âmbito do processo do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem e família.			
Atividades	Contexto / Data	Recursos	Indicadores de avaliação:
<ul style="list-style-type: none"> Aprofundamento de conhecimento sobre o processo de crescimento e desenvolvimento da criança e dos adolescentes; Aprofundamento de conhecimento acerca de instrumentos de avaliação; Pesquisa bibliográfica acerca das consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil; Observação participativa nas consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil; Aplicação de instrumentos de avaliação do desenvolvimento e crescimento infantil; Participação na avaliação do desenvolvimento e crescimento infantil; Orientação aos pais acerca das medidas promotoras do desenvolvimento infantil; Envolver os pais nos cuidados prestados. 	<p>Transversal a todos os contextos</p> <p>11/10/2021 a 25/02/2022</p>	<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> Livros técnicos; Base de dados. <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Enfermeiro Orientador Clínico; Equipa de Enfermagem; Crianças e pais. 	<p>E1.1.1. Negocia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao estar-bem;</p> <p>E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis;</p> <p>E3.1.1 Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento; E3.1.2. Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem; E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil.</p>
<p>Competências: Competências: E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem; E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem; E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.</p>			

Tabela 4

Objetivo Geral 1: Desenvolver competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica nos processos de saúde/doenças nos diferentes estádios de desenvolvimento da criança/jovem e família, nos diversos contextos pediátricos.

Objetivos específicos: Desenvolver competências de comunicação adequada ao estágio de desenvolvimento e a cultura da criança e família.			
Atividades	Contexto / Data	Recursos	Indicadores de avaliação:
<ul style="list-style-type: none">• Aprofundamento de conhecimentos sobre princípios, técnicas e estratégias de comunicação com a criança/adolescentes em cada estágio de desenvolvimento;• Observação das diferentes técnicas e estratégias de comunicação utilizadas pelo enfermeiro orientador com a criança/adolescente e família;• Utilização de técnicas e estratégias de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis;• Mobilização do brincar terapêutico adequado ao estágio de desenvolvimento da criança/adolescente, de forma a facilitar a comunicação.	Transversal a todos os contextos de Estágio 11/10/2021 a 25/02/2022	Material: <ul style="list-style-type: none">• Internet;• Livros técnicos;• Base de dados. Humanos: <ul style="list-style-type: none">• Enfermeiro Orientador Clínico;• Crianças e pais.	E.1.1.2 – Comunica com a criança/jovem e família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis; E3.3.1 – Demonstra conhecimento aprofundado sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família; E3.3.2 – Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura; E3.3.3 – Demonstra habilidades de adaptação de comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.
Competências: E1.1 – Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem; E3.3 – Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.			

Tabela 5

Objetivo Geral 2: Desenvolver competências para a prestação de cuidados culturalmente competentes e sensíveis à criança, jovem e família de origem africana, com anemia falciforme, nos diferentes contextos pediátricos.

Objetivos específicos: Identifica os fatores que influenciam os cuidados de saúde da criança e família de origem africana, com anemia falciforme.			
Atividades	Contexto / Data	Recursos	Indicadores de avaliação:
<ul style="list-style-type: none">• Aprofundamento de conhecimentos sobre: os fatores culturais de origem africana que influenciam os cuidados à criança, adolescente e família com anemia falciforme;• Identificar de que forma o Enfermeiro inclui os elementos culturais nos cuidados prestados;• Realizar uma reflexão acerca dos fatores culturais descritos pela literatura e os fatores identificados na prática dos cuidados nos diferentes contextos de estágios.	Transversal a todos os contextos 11/10/2021 á 25/02/2022	Material: <ul style="list-style-type: none">• Livros técnicos;• Base de dados. Humanos: <ul style="list-style-type: none">• Enfermeiro Orientador Clínico;• Equipa de Enfermagem;• Crianças e pais.	E1.2.7 – Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde.
Competências: E1.2 – Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.			

Tabela 6

Objetivo Geral 2: Desenvolver competências para a prestação de cuidados culturalmente competentes e sensíveis à criança, jovem e família de origem africana, com anemia falciforme, nos diferentes contextos pediátricos.

Atividades	Contexto / Data	Recursos	Indicadores de avaliação:
<ul style="list-style-type: none">• Observação e identificação das estratégias de intervenção ao nível da promoção da qualidade de vida utilizadas pelo Enfermeiro Orientador Clínico;• Observação participativa nas atividades desenvolvidas na promoção de vida da criança, adolescente e família de origem africana com anemia falciforme;• Elaboração de um trabalho (folheto informativo, panfleto, poster, atividade com as crianças, adolescentes) de acordo com a necessidade do contexto de estágio sobre promoção da qualidade de vida da criança, adolescente e família de origem africana, com anemia falciforme.	Transversal a todos os contextos 11/10/2021 a 25/02/2022	Materiais: <ul style="list-style-type: none">• Livros técnicos;• Internet;• Base de dados. Humanos: <ul style="list-style-type: none">• Enfermeiro Orientador Clínico;• Equipa de enfermagem;• Crianças e pais.	E1.2.7 – Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde; E2.5.1 – Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem.
Competências: E2.5 – Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade; E1.2 – Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.			

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Correia, F. (2018). A doença falciforme em países da África subsaariana: revisão integrativa da literatura: Tese de Mestrado. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Brasil. Acedido a junho 28, 2021, em <https://inisa.ufms.br/files/2019/04/A-DOEN%C3%87A-FALCIFORME-EM-PA%C3%8DSES-DA-%C3%81FRICA-SUBSAARIANA-revis%C3%A3o-integrativa-da-literatura.pdf>
- Charepe, Z. (2020). A criança e o jovem com doença crónica ou incapacitante. In A. L. Ramos e M. C. Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em saúde da Criança e do Jovem* (pp. 231-237). Lidel.
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida*. (2nd ed.). Lusociência.
- Henriques, M. A. (2012). *A Imigração PALOP em Portugal. O caso dos doentes evacuados* (Dissertação de Mestrado). Fórum sociológico, Lisboa, Portugal.
- Hockenberry, M. J., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9nd ed., Vol.1). Lusociência.
- Institute for Patient – and Family- Centered Care. (2012). Patient- and Family-Centered Care: Partnerships for Quality and Safety. Acedido a setembro 03, 2021 em <https://www.ipfcc.org/about/pfcc.html>
- Leininger, M. F. (1995). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practices* (2nd ed.). McGraw-Hill.
- McElfresh, P. B., & Merck, T. T. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença crónica ou incapacidade. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9nd ed., Vol.1, pp. 897-930). Lusociência.
- Mateus, C., Oliveira, E., Marante, S., Capucho, S., Ladeira, S., Cordeiro, R., & Calha, A. (2020). Transculturalidade, uma realidade nos cuidados de saúde. *Revista Saúde & Sociedade*. 29-35. https://www.researchgate.net/publication/340819336_TRANSULTURALIDADE_UMA_REALIDADE_NOS_CUIDADOS_DE_SAUDE

**Apêndice III – Projeto poster sobre
Maus tratos na infância**



**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Ano letivo 2021/2022

2º Ano, 3.º Semestre

Projeto de poster – Maus-tratos à criança e jovem

Discente: Nysioline Sá, n.º10495

Docente orientadora: Prof.ª Cristina Jeremias

**Lisboa
outubro 2021**

LISTA DE SIGLAS

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

CPCJ – Comissões de Protecção de Crianças e Jovens

DGS – Direcção-Geral da Saúde

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

NHACJR – Núcleo Hospitalar de Apoio a Criança e Jovem em Risco

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	4
1. PERTINÊNCIA.....	5
2. FINALIDADE E OBJETIVOS.....	5
3. POPULAÇÃO-ALVO	5
4. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA	5
4.1.1. Maus-tratos Físicos	6
4.1.2. Maus-tratos Psicológicos/Emocionais.....	7
4.1.3. Abuso Sexual.....	7
4.1.4. Negligência.....	7
4.1.5. Síndrome de Munchausen por procuração	8
4.1.6. Consequências dos maus-tratos na vida das crianças e dos jovens.....	8
5. RECURSOS	9
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	9
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	11
ANEXO - SINAIS, SINTOMAS E INDICADORES DE MAUS-TRATOS	13

INTRODUÇÃO

A elaboração deste projeto de poster, insere-se no Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, no contexto do Estágio de Urgência Pediátrica da Unidade Curricular Estágio com Relatório, tendo como temática os maus-tratos em crianças e jovens.

A abordagem da referida temática justifica-se pela necessidade de sensibilizar os pais/cuidadores principais face à importância da prevenção e intervenção nos maus-tratos infantis e juvenis. Estima-se que em 2017 cerca de 40 mil crianças foram vítimas de maus-tratos de diferentes tipologias (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2020). Os maus-tratos em crianças e jovens constituem um problema de saúde pública a nível mundial (Direção-Geral de Saúde [DGS], 2011). Apesar da sua elevada prevalência, os maus-tratos, a indivíduos destes grupos etários tem diminuído gradualmente, devido a estratégias, implementadas pela OMS, baseadas na Convenção sobre os Direitos da Criança, de que todas as crianças têm o direito de estar a salvo de qualquer forma de violência (Assembleia Geral das Nações Unidas, 1990).

Enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), torna-se fundamental estar alerta para situações de riscos ou funcionamento familiar desadequado que possam comprometer o bem-estar da criança ou do jovem. De acordo com o Regulamento de Competência Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018), faz parte da competência do enfermeiro especialista diagnosticar e intervir precocemente nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.

Assim sendo, o objetivo do trabalho consiste em sensibilizar os pais/cuidadores principais e os profissionais de saúde sobre a prevenção e intervenção nos maus-tratos, através da realização de dois posters que serão afixados no Núcleo Hospitalar de Apoio a Criança e Jovem em Risco (NHACJR) do Centro Hospitalar, e na sala de espera do serviço de urgência pediátrica.

Para a elaboração dos posters, recorreu-se a pesquisa bibliográfica, consulta de livros técnicos e realização de formação sobre os maus-tratos em crianças e jovens, lecionado pelo NHACJR do Centro Hospitalar.

1. PERTINÊNCIA

A pertinência deste trabalho prende-se assim, com a necessidade de sensibilizar os pais/cuidadores principais sobre o fenómeno dos maus-tratos a crianças e jovens, cuja maioria dos casos ocorre no seio da própria família de origem, principalmente, pelas pessoas que exercem funções de prestação de cuidados (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV], 2011). Visto tratar-se de um problema de saúde pública a nível mundial (DGS, 2011), que provoca um impacto negativo, não só na infância, mas também na vida adulta da vítima, torna-se essencial abordar esta temática e sensibilizar sobre a sua ocorrência e as suas consequências, de forma a contribuir para a redução da sua incidência.

2. FINALIDADE E OBJETIVOS

Este trabalho tem como finalidade, contribuir para a prevenção dos maus-tratos infantis e juvenis; e como objetivo, sensibilizar os pais/cuidadores principais das crianças/jovens e os profissionais de saúde sobre o seu papel na prevenção e intervenção nos maus-tratos a crianças e jovens.

3. POPULAÇÃO-ALVO

A população-alvo são os pais/cuidadores principais e os profissionais de saúde.

4. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

De acordo com Dantas (2020), apesar dos maus-tratos não constituírem um problema recente, este fenómeno tem vindo a ganhar destaque nos últimos anos e ainda se encontra bastante presente nos dias de hoje.

A DGS (2011) considera os maus-tratos a crianças e jovens como um problema de saúde pública a nível mundial, uma vez que em que todos os anos, milhões de crianças em todo o mundo são vítimas e testemunhas de alguma forma de violência (OMS, 2016). Duarte (2018) afirma que esta problemática é multidisciplinar e relaciona-se com diversos fatores, sendo que para a sua minimização é necessário o envolvimento de toda a comunidade. Deste modo, a DGS (2011, p.7) define os maus-tratos como qualquer ação

ou omissão não acidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima.

Os maus-tratos a crianças e jovens podem ser manifestados de várias formas e caracterizados como ativos ou passivos (Figura 1). A forma ativa caracteriza-se por comportamentos e discursos que envolvam o uso da força física, sexual ou psicológica, em que existe intenção de causar danos à criança e ao jovem. Na categoria dos maus-tratos ativos encontram-se os maus-tratos físicos, psicológicos, o Síndrome de Munchausen por procuração e sexuais. Por maus-tratos passivos entende-se por incapacidade dos pais/cuidadores principais prestarem cuidados essenciais para o desenvolvimento e bem-estar da criança e do jovem, sendo que nesta categoria insere-se a negligência (DGS, 2011).

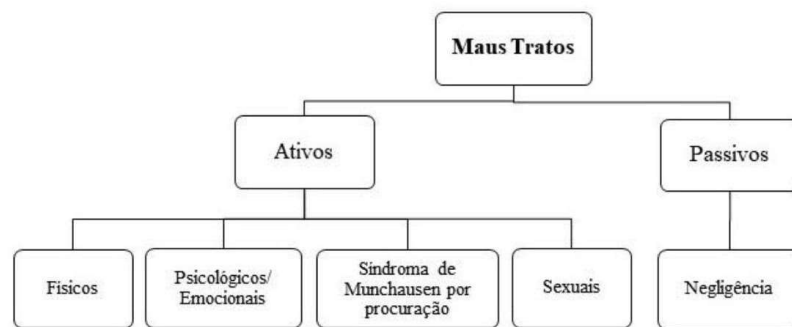


Figura 1 – Tipologia dos maus-tratos (DGS, 2011).

4.1.1. Maus-tratos Físicos

Os maus-tratos físicos compreendem todas as agressões físicas não acidentais provocadas à criança ou ao jovem, de forma isolada ou repetida por parte de um ou ambos os pais ou cuidadores, as quais podem vir a provocar dano físico e comprometer o desenvolvimento da criança ou do jovem (DGS, 2011; Duarte 2018). Este tipo de maus-tratos engloba situações traumáticas, como castigos corporais, o bater, provocar queimaduras, asfixiar, afogar ou obrigar a criança ou jovem a realizar trabalhos pesados e inadequados à sua idade (APAV, 2011; Duarte, 2018). A sua identificação é mais fácil devida as marcas corporais causadas.

4.1.2. Maus-tratos Psicológicos/Emocionais

De acordo com a maioria dos autores (Dantas, 2020; DGS, 2011), este é o tipo de maus-tratos mais comum e difícil de identificar. Os maus-tratos psicológicos/emocionais caracterizam-se pela ausência de afeto, indispensável ao crescimento, desenvolvimento e competências de comportamento, equilibrados da criança/jovem (DGS, 2011). Pode ser manifestado através de ameaças, palavras humilhantes, que desvalorizam, ridiculizam ou discriminem a criança e ou jovem (APAV, 2011).

4.1.3. Abuso Sexual

O abuso sexual refere-se ao envolvimento da criança ou do jovem em práticas que se destinam à satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha (DGS, 2011). Baseia-se numa relação de autoridade e poder sobre a criança/jovem, em que este não consegue compreender e nem está preparado para tais práticas, devido o seu estágio de desenvolvimento, além de que a criança ou jovem é incapaz de dar o seu consentimento livre e esclarecido (Duarte, 2018).

Este tipo de abuso pode ocorrer dentro ou fora do contexto familiar, sendo que, o primeiro é o mais frequente ao longo da infância e é forma de maus-tratos mais fácil de ser identificada dadas as poucas evidências. Na maioria dos casos, o abusador é do sexo masculino e trata-se de uma pessoa conhecida da criança ou do jovem (Duarte, 2018).

4.1.4. Negligência

Esta forma de maus-tratos traduz-se pela incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem a satisfação de necessidades básicas de higiene, alimentação, afeto, educação e saúde, indispensáveis para o seu crescimento e desenvolvimento adequado (DGS, 2011). Pode ser de carácter voluntário ou involuntário; voluntário quando existe a intenção de causar dano, e involuntário quando os pais ou cuidadores principais não possuem competências para assegurar tais necessidades básicas, podendo desta forma não promover um desenvolvimento adequado à idade.

Segundo Duarte (2018), este tipo de maus-tratos é responsável por mais de 50% dos casos anuais e é o mais referenciado às Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ).

4.1.5. Síndrome de Munchausen por procuração

A síndrome de Munchausen por procuração caracteriza-se pela atribuição ou fingimento de sintomas ou sinais de doença numa criança, com o objetivo de convencer a equipa clínica da existência de uma doença, submetendo a criança a diversos procedimentos de diagnóstico. Normalmente, esta tipologia de maus-tratos é realizada por parte de um membro da família ou cuidador (DGS, 2011). É considerada uma forma rara de maus-tratos, em que existe dificuldade na sua identificação (APAV, 2011).

As diferentes formas de maus-tratos podem ser classificadas em diferentes níveis de gravidade, consoante o impacto que causam.

4.1.6. Consequências dos maus-tratos na vida das crianças e dos jovens

Estudos têm demonstrado que a violência contra as crianças e os jovens é prejudicial, em diversos aspetos para o seu desenvolvimento e funcionamento, podendo causar impactos negativos na personalidade dos indivíduos enquanto adultos (DGS, 2011).

As crianças e os jovens expostos à violência têm maior probabilidade de sofrerem diversos problemas emocionais e sociais em relação às que nunca foram expostas a qualquer tipo de atos violentos (Duarte, 2018). O mesmo é corroborado pela OMS (2003), quando refere que os maus-tratos na infância constituem um grave problema de saúde pública e social com consequências a longo prazo para a saúde (mental e física) e para o desenvolvimento da sociedade. A ocorrência de maus-tratos durante o período da infância tem consequências que se manifestam em diversos níveis no desenvolvimento das crianças e dos jovens. A sua gravidade a longo prazo depende de vários fatores, como por exemplo: o tipo e a duração dos maus-tratos, o grau de violência ou negligência, a idade em que ocorrem, o estágio de desenvolvimento em que a criança se encontra e o grau de parentesco/relacionamento entre a criança e o agressor (APAV, 2011). Segundo Dantas (2020), os maus-tratos que ocorrem no seio familiar são os que apresentam piores consequências para as crianças, uma vez que existe uma quebra de confiança e uma perda de segurança em casa.

De acordo com Pereira (2017), os diferentes tipos de maus-tratos têm consequências distintas nos indivíduos. No que se refere ao abuso sexual, as consequências associadas a este tipo de maus-tratos são: ansiedade, autoestima baixa, medo, irritabilidade, mau desempenho escolar, abandono escolar, enurese, perturbação

do sono e aumento do interesse e comportamento sexual inapropriado. É considerado um dos tipos de maus-tratos mais frequentes (Florentino, 2015).

Quanto aos maus-tratos físicos, uma criança que está sujeita a este tipo de maus-tratos pode apresentar ansiedade, depressão e problemas de saúde mental relacionados com comportamentos de suicídio, automutilação, e são crianças que apresentam uma maior prevalência para comportamentos de risco (uso de drogas e álcool), e têm tendência para reproduzirem violência com os seus pares, como prática de *bullying*, ou nas suas relações amorosas (Pereira, 2017).

Para Duarte (2018), crianças e jovens que são maltratados a nível psicológico ou emocional podem desenvolver sintomas de depressão e transtorno de stress pós-traumático, e normalmente são crianças que apresentam uma autoestima muito baixa. Este tipo de maus-tratos provoca consequências negativas sobre o funcionamento emocional e comportamental da criança.

Conforme Dantas (2020) refere, a negligência é uma das formas de maus-tratos mais difíceis de diagnosticar, pois não apresenta marcas visíveis, contudo tem vindo a crescer no país. As consequências associadas a este tipo de maus-tratos caracteriza-se por défices no desenvolvimento intelectual, cognitivo, social, físico e sexual, baixa autoestima da criança, dificuldade na vinculação e dificuldades emocionais, assim como problemas interpessoais com o ambiente escolar e familiar.

5. RECURSOS

Para a realização deste trabalho serão utilizados como recursos matérias (livros técnicos e computador), recursos digitais (bases de dados, *internet*), e recursos humanos (Enfermeira Orientadora Clínica).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a evidência, os maus-tratos infantis sempre existiram na sociedade, sem ser dada a relevância como nos dias de hoje. Atualmente este fenómeno passou a ser considerado um problema de saúde pública a nível mundial que atinge milhares de crianças e jovens. A sua complexidade, uma vez que condiciona o crescimento e desenvolvimento de crianças/jovens, e as consequências extensas e diversas para as vítimas a longo prazo, foram aspetos que contribuam para modificar a

visão da sociedade sobre esta temática e implementar estratégias que visam diminuir a sua ocorrência e contribuir para a prevenção dos mesmos.

Segundo o Regulamento de Competências Específicas do EEESIP “o enfermeiro especialista deve identificar e diagnosticar precocemente situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (OE, 2018), assim como sensibilizar os pais, cuidadores e profissionais de saúde para as mesmas, as consequências e a prevenção; como consta nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2015). De forma a dar resposta à Competência Específica referida anteriormente considerei pertinente elaborar posters sobre esta temática, visto tratar-se de uma situação de risco que afeta negativamente a vida e qualidade de vida da criança e do jovem.

Enquanto EEESIP, é fundamental estar desperta para a ocorrência do fenómeno dos maus-tratos na criança e no jovem, nos diferentes contextos da prática clínica, a fim de poder identificá-los e intervir precocemente, de forma a prevenir ou minimizar os seus efeitos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV] (2011). *Manual Crianças e Jovens vítimas de Violência: compreender, intervir e prevenir*. APAV.
- Assembleia Geral das Nações Unidas (1990). *Convenção sobre Os Direitos da Criança*. Assembleia Geral das Nações Unidas.
- Duarte, M. I. A. (2018). *O Impacto dos maus-tratos na vida das crianças e dos jovens em situações de acolhimento: Estudo Comparativo* [Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Portugal]. Biblioteca digital da Universidade Fernando Pessoa. https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/6952/1/DM_Mariana%20Duarte.pdf
- Dantas, E. B. (2020). *Maus-tratos a Crianças e Jovens: Programas de competências parentais para prevenção da negligência* [Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Portugal]. Acedido a 04/12/2021. Biblioteca digital da Universidade Fernando Pessoa https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/8817/1/PG_35487.pdf
- Direcção-Geral da Saúde [DGS] (2008). *Maus-tratos em crianças e jovens. Intervenção da saúde*. DGS.
- Direcção-Geral da Saúde [DGS] (2011). *Maus-tratos em crianças e jovens. Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. DGS.
- Florentino, B. R. B. (2015). As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes. *Revista de Psicologia*, 27(2), 139-144.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2016). *INSPIRE: Sete Estratégias para Pôr Fim à Violência Contra Crianças*. OMS.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2020). *Relatório do status Global sobre prevenção da violência contra criança*. OMS.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Pub. N° 351/2015 de 22 junho 2015. *Diário da República*, 2ª. Série – N° 119.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Pub. No regulamento n° 422/2018 de 12 de julho. *Diário da República*, 2ª série – n° 133, 19192-19194.

Pereira, I. A. C. (2017). *Os maus-tratos na infância e os efeitos no desenvolvimento: Estudo comparativo entre crianças com e sem registo de maus-tratos* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Portugal]. Repositório aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/108430/2/226732.pdf>

ANEXO - SINAIS, SINTOMAS E INDICADORES DE MAUS-TRATOS

NEGLIGÊNCIA

- Carência de higiene (*tendo em conta as normas culturais e o meio familiar*);
- Vestuário desadequado em relação à estação do ano e lesões consequentes de exposições climáticas adversas;
- Inexistência de rotinas (nomeadamente, alimentação e ciclo sono/vigília);
- Hematomas ou outras lesões inexplicadas e acidentes frequentes por falta de supervisão de situações perigosas;
- Perturbações no desenvolvimento e nas aquisições sociais (linguagem, motricidade, socialização) que não estejam a ser devidamente acompanhadas;
- Incumprimento do Programa-Tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil e/ou do Programa Nacional de Vacinação;
- Doença crónica sem cuidados adequados (falta de adesão a vigilância e terapêutica programadas);
- Intoxicações e acidentes de repressão.

MAU TRATO FÍSICO

- Equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, cortes e mordeduras em locais pouco comuns aos traumatismos de tipo acidental (face, periorcular, orelhas, boca e pescoço ou na parte proximal das extremidades, genitais e nádegas);
- Síndrome da criança abanada (sacudida ou chocalhada);
- Alopecia traumática e/ou por postura prolongada com deformação do crânio;
- Lesões provocadas que deixam marca(s) (por exemplo, de fivela, corda, mãos, chicote, régua...);
- Sequelas de traumatismo antigo (calos ósseos resultantes de fractura);
- Fracturas das costelas e corpos vertebrais, fractura de metáfise;
- Demora ou ausência na procura de cuidados médicos;
- História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão pela criança ou pelos diferentes cuidadores;
- Perturbações do desenvolvimento (peso, estatura, linguagem, ...);
- Alterações graves do estado nutricional.

MAU TRATO PSICOLÓGICO / EMOCIONAL

- Episódios de urgência repetidos por cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente;
- Comportamentos agressivos (autoagressividade e/ou heteroagressividade) e/ou auto-mutilação;
- Excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afectivas interpessoais;
- Perturbações do comportamento alimentar;
- Alterações do controlo dos esfíncteres (enurese, encoprese);
- Choro incontrolável no primeiro ano de vida;
- Comportamento ou ideação suicida.

ABUSO SEXUAL

- Lesões externas nos órgãos genitais (eritema, edema, laceração, fissuras, erosão, infecção);
- Presença de esperma no corpo da criança/jovem;
- Lassidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais;
- Leucorreia persistente ou recorrente;
- Prurido, dor ou edema na região vaginal ou anal;
- Lesões no pénis ou região escrotal;
- Equimoses e/ou petéquias na mucosa oral e/ou laceração do freio dos lábios;
- Laceração do hímen;
- Infecções de transmissão sexual;
- Gravidez.

Fonte: DGS (2011)

Apêndice IV – Poster
“Denuncie os maus-tratos à criança e jovem”

DENUNCIE OS MAUS TRATOS À CRIANÇA E JOVEM

Os maus tratos em crianças e jovens constituem-se como um problema de saúde pública a nível mundial (DGS, 2011).

Todos os anos, milhões de crianças em todo o mundo são vítimas e testemunhas de violência física, sexual e violência emocional (OMS, 2016).

A cada ano, pelo menos 55 milhões de crianças são vítimas de algum tipo de violência na Europa (OMS, 2016).

Os maus tratos causam impacto negativo sobre a saúde física e mental, bem-estar e desenvolvimento das crianças e dos jovens ao longo das suas vidas (DGS, 2011).

Todas as crianças têm o direito a proteção contra todas as formas de maus tratos (AGNU, 1990).

Consequências dos Maus Tratos

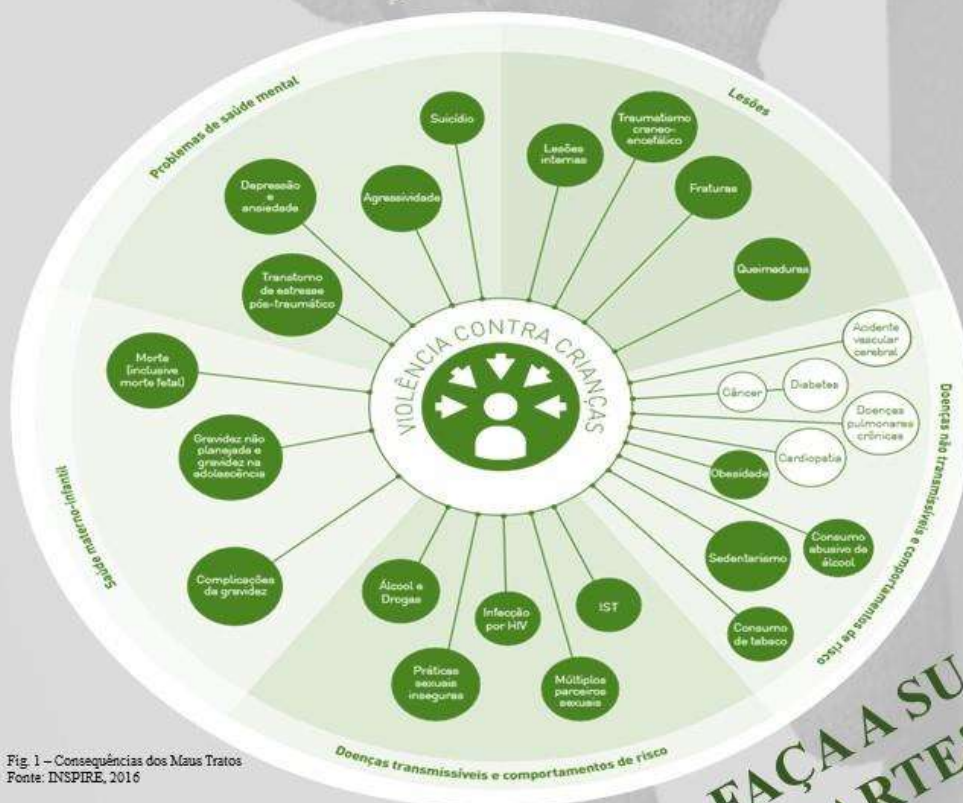


Fig 1 – Consequências dos Maus Tratos
Fonte: INSPIRE, 2016

Referências Bibliográficas

Direcção-Geral da Saúde (DGS) (2011). *Maus tratos em crianças e jovens. Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. Direcção-Geral da Saúde.
Organização Mundial de Saúde (OMS) (2016). *INSPIRE: Sete Estratégias para Pôr Fim à Violência Contra Crianças*. Organização Mundial de Saúde.
Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) (2011). *Manual Crianças e Jovens vítimas de Violência: compreender, intervir e prevenir*. APAV.
Assembleia Geral das Nações Unidas (AGNU) (1990). *Convenção sobre Os Direitos da Criança*. Portugal.

Sites Consultados

<https://www.canva.com>
<https://www.sns.gov.pt/noticias/2016/04/18/campanha-do-laco-azul/>

**FAÇA A SUA
PARTE!**



Apêndice V – Poster “Faça a sua parte”

Faça a sua parte

**Denuncie os maus
tratos à criança e ao
jovem**



**Apêndice VI – Reflexão “Será o Método Canguru
uma prática de cuidado comum a outras culturas?”**



**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Ano letivo 2021/2022

2º Ano, 3.º Semestre

**Será o Método Canguru uma prática de cuidado
comum entre culturas?**

Discente: Nysioline Sá, n.º10495

Docente orientadora: Prof.ª Cristina Jeremias



**Lisboa
novembro 2022**

LISTA DE SIGLAS

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

RCIU – Restrição do crescimento intra-uterino

RN – Recém-nascido

RGB – República da Guiné-Bissau

TDUCC – Teoria da Diversidade e Universalidade de Cuidado Cultural de Madeleine
Leininger

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

UCIEN – Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	4
DESENVOLVIMENTO.....	5
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	8

INTRODUÇÃO

Esta reflexão insere-se no Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, no contexto do Estágio de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais (UCIEN) da Unidade Curricular Estágio com Relatório. Este trabalho surgiu pela necessidade de refletir sobre situações vividas ao longo deste percurso de estágio, em particular sobre uma situação que me pudesse conduzir à análise e reflexão sobre a diversidade cultural dos clientes neste contexto e os cuidados de enfermagem transculturais, procurando também dar resposta a um dos objetivos deste estágio, “Desenvolver competências para a prestação de cuidados culturalmente competentes e sensíveis”.

De acordo com Purnell e Paulanka (2010), o cuidado culturalmente competente envolve um conjunto de estratégias para melhorar a qualidade de cuidados de saúde prestados, com base no respeito pelas crenças pessoais do indivíduo, os seus valores e as suas práticas de cuidados de saúde.

Considero ser pertinente uma reflexão no âmbito do cuidar do cliente pediátrico de diferentes origens culturais, uma vez que na UCIEN, onde desenvolvi a minha aprendizagem localiza-se numa área geográfica de elevada prevalência de estrangeiros, de nacionalidades diferentes (Alcoforado et al., 2018). Cabe ao enfermeiro reconhecer que os valores culturais e as crenças desempenham um papel importante na forma como as pessoas percebem e tratam dos casos de doença (Amaran et al., 2017). Os enfermeiros devem compreender as diferenças culturais e reconhecer as práticas de cuidados de diferentes origens culturais, assim como ter o conhecimento de teorias e modelos de teóricos de enfermagem no âmbito do cuidado cultural, como por exemplo a Teoria da Diversidade e Universalidade de Cuidado Cultural (TDUCC), de Madeleine Leininger (Lima et al., 2016).

Assim, a elaboração desta reflexão tem como objetivo desenvolver a minha capacidade de questionamento, reflexão e discussão sobre como o Método Canguru pode ser considerado uma prática de cuidado comum entre culturas e contribuir para o cuidado culturalmente competente ao recém-nascido (RN) e família.

DESENVOLVIMENTO

Está reflexão tem como alvo um cliente pediátrico a quem tive oportunidade de prestar cuidados. O recém-nascido C. tinha como diagnósticos: prematuridade, restrição do crescimento intra-uterino (RCIU), baixo peso à nascença e anemia multifatorial. Era o primeiro filho de uma mãe jovem, imigrante, natural de Guiné-Bissau a residir recentemente no país. Veio por opção própria para Portugal às 26 semanas de gravidez para casa de uma tia, sendo que o pai do recém-nascido se encontra no país de origem, e ambos são estudantes.

Esta unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais é composta por três salas: a Unidade de Cuidados Intensivos, a Unidade de Cuidados Intermédios e a Sala de Berços. Os recém-nascidos são transferidos para as respetivas salas consoante a sua evolução clínica. Durante a semana em que prestei cuidados ao recém-nascido C., este encontrava-se na Unidade de Cuidados Intermédios, dada a sua boa evolução clínica.

Nesta UCIEN, durante as visitas dos pais no período da tarde, os mesmos eram incentivados a colocarem os recém-nascidos ao colo, a participarem nos cuidados de alimentação, cuidados de higiene e conforto, e também era promovido o Método Canguru.

O Método Canguru, também conhecido como “cuidado mãe Canguru” ou “contacto pele a pele” teve origem em 1978 no Instituto Materno-Infantil de Bogotá, na Colômbia, e foi criado pelo médico Dr. Edgar Rey Sanabria. Este Método surgiu para dar resposta à superlotação das unidades neonatais e falta de incubadoras, verificando-se que, por vezes, tinham de colocar dois ou mais recém-nascidos na mesma incubadora. Com este Método foi possível reduzir a mortalidade neonatal, provocada pelo aumento de infeções (Barbosa, 2013; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2020). Este Método consiste na possibilidade de colocar e manter o RN apenas com fralda e gorro de forma a minimizar as diferenças de temperatura, na posição vertical sobre o peito, em contacto pele com pele com a mãe ou o pai, sustentado por uma faixa ou manta (Barbosa, 2013). Tem inúmeros benefícios tanto para o RN como para os seus pais, sendo eles, a promoção de vínculo mãe-criança e pai-criança, diminuição do tempo de separação pais-criança, redução do stress e a dor do recém-nascido de baixo peso, estimulação e aumento da produção do leite materno, promoção da calma e o relaxamento das díades (mãe-criança, pai-criança), e o aumento da confiança parental no cuidado ao filho (OE, 2020).

A mãe do recém-nascido C. não o visitava diariamente e coincidiu ter ido visitar o RN num dia, em que eu e a minha Orientadora Clínica eramos as enfermeiras

responsáveis pelo RN. Considerei que seria uma boa oportunidade para conversar com a senhora e lhe sugerir-lhe que experimentasse o Método Canguru. A equipa responsável pelos cuidados já tinha falado sobre essa possibilidade, mas dada a ausência da mãe do C. não tinha sido ainda possível apresentar-lhe este método. Após conversar com a minha Orientadora Clínica sobre essa possibilidade, que referiu ser uma sugestão pertinente, dirigi-me à mãe do recém-nascido e apresentei-me. No início, a interação foi difícil, no sentido em que obtinha apenas respostas como “sim e não” por parte da senhora, mas com o decorrer da conversa percebi que apenas falava crioulo. Assim, uma vez que falo o dialeto, comecei a falar com a mãe em crioulo, de forma a contornar a barreira linguística, o que fez com que a mãe do C. se sentisse mais a vontade. Sugeri que experimentasse o Método Canguru de modo a desenvolver e promover a vinculação mãe-filho, considerado extremamente importante para o desenvolvimento saudável da criança (OE, 2020). Após explicar o Método à mãe do C. em crioulo, e obter o seu consentimento, consoante ia preparando o RN fui conversando com a senhora sobre os benefícios da utilização deste Método. A mãe N. referiu que na Guiné-Bissau os lactentes também eram colocados pelas suas mães na região dorsal com uma espécie de “manta” chamado de pano, com o objetivo de os acalmar/tranquilizar, os fazer adormecer, ou enquanto faziam as lidas domésticas, como uma forma de os manter por perto. Expliquei-lhe que o objetivo do Método Canguru passava por tudo aquilo que ela me tinha dito, mas que o fato de colocar o lactente na região dorsal não lhe permitiria estabelecer o contacto visual com ele, e reforcei a importância que este tipo de contacto tem para estabelecer a vinculação, o desenvolvimento e a segurança da criança.

Foi então que me surgiu a questão - não seria o Método Canguru uma prática de cuidado comum entre culturas? De acordo com Leininger (1985 citado por George, 2000, p. 298), “culturas diferentes percebem, conhecem e praticam o cuidado de maneiras diferentes, apesar de haver pontos comuns no cuidado de todas as culturas do mundo”. Analisando essa situação face a frase anterior, pude concluir que o Método Canguru poderia ser considerado uma prática de cuidado comum entre culturas, neste caso a cultura africana, promovendo o cuidado culturalmente competente, na medida em que se utilizou um método já conhecido pelas mulheres/mães africanas tendo sido apenas necessário readaptar, substituindo a colocação do RN na região dorsal para região torácica, reforçando os benefícios de contacto pele a pele e a vantagem do contacto visual entre ambos. São duas formas diferentes de promover a vinculação vindas de duas culturas distintas, mas em que ambas apresentam o ponto comum referido pela George

(2000), sendo eles; o estabelecimento da relação mãe-filho, o desenvolvimento da vinculação, e a semelhança dos seus objetivos. Assim, tanto o Método Canguru como o “bambu mininu nas costas” proporcionam um cuidado culturalmente competente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcoforado, L., Fernandes, J. L., Gama, R., Barros, C., Frias, M., Cordeiro, A. M. R. (2018). *A multiculturalidade na Europa: tendências, reflexões e desafios, a propósito da população escolar de um município da área metropolitana de Lisboa*. Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Amoran, O. E., Jimoh, A. B., Ojo, O., & Kuponiy, T. (2017). *Prevention practices influencing frequency of occurrence of vaso-occlusive crisis among sickle cell patients in Abeokuta South*. Local Government Area of OgunState, Nigeria.
- Barbosa, A. I. M. (2013). *Método Canguru: Conhecimento, crenças e práticas das enfermeiras* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal]. Repositório Comum <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9448/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20M%C3%A9todo%20Canguru%20Conhecimentos%20Cren%C3%A7as%20e%20Pr%C3%A1ticas%20dos%20Enfermeiros.pdf>
- Fundo das Nações Unidas para a Infância [UNICEF] (2022). *Saúde materno infantil-Assegurar qualidade e equidade nos serviços de saúde para cada criança*. UNICEF. <https://www.unicef.org/guineabissau/pt/sa%C3%BAde-materno-infantil>.
- George, J. B. (2000). *Teorias de Enfermagem -Os fundamentos à prática profissional* (4ªed.). Artmed Editora.
- Lima, M. R. A., Nunes, M. L. A., Kluppel, B. L. P., Medeiros, S. M., & Sá, L. D. (2016). Atuação de enfermeiros sobre práticas de cuidados afrodescendentes e indígenas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5), 840-846. <https://www.scielo.br/j/reben/a/WTZVxhJRSZxxxVSTyFP3kDs/?lang=pt>
- Mendes, A., & Carvalho, F. H. C. (2015). *Mortalidade Materna em Guiné-Bissau: Insucesso no cumprimento do quinto objetivo de desenvolvimento do milénio*. <https://www.unifor.br/documents/392178/2741248/Congresso-Internacional-da-Lusofonia-GT4-Mortalidade+materna+em+GuineBissau.pdf/6356b21b-c25f-6769-3b1c-fca371570870>.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2020). *Dia Internacional da Sensibilização para o Método Canguru*. OE. <https://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/conteudos/dia-internacional-da-sensibiliza%C3%A7%C3%A3o-para-o-m%C3%A9todo-canguru/>.

Purnell, L., & Paulanka, B. J. (2010). *Cuidados de Saúde Transculturais – Uma abordagem culturalmente competente* (3ª ed.). Lusodidacta.

**Apêndice VII – Reflexão “Comunicar com
a criança com AF e a família”**



**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Ano letivo 2021/2022

2º Ano, 3.º Semestre

**Comunicar com criança com anemia falciforme
e a família**

Discente: Nysioline Sá, n.º 10495

Docente orientadora: Prof.ª Cristina Jeremias



**Lisboa
janeiro 2022**

LISTA DE SIGLAS

AF – Anemia Falciforme

CVO – Crise vaso-oclusiva

DF – Doença Falciforme

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

HgbA – Hemoglobina normal

HgbS – Hemoglobina anormal falciforme

TDUCC – Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural da Leininger

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	4
DESENVOLVIMENTO.....	6
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	10

INTRODUÇÃO

Esta reflexão insere-se no Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, no contexto do Estágio de Internamento Pediátrico da Unidade Curricular Estágio com Relatório. Este trabalho surgiu pela necessidade de refletir sobre a visão/perspetiva que a criança com anemia falciforme tem da sua doença e a conceção da mãe sobre a mesma.

Assim, esta reflexão tem como objetivos refletir sobre a situação vivenciada pela família e realizar uma análise da situação face ao modelo de *Sunrise* de Madeleine Leininger, visto ser o referencial teórico que dá sustentação ao meu relatório de estágio. Procura-se de igual modo desenvolver as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, nomeadamente: “Desenvolver competência de comunicação com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura”, relacionando-me com a criança e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura; “Desenvolver competência para promover a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica”, através da capacitação da criança e família; com base no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018) (RCEEEESIP). Pretendo, também, dar resposta a um dos objetivos deste estágio “Desenvolver competências para a prestação de cuidados culturalmente competentes e sensíveis à criança e jovem de origem africana com anemia falciforme”.

Segundo Bryant (2014) e Loiola et al. (2017), a anemia falciforme (AF) ou doença falciforme (DF) ou drepanocitose faz parte de um grupo de doenças designadas por hemoglobinopatias, em que a hemoglobina normal (HgbA) é substituída total ou parcialmente por hemoglobina anormal falciforme (HgbS), provocando uma alteração das hemácias, deixando-os em forma de foice ou meia-lua, o que origina vaso-oclusões, sobretudo nos pequenos vasos. Estima-se que mais de 300.000 crianças nascem anualmente com anemia falciforme, das quais mais de 70% dos nascimentos ocorrem na África Subsaariana (Ofakunrin et al., 2020).

A anemia falciforme pode aparecer a partir dos seis meses de idade, provocando dor, conhecida como crise vaso-oclusiva (CVO), a nível das mãos e/ou dos pés. Este primeiro episódio de crise dolorosa que ocorre após poucos meses de vida designa-se por dactilite (Campelo et al., 2018). As manifestações clínicas da doença variam, tanto em severidade como em frequência, sendo a CVO o tipo de crise mais comum e a causa mais

frequente dos internamentos de doentes com AF (De et al., 2019). A CVO é caracterizada por episódios dolorosos, a dor é súbita e geralmente manifesta-se na região lombar, em uma ou mais articulações e/ou nas extremidades. Pode ser localizada ou migratória e é tipicamente descrita como contínua e latejante, podendo durar desde horas a dias. As crianças e jovens com AF têm má qualidade de vida quando comparados com os seus pares, a doença afeta negativamente as suas qualidades de vida, causando limitações devido às complicações das doenças e internamentos frequentes (Vacca & Blank, 2017). O mesmo acontece no seio familiar, de acordo com Karadag et al. (2018), os pais das crianças e jovens com AF também não têm uma boa qualidade de vida, a doença afeta a vida pessoal dos pais e a dinâmica familiar. Alguns dos pais referem o isolamento social, devido ao facto das crianças passarem grande parte de tempo nos hospitais, por motivo de internamento ou consultas. As mães das crianças/jovem com AF são mais preocupadas face ao futuro dos filhos em relação aos pais, e a maioria delas não tem apoio dos seus cônjuges (Karadag et al., 2018).

Assim, com a elaboração desta reflexão pretendo desenvolver a minha capacidade de questionamento, reflexão e discussão sobre a prática de cuidados de enfermagem, de forma a contribuir para prestação de cuidados de qualidade e culturalmente sensíveis; desenvolver competência de comunicação com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura; e desenvolver competência para promover a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica.

DESENVOLVIMENTO

Esta reflexão incide sobre uma criança em idade escolar, de nome K e a sua mãe, a quem tive oportunidade de prestar cuidados, K é uma criança de 9 anos, natural de Angola, com diagnóstico de AF desde os 2 anos de vida. Teve a primeira crise aos 7 meses de vida, segundo a mãe, caracterizado por edema das mãos, e nessa sequência veio para Portugal para tratamentos e vigilância.

Está atualmente a residir no país na companhia dos pais e de uma irmã mais velha e frequenta 4º. Ano de escolaridade. Durante os internamentos costuma ser acompanhado pela mãe ou pela avó, raramente pelo pai. Tem também uma prima materna de 1º grau com AF.

A mãe do K esteve presente durante todo o internamento, e, coincidindo com turnos, nos quis, em que eu e a minha Orientadora Clínica fomos as enfermeiras responsáveis por prestar cuidados ao K e família.

Dado ser o Serviço onde desempenho funções, já conhecia o K e a sua família de internamentos anteriores, por isso, considerei ser uma boa oportunidade para prestar cuidados individualizados, e refletir sobre a minha intervenção enquanto Enfermeira Generalista e futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP). Dessa forma, pretendi, de igual modo, fortalecer a minha relação terapêutica com este cliente pediátrico, criando um espaço para o diálogo de forma a compreender os seus conhecimentos sobre a doença, as implicações que a doença tem nas suas vidas. Sendo, também, uma família de origem africana, procurei compreender se na sua perspetiva existem elementos organizadores culturais africanas que impliquem nos cuidados de saúde e de que forma os poderemos integrar nos cuidados de enfermagem.

Dirigi-me ao K e à mãe, expliquei-lhes que estava a estagiar no Serviço como estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e que eu e a minha Enfermeira Orientadora Clínica seríamos as enfermeiras responsáveis por lhes prestar cuidados naquele turno. Perante esta explicação, o K mostrou-se confuso ao responder-me, “mas tu já és enfermeira”. Expliquei o K o motivo pelo qual estava a estagiar. Durante a nossa interação a mãe do K verbalizou que ficou a residir em Portugal, dada a precaridade dos cuidados de saúde no seu país de origem. De acordo com Pandarakutty et al. (2020), a África Subsaariana apresenta a maior taxa de crianças e jovens com AF. Contudo, estes clientes não são acompanhados adequadamente, tendo uma elevada taxa de morbilidade e mortalidade

associada à doença (Karadag et al., 2018). Aproveitei o momento para perguntar à mãe do K se já tinha conhecimentos sobre a doença antes do diagnóstico do filho, o que sabia sobre a doença e se considerava que a mesma afetava a dinâmica familiar e de que modo. Acenou com a cabeça e respondeu-me, “em Angola não somos muitos informados, sei que é uma doença grave, difícil de controlar e soube da sua existência após o K ser diagnosticado”. Esta realidade é corroborada por Karadag et al. (2018), quando nos diz que os cuidadores principais não têm informação sobre a doença antes dos seus filhos serem diagnosticados. Amoran et al. (2017) referem, também, que o conhecimento sobre a doença falciforme nos países africanos é pobre, e destacam a importância das instituições de saúde adotarem medidas mais eficazes para divulgação desta patologia e o respetivo tratamento.

De forma a compreender melhor o conhecimento da mãe do K sobre a doença, fui colocando algumas questões durante a entrevista, como, se sabia como ocorre a transmissão da doença, as medidas profiláticas para a prevenção das crises e quais as intervenções a realizar perante uma crise vaso-oclusiva. No que se refere a doença, respondeu-me que se trata de uma patologia genética do sangue, a prima do K também tem a doença. Ela e o pai do K são portadores de hemoglobina S, o K tem a doença porque herdou genes de ambos os pais. Não procura melhorar o conhecimento sobre a doença, porque fica triste e desmotivada. Quando o K inicia as queixas algicas faz administração de analgésicos de forma intercalado, quando não surte efeito procura recorrer ao SU. De forma a prevenir a crise incentiva o K a realizar reforço hídrico, evita que o mesmo esteve exposto ao frio. Enquanto decorria a entrevista, percebi que K estava a olhar para a mãe com ar de admiração, então perguntei-lhe: “K o que se passa, porque este olhar?” e respondeu-me “não sabia que tinha uma prima com a mesma doença que a minha”, olhei para a mãe do K, e questionei-lhe se haveria um motivo para o K não saber que tem uma prima também com AF, e se na opinião dela não considera ser uma mais-valia para o K saber que tem um familiar próximo com a mesma doença. A mãe respondeu-me “não enfermeira, na minha família são poucas as pessoas que sabem da doença dela e do K”, “Não conto a ninguém, nem a minha melhor amiga sabe, porque não quero que vejam o meu filho como um inválido ou coitado”. Segundo Bulgin et al. (2018), muitos doentes com AF enfrentam obstáculos devido à doença, sendo o estigma um dos mais influentes e ameaçadores, em particular pelos membros da família. Os autores afirmam, também, que quando os familiares sabem da doença têm tendência para tratar as pessoas com AF como se tivessem uma deficiência física ou cognitiva, que as tornam incapazes de atingir

metas e marcos de vida. Assim, o estigma social sentido por pessoas com AF impede-as muitas vezes de revelarem que têm a doença (Bulgin et al., 2018). Aproveitei, e perguntei a K o que ele sabia sobre a sua doença e se esta o faria diferenciar-se em algum aspeto quando comparado com os seus pares. Respondeu-me, “sei que causa muita dor, se não vais hospital ficas o dia inteiro a chorar porque a dor é forte”, “sei que tenho de beber muita água e não posso fazer muita ginástica como os meus colegas”. O mesmo é corroborado por Campelo et al. (2018), quando refere que nos momentos em que a intensidade da CVO se apresenta de forma mais acentuada e a criança já não suportar tanta dor, pode recorrer também ao choro. O ato de chorar, além de demonstrar desconforto, pode resultar do medo, pelo fato da criança já ter vivido experiências de dor em crises anteriores. Por isso, perguntei-lhe: “e alguns dos teus colegas sabem da tua doença?”, “já falaste com eles sobre isso?”. Respondeu-me que sim, “só o G e a minha professora sabem”. Perguntei “o que G te diz sobre a tua doença?”, respondeu-me “diz para ter cuidado e se tiver dor para dizer à minha mãe”. Felicitei-o, com uma exclamação: “Boa!”. Para Bulgin et al. (2018), os indivíduos que conversam com amigos sobre a sua dor tem menor consciência do estigma da doença, permitindo-lhes ter uma melhor adaptação da doença. Perguntei-lhe também: “e tu fazes isso quando estás com dores?”, a qual respondeu-me “sim, peço a mãe para irmos para hospital, porque tenho medo de que a dor fica pior ... no hospital dão medicamentos diferentes”. De acordo com Campelo et al. (2018), perante esta situação devemos atuar no sentido de amenizar o sofrimento da criança durante a crise alérgica, usando atividades lúdicas, conversando com a criança e acalmando a criança com palavras como, “já vai melhorar” ou “vai passar logo”. Assim, aproveitei a situação para falar à mãe do K e ao K sobre estratégias não farmacológicas que pode realizar no domicílio, como, aplicar calor no local e massajar a zona dorida.

De forma a abordar as características culturais de origem africana que interferem nos cuidados de saúde, disse à mãe do K que nos países africanos a maior parte das pessoas ainda procuram o tratamento e a cura da doença através da medicina tradicional, e perguntei qual era opinião dela sobre isso. Sorriu para mim e respondeu, “enfermeira, quando o K esteve mal, a minha mãe falou-me disso, em Angola acredita-se muito nisso, as doenças são vistas com feitiço e acredito nisso”. De seguida perguntei-lhe se considerava que a doença de K era tratada por medicina tradicional e se recorria a algum tratamento tradicional de forma a procurar algum alívio para as dores ou a cura; disse-me, “sim, em Angola diziam para dar-lhe um chá que aumenta sangue no corpo e dava”. De acordo com Amoran et al. (2017), é comum o uso de práticas culturais, como

curandeiros ou ervas locais na cultura africana, uma vez que as pessoas acreditam que a doença pode ser causada por fatores naturais ou sobrenaturais. Assim, torna-se importante enquanto enfermeiro reconhecer e compreender que os valores culturais e as crenças do cliente pediátrico desempenham um papel importante sobre a causa e a forma de tratamento de doença.

A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger (TDUCC) é descrita pelo modelo *Sunrise*. O modelo corresponde a um mapa cognitivo que se dirige do abstrato para o concreto, e baseia-se em quatro níveis de abstração. Para analisar esta situação face ao modelo *Sunrise*, será utilizado apenas o nível I, que inclui:

- Fatores tecnológicos: pouco uso da tecnologia na manutenção ou melhoria da saúde, por estarmos perante a um país subdesenvolvido, em que a tecnologia é acessível a poucos;
- Fatores religiosos e filosóficos: trata-se de uma família católica, que utiliza a oração (bíblia), como forma de proteção. Valoriza o uso das tradições culturais e medicina tradicional com objetivo de proteger a saúde ou procurar a cura da doença;
- Fatores parentesco e sociais: uma família alargada, à mãe e à avó do K que assumem um papel mais ativo em relação às decisões da sua saúde. Quando K está internado são elas que ficam a acompanhar e a cuidar dele;
- Fatores políticos e legais: os pais do K tiveram direito a uma autorização de residência pelo fato do K necessitar de permanecer no país para cuidados de saúde especializados e de qualidade;
- Fatores económicos: o maior sustento da família é o pai do K, que trabalha em regime de tempo inteiro. A mãe trabalha por vezes, mas em regime part-time e sem vínculo, dada a situação do K;
- Valores culturais e modos de vida: apesar de terem conhecimento sobre a causa da doença do K, os membros da família também acreditam que a doença pode ser explicada por causas sobrenaturais (feitiço), e usam oração sobretudo quando K está em crise e pede para melhorar/acabar com as dores. Quando residiam em Angola davam ao K remédios tradicionais, como chá;
- Língua: a família fala e compreende o português;
- Etnohistória: família de origem angolana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amoran, O. E., Jimoh, A. B., Ojo, O., & Kuponiyi, T. (2017). Prevention practices influencing frequency of vaso-occlusive crisis among sickle cell patients in Abeokuta South Local Government area of Ogun State, Nigeria. *Revista BMC Hematologia*, 17(6), 1-7.
- Bryant, R. (2014). A Criança com Disfunção Hematológica ou Imunológica. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp. 1517-1522). Lusociência.
- Bulgin, D., Tanabe, P., & Jenerette, C. (2018). Stigma of sickle cell disease: A systematic review. *Revista Enfermeiros de Saúde Mental*, 39(8), 675-686.
- Campelo, L. M. N., Oliveira, N. F., Magalhães, J. M., Julião, M. A. S., Amorim, F. C. M., & Colho, M. C. V. S. (2018). A dor da criança com doença falciforme: abordagem do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3), 1463-1469.
- De, D., Blackmore, A., & Taylor, H. (2019). Enhancing the care of patients with sickle cell disease. *Revista Nursing Standard*, 34(10), 29-34.
- Loiola, K. J., Fontazeni, C. T. B., Pequeno, A. M. C., & Negreiros, F. D. S. (2017). Anemia falciforme: Conhecimento do enfermeiro sobre o desenvolvimento da doença. *Revista Cadernos ESP*, 11(1), 18-28.
- Karadag, G., Gungormus, Z., & Olçar, Z. (2018). Experiences and problems encountered by families of children with sickle cell anemia. *Revista de Ciências do Cuidado*, 7(3), 125-129.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Regulamento nº 422/2018 de 12 de julho. *Diário da República*, 2ª série – nº 133, 19192-19194.
- Ofakunrim, A., Oguche, S., Adekola, K., Okpe, E., Afolaranmi, T., Diaku-Akinwumi, J., Zoakah, A., & Sagay, A. S. (2020). Effectiveness and safety of hydroxyurea in the treatment of sickle cell anaemia children in Jos, North Central Nigeria. *Revista de Pediatria Tropical*, 66, 290-298.
- Pandarakutty S., Murali, K., Aruappan, J., & Al sabej, S. D. (2020). Health related quality of life of children and adolescent with sickle cell disease in the middle East and North Africa Region. *Sultan Qaboos University Medicine*, 20(4), 280-289.

Vacca, V. M., & Blank, L. (2017). Sickle cell disease: where are we now? *Revista Enfermagem*, 47(4), 26-34.

**Apêndice VIII – Projeto folheto sobre
Cuidar da criança/jovem com AF**



**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Ano letivo 2021/2022

2º Ano, 3.º Semestre

**Projeto folheto
“Cuidar da criança com Anemia Falciforme”**

Discente: Nysioline Sá, n.º10495

Docente orientadora: Prof.ª Cristina Jeremias

**Lisboa
janeiro 2022**

LISTA DE SIGLAS

AF – Anemia Falciforme

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DF – Doença Falciforme

CVO – Crise Vaso-Oclusiva

CVOs - Crises Vaso-Oclusivas

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

SuPed – Serviço de Urgência Pediátrica

HgbA – Hemoglobina normal A

HgbS – Hemoglobina anormal S

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	4
1. PERTINÊNCIA.....	5
2. FINALIDADE E OBJETIVOS.....	6
3. POPULAÇÃO-ALVO	6
4. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA	6
5. RECURSOS	8
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	9
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	10

INTRODUÇÃO

A elaboração deste projeto folheto insere-se no Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, no contexto do Estágio de Internamento Pediátrico da Unidade Curricular Estágio com Relatório, tendo como temática – Cuidar da criança com Anemia Falciforme.

O Serviço de Pediatria Médica onde realizei o ensino clínico é composto por cinco Unidades, da qual faz parte a Unidade de Hematologia. A Unidade de Hematologia do Centro Hospitalar é considerado um Serviço de Referência, no que se refere a doenças hematológicas, e recebe várias crianças oriundas de outros hospitais e de países estrangeiros para tratamentos hematológicos. A maioria dos seus doentes são crianças e jovens com diagnóstico de anemia falciforme.

Este trabalho surgiu com a necessidade de aumentar a consciencialização dos pais/cuidadores principais das crianças e jovens com a Anemia Falciforme (AF), dada a prevalência desta patologia neste serviço. De modo a contribuir para dar resposta a essa necessidade foi desenvolvido um folheto para os pais e os cuidadores principais, utilizando uma linguagem simples e clara, contendo as seguintes informações: breve definição de anemia falciforme; complicações graves da doença; sinais de alarme pelos quais os pais/cuidadores devem recorrer ao Serviço de Urgência Pediátrica (SuPed) com os seus filhos; fatores que podem desencadear uma crise vaso-oclusiva (CVO); e como tratar e prevenir a ocorrência de CVOs no domicílio.

Considero ser pertinente a realização deste folheto, porque contribuirá para melhorar o conhecimento dos pais sobre a doença e possibilitar que os mesmos desenvolvam autonomia para a autogestão da doença dos seus filhos. De acordo com McElfresh e Merck (2014), é fundamental promover a capacitação dos pais no processo de cuidar da criança/jovem com doença crónica. De et al. (2019) referem também que a maioria das CVOs são tratadas inicialmente em casa, sendo, por isso, importante orientar os pais nesse sentido, e assim sendo, o folheto será uma ferramenta útil para os pais/cuidadores.

A Anemia falciforme (AF) ou Doença Falciforme (DF) ou a Drepanocitose é uma doença genética grave, estimando-se que mais de 300.000 crianças, a nível mundial, nascem anualmente com AF, sendo que mais de 70% dos nascimentos ocorrem na África Subsaariana (Ofakunrin et al., 2020). A AF afeta maioritariamente indivíduos de

ascendência negra africana ou afro-caribenha, com alguma prevalência também no Mediterrâneo Oriental, Oriente Médio, Índia e América do Sul e Central (De et al., 2019).

De acordo com o Regulamento de Competência Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018), faz parte da competência do Enfermeiro Especialista diagnosticar e intervir precocemente nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem. Enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), torna-se fundamental estar alerta para situações de risco que possam comprometer o bem-estar da criança ou do jovem, de forma a minimizar os seus efeitos.

Assim sendo, o objetivo do trabalho consiste em contribuir para a capacitação e desenvolvimento da autonomia de pais/cuidadores na gestão de cuidados de saúde a filhos com doença AF.

Para a elaboração deste trabalho, recorrer-se-á a uma pesquisa bibliográfica em diferentes Bases de Dados, Google *Scholar* e consulta de livros técnicos.

1. PERTINÊNCIA

De acordo com De et al. (2019), a AF é uma das doenças genéticas mais comuns em todo o mundo, contudo a consciencialização sobre essa doença ainda permanece relativamente baixa. Para Pandarakutty et al. (2020), é necessário implementar estratégias de forma a minimizar a incidência da doença e as suas consequências. De acordo com Amoran et al. (2017), o conhecimento geral sobre a AF é pobre, e esse défice de conhecimento por partes do cliente pediátrico constitui uma barreira nos cuidados prestados (Tanabe et al., 2018). Assim, torna-se essencial implementar estratégias de forma a evitar internamentos e aumentar a qualidade de vida das crianças e jovens com AF.

Dada a prevalência da AF a nível mundial, é importante melhorar o conhecimento e compreensão dos pais sobre a doença e ensinar os pais/cuidadores principais sobre como gerir a doença crónica dos seus filhos e como prevenir complicações. Perante esta realidade, e tendo em conta a prevalência desta doença no contexto onde me encontro a realizar o Estágio, considero que o folheto será uma mais-valia para os pais/cuidadores principais, funcionando como um complemento da ação educativa na área da promoção e educação em saúde. Os pais devem estar informados sobre a doença dos filhos, uma vez

que têm a responsabilidade da manutenção da saúde dos mesmos, de modo a evitar complicações, hospitalizações e incapacidades a longo prazo, contribuindo assim para melhorar a qualidade de vida relacionada com a saúde de crianças e jovens com AF (Varughese et al., 2020).

2. FINALIDADE E OBJETIVOS

Este trabalho tem como finalidade contribuir para o bem-estar de crianças/jovens com doença AF; e como objetivo contribuir para a capacitação de pais/cuidadores na gestão de cuidados de saúde a filhos com doença AF.

3. POPULAÇÃO-ALVO

Pais e cuidadores principais de crianças e jovens, com AF, de diferentes nacionalidades e com idades compreendidas entre 0 a 18 anos.

4. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

De acordo com Campelo et al. (2018), a AF é uma das doenças hematológicas hereditárias mais frequentes no mundo. Estima-se que mais de 300.000 pessoas nascem a cada ano com AF, representado a Nigéria o país africano com a maior percentagem de crianças e jovens com AF (Ofakunrin et al., 2020). A AF é considerada uma doença de predomínio da raça negra (Loiola et al. 2017). No entanto, devido ao aumento da migração, a AF está a tornar-se mais comum em todo o mundo, verificando-se que aproximadamente 25 a 30 milhões de pessoas em todo o mundo têm AF (Vacca & Blank. 2017). Segundo Vacca e Blank (2017), 50% das crianças com AF sobrevivem até aos 20 anos, verificando-se que, para as mesmas, o risco de ocorrerem infeções é 400 vezes maior em comparação com a população geral. Hoje, a expectativa média de vida varia de 40 a 60 anos. No entanto, a maioria das crianças nascidas na África subsaariana morrem antes dos cinco anos de vida (Sinkala et al., 2018; Ofakunrin et al., 2020).

A AF pertence a um grupo de doenças designadas por hemoglobinopatias nas quais a hemoglobina normal (HgbA) é substituída total ou parcialmente por hemoglobina anormal falciforme (HgbS), provocando a alteração dos eritrócitos (hemácias), que ficam

em forma de foice ou meia-lua, provocando vaso-oclusões, sobretudo nos pequenos vasos (Bryant, 2014; Loiola et al., 2017). A AF começa a manifestar-se após os seis meses de vida e a sua identificação é feita através de testes de triagem neonatal (Campelo et al, 2018). As manifestações clínicas da doença variam, tanto em severidade como em frequência.

De acordo com Vacca e Blank (2017), as complicações primárias de AF são anemia hemolítica crónica e a CVO, que é preferencialmente designada como episódio doloroso, sendo a crise mais comum. A primeira CVO ocorre após os seis meses de vida da criança; é conhecida como síndrome mão-pé e caracteriza-se por dor e edema na região posterior das mãos e/ou dos pés (dactilite) (Campelo et al, 2018). A CVO é a causa mais comum de internamento de pacientes com AF, verificando-se em mais de 90% dos internamentos (De et al., 2019). A dor associada ao CVO resulta de mediadores inflamatórios libertados de hemácias danificadas. A dor é súbita e manifesta-se, geralmente, na região da coluna lombar, em uma ou mais articulações e/ou nas extremidades. A dor pode ser localizada ou migratória e é tipicamente descrita como contínua e latejante. Os episódios de CVO podem ocorrer a partir dos seis meses de vida, causando lesões e danos permanentes nos tecidos e órgãos, sendo que a dor provocada por esta situação poderá ter uma duração de horas a vários dias (Vacca & Blank, 2017).

Para além de anemia e da CVO, a AF pode causar outras complicações graves, como sequestro esplênico, síndrome torácica aguda, hipertensão pulmonar, aplástica, infeções, priapismo e acidente vascular cerebral (AVC) (Bryant, 2014). A síndrome torácica aguda é uma das complicações mais graves da AF, e as CVOs são as complicações mais frequentes da doença sem risco de vida (Loiola et al., 2017; Sinkala et al., 2018). De acordo com Pandarakutty et al. (2020), as crianças e jovens são mais vulneráveis a complicações da AF ao longo da vida, como crises vaso-oclusivas, crises agudas de sequestro esplênico, síndrome torácica aguda, infartos do sistema nervoso central, crises hemolíticas e aplásticas e necroso vascular do quadril.

As CVOs podem ser extremamente dolorosas, podendo a dor vivenciada por crianças/jovens com AF ter efeitos limitantes nas suas vidas e afetar negativamente a qualidade de vida. Existem fatores que podem desencadear uma CVO em alguns dos doentes com AF, no entanto, estas crises também podem ocorrer sem uma origem identificável. Os fatores que podem desencadear uma CVO são (De et al., 2019):

- Hipoxia;
- Acidose;

- Desidratação;
- Infecção;
- Esforço físico ou fadiga extrema;
- Trauma;
- Alterações bruscas de temperatura;
- Estresse, ansiedade, excitação;
- Tensão vascular (por exemplo gravidez, menstruação ou puberdade);
- Mudanças de altitude.

Contudo, também existem estratégias de autogestão que podem prevenir CVOs e as complicações das mesmas. As estratégias passam por:

- Incentivar a ingestão hídrica;
- Realização de banhos mornos;
- Usar roupas apropriadas durante condições climáticas adversas;
- Evitar se posicionar próximo a saídas de ar;
- Evitar realizar exercícios exaustivo e prolongados, assim como aquelas que possam causar mudanças extremas de altitude ou temperatura, como exemplo, voar ou nadar (De et al., 2019).

Perante uma CVO difícil de controlo da dor no domicílio, e com febre associada, astenia e palidez, são considerados sinais de alarme pelo qual a criança/jovem deve ser trazido ao Serviço de Urgência Pediátrica (Bryant, 2014; De et al., 2019).

5. RECURSOS

Para a realização deste trabalho serão utilizados como recursos materiais (livros técnicos e computador), recursos digitais (bases de dados, *internet*), e recursos humanos (Enfermeira Orientadora Clínica e pais das crianças e jovens com anemia falciforme).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a literatura, a AF é um problema de saúde pública dada a sua complexidade e prevalência a nível mundial. Apesar dos progressos recentes sobre o conhecimento da doença, os doentes com AF ainda continuam a enfrentar desafios relativamente à qualidade de vida. As frequentes hospitalizações causadas pela doença, mais precisamente devido a CVOs, afetam as crianças e os jovens em diversos domínios das suas vidas, incluindo desempenho escolar, absentismo escolar, restrição de atividade sociais, entre outros.

A dor provocada pelas CVOs causa limitações na vida das crianças e jovens com AF, sendo, por isso, imprescindível tratar a dor aguda de forma rápida, para evitar que a mesma evolua para a dor crónica. O tratamento da dor deve ser baseado nos relatos da criança/jovem, tendo por base a evidência disponível e normas/protocolos para o tratamento da dor. O alívio e o tratamento da dor das crianças e dos jovens com AF devem envolver estratégias farmacológicas e não farmacológicas.

A identificação precoce de lacunas de conhecimento sobre a doença por parte dos pais/cuidadores principais e a capacitação dos mesmos é fundamental para que se possa intervir de forma adequada junto da família e criança/jovem face às suas necessidades, contribuindo para o envolvimento familiar nos cuidados prestados, promovendo cuidados numa perspetiva holística. O conhecimento e a compreensão sobre a doença crónica dos filhos irá contribuir para a redução da frequência de hospitalizações, melhorar a qualidade de vida das crianças/jovens com AF e promover a autonomia dos pais/cuidadores, capacitando-os para o reconhecimento de sinais e sintomas da doença, adotar estratégias para prevenir as crises, bem como prestar um acompanhamento específico e direcionado para a doença em causa.

Enquanto enfermeiros, devemos intervir numa perspetiva educacional a fim de promover a capacitação de pais/cuidadores principais face à doença crónica dos filhos, com objetivo de prevenir complicações graves decorrentes da mesma. Nesse sentido, é importante realizar ações educativas e implementar estratégias eficazes que contribuam para melhorar o conhecimento e a gestão dos pais/cuidadores principais sobre a AF.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amoran, O. E., Jimoh, A. B., Ojo, O., & Kuponiyi, T. (2017). Prevention practices influencing frequency of vaso-occlusive crisis among sickle cell patients in Abeokuta South Local Government area of Ogun State, Nigeria. *Revista BMC Hematologia*, 17(6), 1-7.
- Bryant, R. (2014). A Criança com Disfunção Hematológica ou Imunológica. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. II, pp. 1517-1522). Lusociência.
- Campelo, L. M. N., Oliveira, N. F., Magalhães, J. M., Julião, M. A. S., Amorim, F. C. M., & Colho, M. C. V. S. (2018). A dor da criança com doença falciforme: abordagem do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3), 1463-1469.
- De, D., Blackmore, A., & Taylor, H. (2019). Enhancing the care of patients with sickle cell disease. *Revista Nursing Standard*, 34(10), 29-34.
- Loiola, K. J., Fontazeni, C. T. B., Pequeno, A. M. C., & Negreiros, F. D. S. (2017). Anemia falciforme: Conhecimento do enfermeiro sobre o desenvolvimento da doença. *Revista Cadernos ESP*, 11(1), 18-28.
- McElfresh, P. B., & Merck, T. T. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença crônica ou incapacidade. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. I, pp. 897-930). Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Regulamento nº 422/2018 de 12 de julho. *Diário da República*, 2ª série – nº 133, 19192-19194.
- Ofakunrim, A., Oguche, S., Adekola, K., Okpe, E., Afolaranmi, T., Diaku-Akinwumi, J., Zoakah, A., & Sagay, A. S. (2020). Effectiveness and safety of hydroxyurea in the treatment of sickle cell anaemia children in Jos, North Central Nigeria. *Revista de Pediatria Tropical*, 66, 290-298.
- Pandarakutty S., Murali, K., Aruappan, J., & Al sabe, S. D. (2020). Health related quality of life of children and adolescent with sickle cell disease in the middle East and North Africa Region. *Sultan Qaboos University Medicine*, 20(4), 280-289.

- Sinkala, D., Flamengo, L. C., Silwinsa, F., & Jacobsen, K. H. (2018). Acesso a serviços de saúde para crianças pequenas com anemia falciforme no distrito de Chilubi da Zâmbia. *Revista Médica da Zâmbia*, 45(3), 133-137.
- Tanabe, P., Bulgin, D., & Jenerette, C. (2018). Stigma of sickle cell disease: A systematic review. *Revista Enfermeiros de Saúde Mental*, 39(8), 675-686.
- Vacca, V. M., & Blank, L. (2017). Sickle cell disease: where are we now? *Revista Enfermagem*, 47(4), 26-34.
- Varughese, T. E., Hoyt, C. R., L'hotta, A., Ikemenogo, P. A., Howdeshell, S. G., Houston, A. J., Abel, R. A., & King, A. A. (2020). Stress and the home Environment in Caregivers of Children with Sickle Cell. *Revista de Psicologia Pediátrica*, 45(5), 521-529.

**Apêndice IX – Folheto “Cuidados
com a criança e jovem com AF”**

Prevenção das crises vasoclusivo em casa

- Alimentação
- Ingestão de líquidos
- Atividade Física
- Vestuário adequado
- Habitação com condições

Associação de Apoio



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE PAIS E DOENTES
COM HEMOGLOBINOPATIAS

"É QUE JUNTOS
SOMOS UM SÓ
(NHO)"

Para mais informações, consulte
<https://www.appdh.org.pt/>

CUIDADOS COM À CRIANÇA E JOVEM COM ANEMIA FALCIFORME



O que é Anemia Falciforme?

A Anemia Falciforme, também conhecida como Drepanocitose ou Doença Falciforme, é uma anemia, com origem genética, em que a hemoglobina normal é substituída total ou parcialmente por hemoglobina anormal falciforme (HgbS).

Os sinais e sintomas de Anemia Falciforme

- Anemia crónica
- Crise Vasoclusiva (Dor em diversas partes do corpo)
- Possível atraso do crescimento
- Suscetibilidade as infeções
- Acidente vascular cerebral e síndrome torácica agudo

A crise vaso-oclusiva é a causa mais frequente de ida ao serviço de urgência e internamento nas crianças/jovens com anemia falciforme

Crise Vasoclusiva

A crise vasoclusiva (CVO) é caracterizada como um episódio doloroso, pode durar desde minutos, a vários dias. A dor pode ser localizada ou generalizada

É frequentemente migratória e acompanhada de febre baixa. Idas ao serviço de urgência por episódio de dor aguda, deve acontecer quando se esgotaram todas as opções de cuidados no domicílio ou ambulatório.

Sinais de alarme que necessitam recorrer ao Hospital

- Dor difícil de controlar em casa
- Dificuldade respiratória
- Febre
- Astenia
- Palidez

Fatores de risco que aumentam crise vasoclusiva

- Desidratação
- Mudança brusca de temperatura
- Cansaço em excesso
- Alimentação inadequada
- Ambientes fechados e poluídos
- Infeções
- Situações difíceis ou emoções fortes

Como tratar uma crise em casa

- Analgesia (intercalar paracetamol com ibuprofeno)
- Aplicação do calor no local da dor
- Aumento da ingestão de líquidos
- Massajar ligeiramente a zona dolorosa
- Repouso

Apêndice X – Planejamento de Sessão de formação



**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Ano letivo 2021/2022

2º Ano, 3.º Semestre

**Planeamento de sessão de formação
Despertar para o Cuidado Culturalmente
Competente**

Discente: Nysioline Sá, n. º10495

Docente Orientador: Prof.ª Cristina Jeremias

**Lisboa
janeiro 2022**

LISTA DE SIGLAS

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

RIFA – Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo

SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	4
1. PERTINÊNCIA.....	6
2. FINALIDADE E OBJETIVOS.....	6
3. POPULAÇÃO-ALVO	6
4. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA	7
5. RECURSOS	10
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	11
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	12
APÊNDICE	14
APÊNDICE I - PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO.....	15

INTRODUÇÃO

A elaboração deste planeamento de sessão insere-se no Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, no contexto do Estágio de Internamento Pediátrico da Unidade Curricular Estágio com Relatório, tendo como temática - *Despertar para o Cuidado Culturalmente Competente*.

Portugal, assim como os outros países europeus, enfrentam um aumento da população imigrante. De acordo com o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF, 2020), os imigrantes representam cerca de 7% da população do país. Um dos principais motivos para a imigração passa pela procura de melhores condições de saúde e melhor qualidade de vida (Correia, 2018).

Dado o aumento dos processos migratórios em Portugal descrito no Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo (RIFA) (SEF, 2019), e a realidade da minha experiência da prática clínica, onde uma percentagem significativa dos clientes pediátricos (crianças/jovens e família) que integram comunidades imigrantes, sendo a maioria provenientes de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), considerei pertinente realizar uma sessão de formação no âmbito de cuidado culturalmente competente à criança, jovem e família de origem africana, dando a conhecer e divulgando as suas características culturais que interferem na saúde. De acordo com De et al. (2019), torna-se importante abordar aspetos de igualdade e diversidade na formação em Enfermagem, pelo facto da dinâmica populacional humana ser cada vez mais culturalmente diversificada. Segundo estas autoras, os enfermeiros devem ser capazes de considerar as diversas origens e características culturais dos clientes, devido a constituírem fatores que influenciam os cuidados de saúde.

A cultura tem diversas implicações nos cuidados prestados, sendo fundamental que os enfermeiros sejam capazes de reconhecer a sua importância nos cuidados de saúde, de forma a poderem contribuir para a prestação de cuidados de qualidade e centrados na pessoa. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011, p. 12), faz parte da competência do enfermeiro “o respeito pelos valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos e a prestação de cuidados culturalmente sensíveis”. Dessa forma, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) deve prestar cuidados culturalmente sensíveis a crianças, jovens e famílias. De acordo com o Regulamento de competência Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2018), faz parte da competência do

Enfermeiro Especialista relacionar-se com a criança, jovem e família, respeitando a sua cultura.

Assim sendo, o presente trabalho tem como finalidade, contribuir para os cuidados de enfermagem culturalmente competentes à criança, jovem e família de origem africana; como objetivo geral, contribuir para o desenvolvimento da competência cultural de enfermeiros que cuidam de crianças, jovens e família de origem africana; e como objetivos específicos, definir cultura, competência cultural e os níveis de competência cultural, definir cuidados culturalmente competentes, descrever as dimensões organizadoras culturais de origem africana que interferem nos cuidados de saúde.

Para a elaboração deste planeamento de sessão de formação, recorreu-se à pesquisa bibliográfica em diferentes Bases de Dados, e obras temáticas.

1. PERTINÊNCIA

Dada a diversidade cultural dos clientes internados no Serviço onde exerço funções, ao interesse demonstrado pela equipa de enfermagem relativamente ao cuidado cultural e a temática do meu Projeto de Estágio, considerei pertinente realizar uma sessão de formação no âmbito de cuidados culturalmente competentes. Esta foi dirigida a enfermeiros que cuidam de crianças, jovens e famílias de origem africana, devido a esta população de imigrantes estar a aumentar gradualmente no nosso país, com maior incidência de países africanos de língua oficial portuguesa (SEF, 2018). Creio ser pertinente que os enfermeiros obtenham conhecimento acerca de culturas integrantes de países africanos, para que possam desenvolver uma prática de enfermagem culturalmente competente, de forma a melhorar a qualidade de cuidados prestados ao cliente pediátrico de origem africana. O mesmo é corroborado por Wlikins et al. (2021), quando refere que existe necessidade de desenvolver competências culturais e que as instituições devem possuir vontade de aprender sobre as outras culturas, pois só assim poderão prestar cuidados de alta qualidade e centrados na pessoa, aumentando a satisfação do cliente pediátrico.

2. FINALIDADE E OBJETIVOS

Este trabalho tem como finalidade contribuir para os cuidados de enfermagem culturalmente competentes à criança, jovem e família de origem africana,; como objetivo geral, contribuir para o desenvolvimento da competência cultural de enfermeiros que cuidam de crianças, jovens e família de origem africana; e como objetivos específicos, definir cultura, competência cultural e os níveis de competência cultural, definir cuidados culturalmente competentes, descrever as dimensões organizadoras culturais de origem africana que interferem nos cuidados de saúde.

3. POPULAÇÃO-ALVO

A população-alvo será a Equipa de Enfermagem do Serviço de onde realizei o Estágio do Contexto de Internamento de Pediatria.

4. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

Para Rios et al. (2017), a cultura diz respeito a tudo o que caracteriza a existência social de um povo, considerando importante procurar conhecer outras culturas para a compreensão das suas práticas e costumes.

De acordo com a OE (2011, p.12), faz parte da competência do enfermeiro “o respeito pelos valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos e a prestação de cuidados culturalmente sensíveis”. A cultura pode ser definida como o conjunto de modelos comportamentais socialmente apreendidos e transmitidos no seio da família de geração em geração desde o nascimento, onde fazem parte as crenças, os valores, os costumes, as formas de vida e os pensamentos característicos de uma população, que guia e influencia a sua percepção do mundo e as suas tomadas de decisão (Purnell & Paulanka, 2010). De acordo com os mesmos autores, a cultura caracteriza-se em três níveis: nível terciário, relacionado com a identificação de uma cultura através de uso de vestuário ou objetos, e reconhecido por terceiros; nível secundário, quando apenas os membros da mesma cultura conhecem as normas das suas culturas e as podem articular entre si; e nível primário, considerado o nível mais profundo em que as normas são de conhecimento de todos. A evidência científica demonstra que a cultura tem um papel fundamental nos cuidados de saúde, devendo ser incluída no planeamento e execução dos cuidados. O mesmo é reforçado no Regulamento de Competências Específicas do EEESIP (2018, p.19194), quando refere que o enfermeiro deve relacionar-se com a criança/jovem e família respeitando a sua cultura. Esta orientação representa um desafio para os profissionais de saúde devido à diversidade cultural dos clientes presentes nos contextos da prática clínica. Dessa forma, é fundamental, o conhecimento das culturas dos clientes (Brito, 2016). De acordo com este autor, a forma como as pessoas procuram ajuda ou lidam com os problemas de saúde está diretamente relacionada com a sua cultura. Assim, a doença e o processo de cura podem sofrer alterações consoante a cultura do cliente. Complementa, referindo que a cultura de um cliente vai influenciar a forma como pensa, reage e lida com a doença, incluindo a percepção que tem da mesma. Costa et al. (2016), reforçam esta ideia ao mencionarem que a percepção de um cliente sobre a saúde baseia-se nas ideias que adquiriu ao longo da sua vida e das suas experiências.

Perante realidade multicultural na prática clínica e o defendido pelos autores, emerge a necessidade de enfermeiros e outros profissionais de saúde desenvolverem a

competências culturais, de forma a promover cuidados culturalmente sensíveis (De et al., 2019).

Para Wilkins et al. (2021), a competência cultural em saúde refere-se ao conhecimento e à capacidade de compreender a existência de diferentes formas de lidar com a saúde e o processo de doença, adaptando a prática à cultura do cliente. De acordo com Campinha-Bacote (1999 citado por Moita & Silva, 2016), a competência cultural pode ser definida como processo de capacitação por parte de profissional de saúde para prestar um cuidado de saúde de forma eficaz, tendo em consideração o contexto cultural do cliente. O mesmo é reforçado por Coutinho et al. (2017), quando afirma que na visão dos enfermeiros, a competência cultural refere-se à aptidão para cuidar de um cliente com uma cultura diferente. Considera-se existirem quatro níveis de competência cultural. O profissional de saúde pode ser: inconscientemente incompetente – “não ter consciência da falta de conhecimento sobre outra cultura”; conscientemente incompetente – “ter consciência da ausência de conhecimento sobre outra cultura”; conscientemente competente – “aprender sobre a cultura do cliente, verificando as generalizações sobre a cultura do cliente, e oferecer intervenções específicas”; inconscientemente competente - “oferecer automaticamente cuidados culturalmente congruentes a clientes de diversas culturas” (Purnell & Paulanka, 2010, p. 23).

Considera-se de extrema importância que, os profissionais de saúde que interagem diariamente com os clientes pediátricos de diferentes culturas, estejam capacitados para incluir nos cuidados prestados, as crenças, os valores e padrões comportamentais relacionados à saúde e doença do cliente pediátrico, através da compreensão e conhecimento do contexto sociocultural em que a criança, jovem e família estão inseridos, promovendo desta forma o cuidado culturalmente competente (Thibodeaux & Mooney-Doyle, 2014). Este expressa-se pelas estratégias que o profissional mobiliza para melhorar a qualidade de cuidados de saúde prestados, com base no respeito pelas crenças pessoais do indivíduo, pelos seus valores e práticas de cuidados de saúde (Purnell & Paulanka, 2010). Contudo, existem fatores dificultadores que podem comprometer a prática de cuidados culturalmente competentes, tais como o choque cultural devido ao desconhecimento da cultura de cada cliente, das suas crenças de saúde e das suas práticas, racismo, estereotipagem, etnocentrismo, imposição cultural, conflito cultural, preconceito e, o estereótipo.

No que se refere ao povo africano, as características culturais relacionadas com a saúde da criança, do jovem e da família correspondem às suas crenças de saúde, culturais

e religiosas, às práticas de saúde, às relações familiares e ao padrão de comunicação (Purnell & Paulanka, 2010; Thibodeaux & Mooney-Doyle, 2014).

De acordo com Purnell & Paulanka; Thibodeaux & Mooney-Doyle (2010; 2014):

As crenças de saúde referem-se ao modo como as famílias lidam com os problemas de saúde e como respondem aos prestadores de cuidados de saúde. As causas de doenças são explicadas por forças sobrenaturais e naturais, não existindo uma explicação lógica para a doença. A bruxaria, o vodu, os maus espíritos e o “mau-olhado” são consideradas as causas de doenças. O “mau-olhado”, por exemplo, é a explicação utilizada para justificar uma doença súbita da criança (febre, vômitos, diarreia ou choro).

As crenças culturais e religiosas relacionam-se com o uso das tradições culturais de modo a proteger à saúde: objetos de proteção/amuletos que podem ser usados transportados ou pendurados em casa ou no quarto; rituais para proteger de mau-olhado ou espírito maligno; oração como uma forma de prevenção e tratamento.

Assim, os profissionais de saúde devem:

- Permitir que a criança/jovem use esses objetos no contexto dos cuidados de saúde e compreender o valor desses objetos;
- Manter os objetos onde o cliente pediátrico (criança/jovem e família) os colocou e, quando removidos durante um procedimento, devem ser devolvidos assim que possível e explicar à família a razão da remoção, de forma a demonstrar o respeito pelos seus desejos.

As práticas de saúde são consideradas uma forma de manifestação cultural que visam o tratamento com recurso à medicina tradicional, com o objetivo de proteger a saúde ou procurar a cura para a doença. Em relação à prática de saúde existe, ainda, uma grande valorização da medicina tradicional, do uso de remédios tradicionais, como ervas, óleos e raízes. Valoriza-se a procura de curandeiros para o tratamento das doenças, inserção de substâncias na dieta com o fim de proteger à saúde e realização de rituais religiosos. Enquanto profissional de saúde é importante respeitar as práticas que não interfiram nos cuidados de saúde e na situação clínica do doente.

As relações familiares dizem respeito às relações existem entre os elementos familiares. No âmbito das relações familiares existem fortes laços de parentesco, redes familiares alargadas, uma maior disponibilidade para os elementos da família se ajudarem em situações de doenças ou crises. A doença não é vista como um fardo no seio familiar,

situação reconhecida na valorização dos idosos, que são cuidados e admirados. As mulheres desempenham de decisão relativo à saúde.

O padrão de comunicação refere-se às características de comunicação inerentes ao povo africano. Os indivíduos de origem africana valorizam a comunicação não verbal. O silêncio pode indicar falta de segurança, assim, como um contacto visual prolongado pode ser visto com agressivo. As pessoas pertencentes a culturas africanas demonstram o afeto através do toque e abraços. Contudo, consideram que: olhar diretamente nos olhos, durante uma conversa, pode ser indelicado; tocar nos cabelos de outro indivíduo, pode ser considerado ofensivo; e colocar questões pessoais a alguém, durante o primeiro encontro, é visto como impróprio e intrusivo.

O tempo presente é mais importante que o futuro, porque este é desconhecido e o presente conhecido. Assim, estas pessoas consideram que têm pouco ou nenhum controlo sobre o futuro, por exemplo, podem não aderir a um determinado tratamento por acreditarem que não irá alterar a situação de doença, dado que é esse o seu destino.

Enquanto profissional de saúde deve-se usar interpretes, falar lentamente e evitar uso de jargão profissional. É importante, também, que se utilize material escrito no idioma do cliente pediátrico.

5. RECURSOS

Para a realização deste trabalho serão utilizados como recursos materiais (livros técnicos e computador), recursos digitais (bases de dados, *internet*) e recursos humanos (Enfermeira Orientadora Clínica e Enfermeira do Serviço).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado holístico em pediatria representa um desafio para os profissionais de saúde, devido à diversidade cultural existente nos contextos da prática clínica. De forma a dar resposta a este desafio, torna-se importante que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros que interagem diariamente com os clientes pediátricos oriundos de outros países, sejam detentores de conhecimento sobre outras culturas e compreendam diferenças e semelhanças, tendo em atenção à forma como podem afetar a saúde.

Perante a diversidade cultural, é de extrema importância desenvolver intervenções de enfermagem promotoras de cuidados culturalmente sensíveis e competentes, pois permitirá o desenvolvimento de competência cultural do enfermeiro, que, conseqüentemente, contribuirá para uma prestação de cuidados individualizados de qualidade e culturalmente competentes, garantido a satisfação do cliente pediátrico.

Com a realização deste trabalho pretendo contribuir para desenvolvimento da competência cultural de enfermeiros que cuidam de crianças, jovens e família de origem africana. Este trabalho permitir-me-á, também, consolidar e adquirir novos conhecimentos acerca da temática em causa, assim como, refletir sobre as minhas intervenções na prática diária e para o desenvolvimento de competência cultural.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brito, L.E.F. (2016). *Competência cultural em saúde* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra, Portugal]. <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/34031/1/Tese.pdf>.
- Correia, F. (2018). *A doença falciforme em países da África subsaariana: revisão integrativa da literatura* [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil]. <https://inisa.ufms.br/files/2019/04/A-DOEN%C3%87A-FALCIFORME-EM-PA%C3%8DSES-DA-%C3%81FRICA-SUBSAARIANA-revis%C3%A3o-integrativa-da-literatura.pdf>.
- Coutinho, E., Amaral, S., Parreira, V., Chaves, C., Amaral, C., & Nelas., P. (2017). O Cuidado Cultural na Trajetória da enfermagem transcultural e competência cultural. *Revista Investigação Qualitativa em saúde*, 2, 1578-1587.
- Carneiro, S. I. G. (2018). *Despertar para um cuidar culturalmente competente*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal]. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/24724/1/RELAT%C3%93RIO%20FINANCIAL%20COM%20AS%20REFORMULA%C3%87%C3%95ES%20SOLICITADAS%20-%20SANDRA%20IN%20-%20CARNEIRO%206717.pdf>.
- Campinha-Bacote, J. (1999). A model and instrument for addressing cultural competence in health care. *Journal of Nursing Education*, 38(5), 203-207.
- Imigrantes em Portugal em 2020. Consultado em: <https://rotunnocidadania.com.br/dupla-nacionalidade-blog/imigrantes-em-portugal-cresce-e-populacao-chega-a-7-no-pais/>.
- De, D., Blackmore, A., & Taylor, H. (2019). Enhancing the care of patients with sickle cell disease. *Revista Nursing Standard*, 34(10), 29-34.
- Moita, M. A. G., & Silva, A. L. (2016). Modelos de Competência Cultural: Uma análise crítica. *Revista Pensar Enfermagem*, 20(2), 72-88.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Regulamento nº 422/2018 de 12 de julho. *Diário da República*, 2ª série – nº 133, 19192-19194.
- Rios, J., Lazzarini, M., & Jr., V. S. (2017). *Cultura e diversidade*. Google Books. <https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=cGkvDwAAQBAJ&oi=>

fnd&pg=PT2&dq=cultura&ots=bAE-c45MUH&sig=eKz5otMiOefLJd24tqodq
4FypTo&redir_esc=y#v=onepage&q=cultura&f=false.

Thibodeaux, A.G., & Mooney-Doyle, K. (2014). Influências sociais, culturais e religiosas na promoção da saúde de criança. In M. J Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e Adolescentes* (9nd ed., vol. 1, pp. 21-48). Lusociência.

Wilkins, C H., Williams, M., Kaur, K., & DeBaun, M. R. (2021) Academic Medicine's journey toward racial equity must be grounded in history: Recommendations for becoming na antiracist academic medical center. *Revista Acadêmica*, 96(11), 1507- 1512.

APÊNDICE

APÊNDICE I - PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: Despertar para o Cuidado Culturalmente Competente

Local: Serviço de Internamento Pediátrico

Data: 13 de janeiro de 2022

Duração da sessão: 30 minutos, em dois turnos diferentes

Público-Alvo: Equipa de Enfermagem

Formador(a): Nysioline Sá

Objetivo Geral: contribuir para o desenvolvimento da competência cultural de enfermeiros que cuidam de crianças, jovens e família de origem africana.

Objetivos específicos:

- Dar a conhecer contextualização da temática - *Despertar para o Cuidado Culturalmente Competente*;
- Definir cultura, competência cultural e os níveis de competência cultural, definir cuidados culturalmente competente;
- Descrever as características culturais de origem africana que interferem nos cuidados de saúde.

Fases	Conteúdos teóricos	Métodos	Recursos didáticos	Atividades didáticas	Duração (min)
Introdução	- Apresentação do tema da sessão; - Apresentação dos objetivos da sessão.	Expositivo	Computador; Apresentação multimédia	Diálogo	3 min
Desenvolvimento	- Definir cultura, competência cultural e os seus níveis; - Definir cuidados culturalmente competente; - Identificar as barreiras existentes quanto a prestação de cuidados culturalmente competentes; - Identificar características culturais de origem africana que interferem na saúde; - Sintetizar os principais aspetos abordados na sessão.	Expositivo	Computador; Apresentação multimédia	Diálogo	20 min
Conclusão	Considerações finais	Expositivo	Computador; Apresentação multimédia	Diálogo	7 min

Apêndice XI – Sessão de formação
“Despertar para o cuidado culturalmente competente”

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
12º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

DESPERTAR PARA O CUIDADO CULTURALMENTE COMPETENTE



Elaborado por: Nysioline Sá, nº 10495



Lisboa
Janeiro, 2022

SUMÁRIO

Introdução

Finalidade e Objetivos

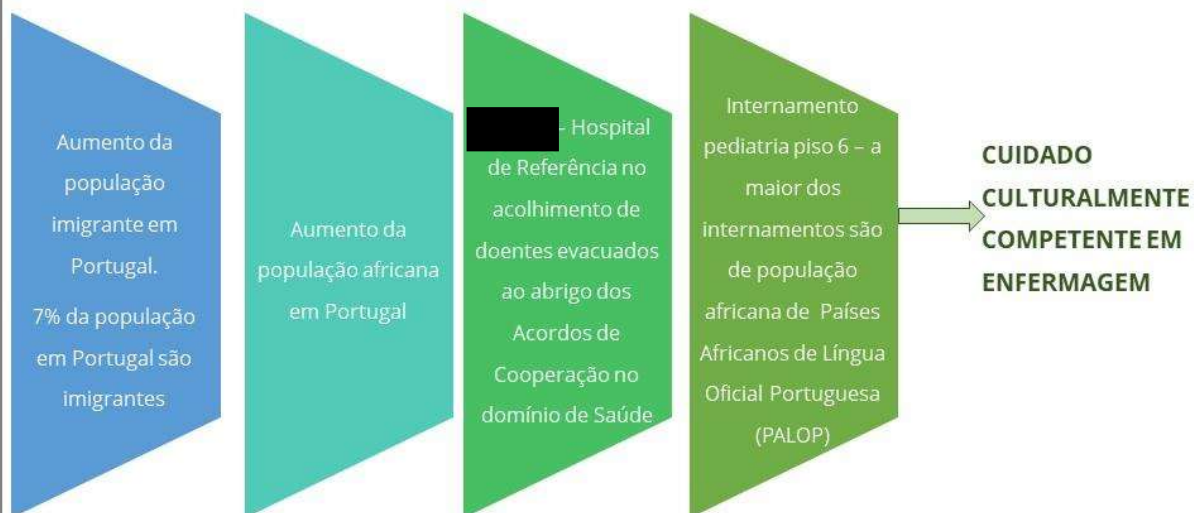
Definição de conceitos

Cuidados culturalmente competente

Dimensões organizadoras culturais de origem africana que
interferem nos cuidados de saúde

Síntese

INTRODUÇÃO



(SEF, 2020; RIFA, 2019)

FINALIDADE

Contribuir para os cuidados de enfermagem culturalmente competentes à criança, jovem e família de origem africana.



OBJETIVO GERAL

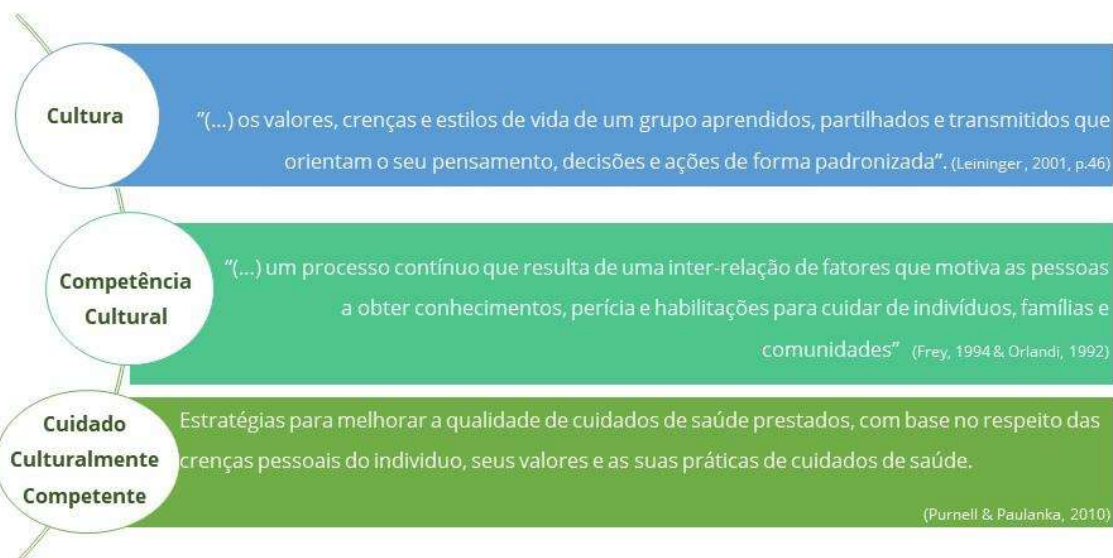


Contribuir para o desenvolvimento da competência cultural de enfermeiros que cuidam de crianças, jovens e família de origem africana.

OBJETIVOS ESPECIFICOS



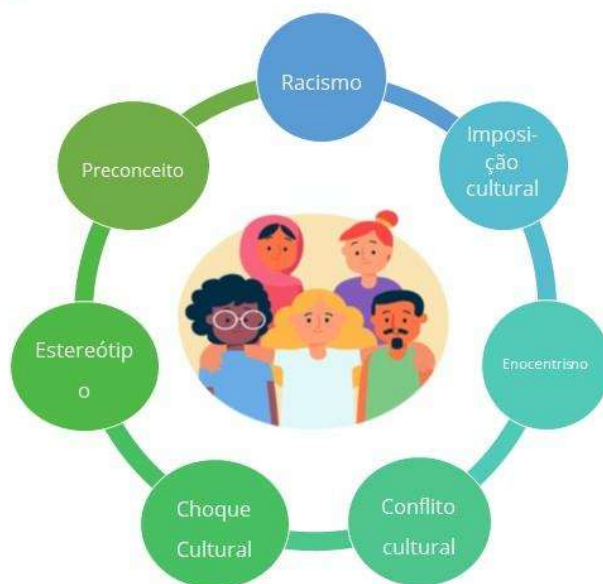
DEFINIÇÃO DE CONCEITOS



NÍVEIS DE COMPETÊNCIA CULTURAL

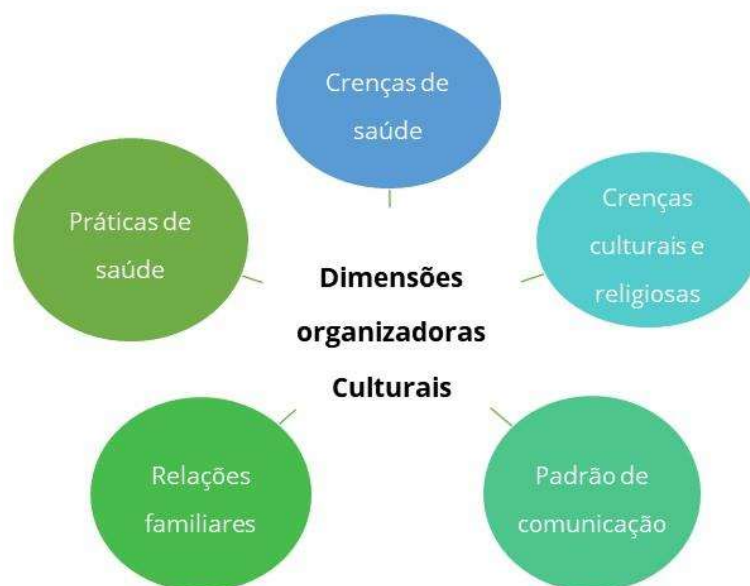


BARREIRAS AO DESENVOLVIMENTO CULTURAL



(Silva, 2012)

DIMENSÕES ORGANIZADORAS CULTURAIS DE ORIGEM AFRICANA QUE INTERFEREM NOS CUIDADOS DE SAÚDE



(Purnell & Paulanka, 2010)

CRENÇAS DE SAÚDE

Influenciam o modo como as famílias lidam com problemas de saúde e como respondem aos prestadores de cuidados de saúde.

- As causas de doenças são explicadas por forças sobrenaturais e naturais. A bruxaria, vodu, maus espíritos e o “mau-olhado” são consideradas causas das doenças;
- O “mau-olhado” são explicações para uma doença súbito de criança (febre, vômitos, diarreia ou choro).



Fonte: <https://falauniversidades.com.br/vodu-confira-cinco-mitos-e-verdades-sobre-a-pratica>

(Purnell & Paulanka, 2010)

CRENÇAS CULTURAIS E RELIGIOSAS

- Uso das tradições culturais de modo a proteger à saúde;
- Uso de objetos de proteção/amuletos que podem ser usados transportados ou pendurados em casa ou no quarto;
- Uso de rituais para proteger de mau-olhado ou espírito maligno;
- Oração é uma forma de prevenção e tratamento.



Fonte: <https://www.google.com/search?q=amuletos+afRICANOS>

Enquanto profissionais de saúde:

- Permitir que a criança/jovem use esses objetos no contexto dos cuidados de saúde e compreender o valor desses objetos;
- Manter os objetos onde o cliente pediátrico (criança/jovem e família) os colocou e quando removidos durante um procedimento, devem ser devolvidos assim que possível e explicar a família a razão da remoção, de forma a demonstrar o respeito pelos seus desejos.

(Purnell & Paulanka, 2010)

PADRÃO DE COMUNICAÇÃO

- Comunicação verbal – abordagem direta, colocar questões pessoais no primeiro encontro é considerado impróprio;
- Comunicação não verbal – contacto visual durante uma conversa pode ser considerado indelicado/agressivo;
- O tempo presente é mais importante do que o futuro;
- Pouco ou nenhum controlo sobre o futuro (podem não aderir a um tratamento porque acreditam que nada alterar o resultado dado que é esse o seu destino);
- O silêncio pode indicar falta de segurança;
- Mostram afetos através do toque e abraços.



Fonte: <https://www.google.com/search?q=amigos+s e+abra%C3%A7ando+desenhos>.

Enquanto profissional de saúde:

- Uso de interpretes;
- Falar lentamente e evitar uso de jargão profissional;
- Usar material escrito no idioma do cliente pediátrico.

(Purnell & Paulanka, 2010)

PRÁTICAS DE SAÚDE

- Valorização de medicina tradicional;
- Procura de curandeiros para o tratamento das doenças;
- Uso de remédios tradicionais;
- Inserção de substância na dieta com o fim de proteger a saúde;
- Realizações de rituais religiosos.



Fonte: <https://www.google.com/search?q=pr%C3%A1ticas+de+saude+africana>.

Enquanto profissional de saúde:

Respeitar práticas que não interfiram nos cuidados de saúde e na situação clínica do doente.

(Purnell & Paulanka, 2010)

RELAÇÕES FAMILIARES

- Redes familiares alargadas;
- Os membros de família ajudam em situações de crise;
- A doença de um membro familiar não é vista com um fardo;
- As mulheres desempenham papéis importantes nas decisões relativas à saúde;
- Os idosos são cuidados e respeitados.



(Purnell & Paulanka, 2010)

SÍNTESE



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brito, L.E.F. (2016). *Competência cultural em saúde* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra, Portugal]. <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/34031/1/Tese.pdf>.
- Correia, F. (2018). *A doença falciforme em países da África subsaariana: revisão integrativa da literatura* [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil]. <https://inisa.ufms.br/files/2019/04/A-DOEN%C3%87A-FALCIFORME-EM-PA%C3%8DSES-DA-%C3%81FRICA-SUBSAARIANA-revis%C3%A3o-integrativa-da-literatura.pdf>.
- Coutinho, E., Amaral, S., Parreira, V., Chaves, C., Amaral, C., & Nelas, P. (2017). O Cuidado Cultural na Trajetória da enfermagem transcultural e competência cultural. *Revista Investigação Qualitativa em saúde*, 2, 1578-1587.
- Carneiro, S. I. G. (2018). *Despertar para um cuidar culturalmente competente*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal]. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/24724/1/RELAT%C3%93RIO%20FINAL%20COM%20AS%20REFORMULA%C3%87%C3%95ES%20SOLICITADAS%20-%20SANDRA%20IN%C3%8AS%20CARNEIRO%206717.pdf>.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Campinha-Bacote, J. (1999). A model and instrument for addressing cultural competence in health care. *Journal of Nursing Education*, 38(5), 203-207.
- Imigrantes em Portugal em 2020. Consultado em: <https://rotunnocidadania.com.br/dupla-nacionalidade-blog/imigrantes-em-portugal-cresce-e-populacao-chega-a-7-no-pais/>.
- Moita, M. A. G., & Silva, A. L. (2016). Modelos de Competência Cultural: Uma análise crítica. *Revista Pensar Enfermagem*, 20(2), 72-88.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Regulamento n° 422/2018 de 12 de julho. *Diário da República*, 2ª série - n° 133, 19192-19194.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Rios, J., Lazzarini, M., & Jr., V. S. (2017). *Cultura e diversidade*. Google Books. https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=cGkvDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=cultura&ots=bAE-c45MUH&sig=eKz5otMiOefLjd24tqodq4FypTo&redir_esc=y#v=onepage&q=cultura&f=false.
- Thibodeaux, A.G., & Mooney-Doyle, K. (2014). Influências sociais, culturais e religiosas na promoção da saúde de criança. In M. J Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e Adolescentes* (9nd ed., vol. 1, pp. 21-48). Lusociência.

OBRIGADA PELA ATENÇÃO



Apêndice XII – Reflexão
“Comunicar com a criança em idade pré-escolar”



**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Ano letivo 2021/2022

2º Ano, 3.º Semestre

**Comunicar com a criança
em idade pré-escolar**

Discente: Nysioline Sá, n.º 10495

Docente orientadora: Prof.ª Cristina Jeremias

Lisboa

janeiro 2022

LISTA DE SIGLAS

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	4
DESENVOLVIMENTO.....	5
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	10

INTRODUÇÃO

Esta reflexão insere-se no Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, no contexto do Estágio da Consulta de Enfermagem do Desenvolvimento Infantil da Unidade Curricular Estágio com Relatório.

De acordo com Peixoto e Peixoto (2016), o conceito de reflexão em enfermagem consiste em recordar uma determinada experiência da prática, pensar sobre ela, e avaliar a forma de interligar os conhecimentos teóricos adquiridos com os momentos da prática real, contribuindo para adquirir novos conhecimentos e melhorar os cuidados de saúde.

Este trabalho surgiu com a necessidade de refletir sobre situações vividas neste contexto, relativa à comunicação estabelecida com a criança e família, com base nos princípios e técnicas de comunicação com a criança, descritas por Hockenberry (2014), e também dar resposta a um dos objetivos deste estágio, “Desenvolver competências de comunicação adequada ao estágio de desenvolvimento e a cultura da criança/jovem e família”. Conforme refere Phaneu (2005, p. 23), a comunicação é “um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre as pessoas”, pode ser consciente ou inconsciente, através do comportamento verbal ou não verbal, de acordo com a forma de agir dos intervenientes no processo (Ordem dos Enfermeiros ([OE], 2010). Para Coelho & Sequeira (2014), a comunicação é um processo consciente, realizado de forma intencional, através do qual o cuidador reúne informações relacionadas com o estado de saúde da pessoa, tendo como finalidade identificar e dar respostas às necessidades de cada pessoa, de forma a contribuir para melhorar a prática de enfermagem.

Sendo a comunicação uma ferramenta inevitável para a relação enfermeiro-cliente, e por constituir um desafio para os profissionais de saúde (Coelho & Sequeira, 2014), torna-se fundamental refletir sobre a minha forma de comunicação, com o objetivo de melhorar as minhas futuras intervenções.

Assim, a elaboração desta reflexão tem como objetivo desenvolver a minha capacidade de reflexão e discussão sobre a comunicação realizada com uma criança em idade pré-escolar. Escolhi este grupo etário, por ser um dos grupos etários em que se considera mais difícil estabelecer a comunicação com a criança (Hockenberry, 2014).

DESENVOLVIMENTO

A situação sobre a qual me proponho refletir diz respeito à comunicação estabelecida com uma criança de quatro anos de idade, que veio à Consulta de Desenvolvimento pela primeira vez, acompanhada pela mãe. A criança foi referenciada pela Escola por suspeita de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), uma vez que é uma criança que se distrai facilmente, com dificuldade em concentrar-se nas atividades propostas pelas Educadoras, sendo descrita como uma criança impulsiva.

A PHDA consiste numa perturbação do neurodesenvolvimento, caracterizada por alterações comportamentais, que provoca na criança alterações de atenção (desatenção), impulsividade e hiperatividade. As crianças apresentam, também, dificuldade em adequar o seu comportamento a uma dada tarefa ou situação. Normalmente, o aparecimento desta perturbação ocorre na primeira infância, e é mais frequente nos rapazes, afetando cerca de 5-7% das crianças a nível mundial (Moura, 2022).

Escolhi esta situação por se tratar de um menino em idade pré-escolar, um dos grupos etários em que se considera mais difícil estabelecer a comunicação com a criança, por apresentar características de egocentrismo e focar a comunicação nela própria (Hockenberry, 2014).

Em um dos dias em que estive a realizar as Consultas de Enfermagem do Desenvolvimento Infantil, sob supervisão da minha Orientadora Clínica, quando me dirigi à sala de espera para chamar a criança, encontrei um menino chamado G. a brincar com um carro nas cadeiras da sala de espera, na companhia da mãe. Após chamar pelo seu nome, G. olhou para mim por breves segundos, e continuou a brincar, cheguei mais perto da mãe do G., disse-lhe “bom dia” e coloquei-me ao nível de G., abordei-o com um “olá, tens um carro muito bonito!”. Aproveitei para elogiar o seu carro e dizer-lhe que poderia continuar a brincar no gabinete, porque lá existiam mais carros; e perguntei, também, se queria ir ver e brincar com eles juntamente com a mãe. Levantou-se das cadeiras e foi para junto da mãe, ficou encostado a ela, a olhar para mim de forma desconfiada. A mãe segurou-lhe pelas mãos e incentivou-o a ir ver os carros. Ao entrarem no gabinete, convidei-os a sentarem-se nas duas cadeiras que estavam à frente da secretária e aproveitei para me apresentar. O G. não quis sentar-se, estava muito distraído a olhar e a explorar os desenhos existentes na parede do gabinete

da consulta, que estava decorada com figuras de animais, e personagens de histórias infantis. De acordo com Hockenberry (2014), o local onde os enfermeiros realizam a consulta/entrevista é tão importante como a própria consulta/entrevista, devendo este local conter brinquedos ou atividades de brincadeiras, pois servem de estratégia para estabelecer a comunicação com a criança. Visto que o Brincar é uma das estratégias de comunicação com a criança, o gabinete da consulta também foi adequado nesse sentido. Com o propósito de obter a atenção de G. e estabelecer uma interação, coloquei carros de diferentes cores sobre a secretária, virados com a frente na sua direção.

Iniciei o diálogo com a mãe de G. com a supervisão da enfermeira Orientadora Clínica, com objetivo de obter informações clínicas sobre G., validar se a mãe saberia do motivo da referenciação e se partilhava das mesmas preocupações que as Educadoras de G. Informei-a sobre os objetivos e atividades a desenvolver na Consulta, pois os pais funcionam como mediadores na relação entre enfermeiro e criança, e na maioria das vezes as informações obtidas sobre a criança devem-se à interação com os mesmos (Hockenberry, 2014). Esta situação traduz a importância dos pais estarem presentes nas consultas, pois a entrevista não só proporciona a oportunidade de determinar o estado de saúde e o estágio de desenvolvimento da criança, mas também permite obter informações sobre os fatores que influenciam a vida da criança (Hockenberry, 2014).

Enquanto conversávamos com a mãe, G. ia brincando, por vezes ia olhando de forma intermitente para nós, mas desviava o olhar rapidamente sempre que o nosso se cruzava com o dele.

À medida que o tempo foi passando, no decorrer da conversa com a mãe, o comportamento de G. foi-se alterando. No início, começou por ver os desenhos existentes na parede, parecendo desinteressado do que estava a acontecer. Após alguns instantes, G. começou a chamar a atenção da mãe, direcionando-se para junto dela, colocando as duas mãos no rosto da mãe para que ela se virasse para ele, verbalizando que queria os carros que estavam sobre a secretária. Aproveitei o momento, e a sua curiosidade, para lhe dizer: “são giros e têm cores diferentes”. G. olhou para mim por breves segundos e voltou a olhar novamente para a mãe. Foi então que lhe perguntei: “Qual deles é que mais gostas? Queres um? Podes vir buscar, diz-me ou aponta para o qual que queres”. Olhou para mim e apontou para o carro azul, ao que lhe disse: “pois, este tem uma cor gira, gostas do azul? E tu já sabes as cores?”. Acenou com a cabeça, disse-lhe que podia vir buscar o carro que tinha escolhido. Começou a brincar com o carro sobre a secretária, a mover as rodas. Aproveitei este momento para lhe colocar

questões sobre algumas cores, visto que existiam carros de diferentes cores, e para lhe perguntar o nome dos objetos e as suas funcionalidades, colocando, para o efeito, uma caixa composta por alguns objetos sobre a secretária. Com esta atividade, e, utilizando uma linguagem adequada ao seu estágio de desenvolvimento, verifiquei que o G. foi começando a comunicar connosco, por vezes distraía-se, mas após ser estimulado novamente, voltava a concentrar-se na atividade. No decorrer da brincadeira, enquanto segurava os carros, perguntei-lhe: “E este é de que cor?”, e o G. dizia as cores, e sempre que acertava, dava-lhe um reforço positivo, reforçando assim a continuação da atividade.

Depois desta atividade, o G. começou a sentir-se mais à vontade na interação, o que permitiu o desenvolvimento cognitivo e, também, facilitar a comunicação.

Quando chegou o momento de realizar a avaliação antropométrica, disse-lhe: “Olha G. já brincamos com os carros, agora vou mostrar-te uma coisa que nos ajuda a ver se tu estás mais crescido, pode ser?”. Dirigi-me para a balança e disse-lhe: “Vais ter que subir para aqui, consegues subir?” Mas antes tens de descalçar os sapatos, já consegues fazer isso sozinho?” o G. olhou para mim e respondeu que sim, e correu para o colo da mãe para tentar descalçar-se. Após retirar os sapatos, disse-lhe “Então vamos lá ver se estás crescido! Já podes subir!”. O G. subiu para a balança e olhou para mim como se estivesse à espera que lhe dissesse estava crescido. Ao aperceber-me da sua reação, exclamei: “Boa! Cresceste imenso!”. Mas, antes que saísse da balança, referi que precisava de ver se conseguia tocar numa das figuras desenhadas na parede, e expliquei-lhe que teria de se virar para a parede. Virou-se, cumpriu as indicações de posicionamento que lhe dei, mantendo-me sempre ao seu lado. Após a avaliação, referi-lhe que estava muito crescido porque já conseguia tocar numa das figuras mais altas, voltando assim a dar-lhe um reforço positivo e a agradecer pelo seu comportamento e ajuda. Informei-o então que em seguida iríamos fazer outro jogo para ver se ele tinha muita força nos braços, com o intuito de avaliar a sua tensão arterial. Pedi-lhe que se sentasse na cadeira e aproximasse um dos braços, mas poderia escolher qual o braço queria dar-me. Também, expliquei-lhe que, para vermos a “força” do seu braço, ele podia sentir um pouco de desconforto, mas que dependia de cada menino, ele poderia não sentir. Mostrei-lhe o aparelho e a braçadeira, a qual chamei de “fita”. Expliquei-lhe que aquela era uma “fita” especial, ia apertar-lhe um bocadinho o braço para poder medir a força que tinha, mas que seria rápido, e perguntei-lhe se queria tocar na “fita”. Com esta explicação sobre a minha intervenção a realizar e ao permitir que o G. tocasse

na braçadeira, permitiu envolver-lhe nos cuidados que ia prestar. De acordo com Brown (2014), nesta fase é importante que a criança explore e brinque com o equipamento com o qual irá contactar, incluindo-a nas escolhas sempre que possível, explicando-lhe os procedimentos, e sendo sempre honesta em relação a uma possível dor ou desconforto que possa sentir, de forma a contribuir para reduzir a ansiedade da criança.

Coloquei a braçadeira e consegui avaliar a tensão arterial de G., no final da avaliação disse-lhe que estava muito forte, e agradeci-lhe pela colaboração e ajuda.

De forma a terminar a consulta, disse o G. que agora teria de ir para o outro gabinete, que tinha alguém à sua espera, para lhe mostrar como ele tinha muita força e como estava crescido.

Desta intervenção, posso concluir que a brincadeira foi uma técnica de comunicação fundamental para que o G. participasse na consulta, e permitiu que estabelecesse uma comunicação com ele. Em saúde infantil, a brincadeira assume um papel importante, é um cuidado fundamental para o estabelecimento da comunicação com a criança. O mesmo é corroborado por Hockenberry (2014), quando afirma que a brincadeira é considerada a linguagem universal da criança.

Analizando a minha comunicação com o G. com base nos princípios e técnicas de comunicação com a criança, descritas por Hockenberry (2014), posso afirmar que consegui cumprir maioritariamente dos princípios e técnicas descritas, sendo que; assumi uma posição ao mesmo nível do olhar do G., quando ainda estava na sala de espera a brincar; iniciei o diálogo com a mãe; esperei que o G. se sentisse à vontade; evitei realizar avanços súbitos ou rápidos, sorrisos exagerados ou um olhar prolongado; falei com um tom de voz tranquilo durante a consulta e a explicação das intervenções a realizar, utilizando palavras simples e frases curtas; fui honesta quando lhe disse que a braçadeira poderia apertar o braço e causar algum desconforto, e dei-lhe a escolher em qual dos braços queria que avaliasse a tensão arterial; e utilizei uma abordagem em que recorri a um objeto para facilitar o início da interação, neste caso o carro, de forma a estabelecer uma comunicação com ele, evitando uma abordagem direta. Todos estes princípios e técnicas permitiram-me comunicar de forma eficaz com o G., atingir todos os objetivos da consulta, e conseqüentemente a participação de G. nas atividades desenvolvidas, com recurso a brincadeira.

Esta reflexão permitiu-me ter uma maior consciência da minha intervenção no âmbito da comunicação com a criança, e reavaliar a minha forma de comunicar com a criança e compreender a razão de o fazer e como o fazer. Também contribuiu para

consolidar e adquirir novos conhecimentos sobre princípios e técnicas de comunicação, contribuindo de igual modo para o desenvolvimento da Competência Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), E3.3 - Comunicar com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura, demonstrando “conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família”, relacionando “como a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura” e demonstrando “habilidade de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem” (OE, 2018, p.19194).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Coelho, MTV., & Sequeira, C. (2014). Comunicação terapêutica em enfermagem: Como a caracterizam os enfermeiros. *Revista Portuguesa de enfermagem de saúde mental*, (11), 31-38.
- Moura, O. (2022). Portal da Hiperatividade/Défice de Atenção. <https://hiperatividade.com.pt>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2010). *Guia Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Pub. No regulamento nº 422/2018 de 12 de julho. *Diário da República*, 2º série – nº 133, 19192-19194.
- Peixoto, N. M. S. M., & Peixoto, T. A. S. M. (2016). Prática reflexiva em estudante de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(11), 121-132.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusodidacta.
- Hockenberry, M. J. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp. 122-132). Lusociência.
- Brown, T. L. (2014). Especificidades nas Intervenções de Enfermagem em Pediatria. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp.1064-1065). Lusociência.

Apêndice XIII – Cartões de comunicação em crioulo

Ora ki sta ku barriga pah
bas i ta latanda cabeça



Quando está em decúbito ventral levanta a cabeça

I ta djubiu fixo ora ku na dal di kume



Fixa a face da mãe quando o alimenta

I ta ri dja?



Já sorri?

I ta tchora ora ki sta ku fralda sussu



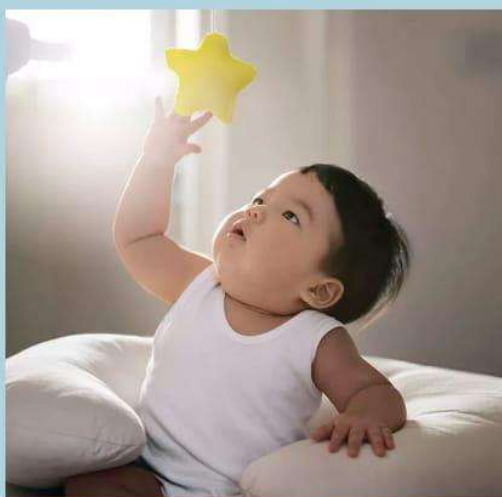
Chora quando está desconfortável (por exemplo, quando tem a fralda suja)

Ora ki sinta i ta consegu
pega si cabeça



Na posição sentado(a) tem controlo da cabeça

Ora ki obi barudju di
qualquer cusa, i ta vira
cabeça ku udju



Reage ao som (vira os olhos e a cabeça quando ouve um
som)

Bu ta dal so liti di mama?



Faz apenas o leite materno?

Canto bias ku ta dal di mama?



De quantas em quantas horas lhe dá o leite?

I ta farta so ku bu liti?



Fica satisfeito só com o seu leite?

I ta fasi coco ku xixi diritu



Faz bem xixi e coco

I ta iabri mon i disal



Mantém as mãos abertas

I ta djunta mon suma palmu
i brinca ku el



Junta as mãos na linha média e brinca com elas

I ta pega si brinquedo i
lebal pah perto di si cara



Segura brevemente a roca e move-a em direção a face

I ta fixa udju tras na cusas



Fixa e segue os objetos

I ta sinta sin pega



Senta-se sem apoio

I ta consigui firma si bu
pegal ou si pega na
algum cusa



Consegue ficar em pé com apoio

I ta pudi toma brinquedo un
mon i passa pah utro mon



Transfere os objetos

I ta ri alto



Dá gargalhadas

I ta michi ou buli tchiu, i ta
presta atençon, i ta misti
sibi ou odja tudo cusa



É muito ativo(a), atento(a) e curioso(a)

Si na brinca ku objecto,
si kila kai so i ta disquicil



Esquece imediatamente o objeto quando este cai

I ta gatinha?



Já gatinha?

I ta pui objectos na boca



Leva os objetos à boca

I ta tchuli ki dedo



Aponta com o dedo indicador

I ta tenta pega



Já faz a pinça

I ta fertcha objectos pabia i misti



Atira os objetos ao chão intencionalmente

I ta bai busca brinquedo
ora ki i cai na tchom



Procura o objeto que caiu ao chão

I ta cumenti si cabeça bolacha



Leva uma bolacha à boca

I ta firma, ora ki na ria i ta
pui um mon ou dus mon pah
djudal



Põe-se de pé e baixa-se com o apoio de uma ou duas mãos

I ta vira pah tras si alguin
djoma si nomi



Volta-se quando ouve o nome

I ta intinti mandados simplis suma sana



Comprende ordens simples, como "dá, adeus"

I ta bibi na cupu si bu djudal



Bebe pelo copo com ajuda

I ta consigui pega cudjer,
ma i kata usal



Consegue segurar a colher, mas não a usa

Si i na bistido i ta djuda, i
ta lantanda mon pah ropa
entra



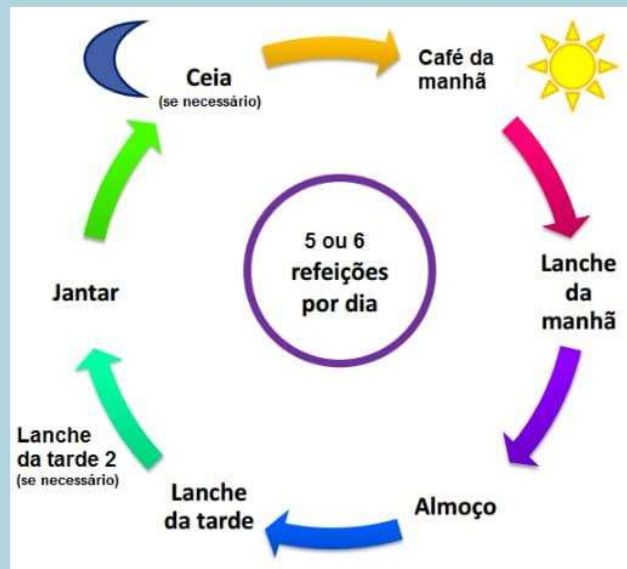
Ajuda no vestir, levantando os braços

I ta cumé diritu?



Come bem?

Kanto bias ki ta cumé na dia?



Quantas refeições faz por dia?

I ta durmi diritu?



Dorme bem?

I ta toma algun mecinhu?



Faz alguma medicação?

Na si escola ista tudo normal?



Está a correr tudo bem na escola?

¿Tiene amigos?



¿Tiene amigos?

I ta djumbai ku si colegas?



Interage com os seus pares?

I ta pista si colegas
brinquedos?



Partilha os brinquedos?

Ku kin ki ta fica ku el na
dia?



Com quem fica durante o dia?

I ta bai dja escola?



Já frequenta escola?

I ta papia dja algum cusa?



Já diz algumas palavras?

No na pesal, no midil tan.
Bu pudi tiral ropa , di fabur.



Vamos pesar e medir. Tiral-lhe a roupa, se faz favor.

Cartões de Comunicação em Crioulo



Trabalho realizado por: Nysioline Sá, Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Fonte de imagens: Google search.

Apêndice XIV – Projeto folheto sobre Sono



**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Ano letivo 2021/2022

2º Ano, 3.º Semestre

Projeto folheto

**“Dormir na minha própria cama e de barriga para
cima é mais seguro”**

Discente: Nysioline Sá, n.º10495

Docente orientadora: Prof.ª Cristina Jeremias



**Lisboa
fevereiro 2022**

LISTA DE SIGLAS

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

RCEEEESIP - Regulamento de Competência Específicas do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

s.d – Sem data

SMSL – Síndrome da Morte Súbita do Lactente

SPP – Sociedade Portuguesa de Pediatria

SPS-SPP - Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	4
1. PERTINÊNCIA.....	5
2. FINALIDADE E OBJETIVOS.....	5
3. POPULAÇÃO-ALVO	5
4. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA	6
5. RECURSOS	7
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	8
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	9

INTRODUÇÃO

A elaboração deste projeto folheto insere-se no Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, no contexto do Estágio de Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Unidade Curricular Estágio com Relatório, tendo como temática - *Dormir na minha própria cama e de barriga para cima é mais seguro*.

A Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPS-SPP, 2017), definem o sono como uma função natural, básica, sujeita a evolução ao longo do ciclo da vida, sendo fundamental para o crescimento e desenvolvimento das crianças. Contudo algumas práticas realizadas pelos pais no que se refere à promoção de um ambiente de sono seguro podem ser consideradas incorretas e colocam em causa a segurança da criança (Azevedo et al., 2015).

Este trabalho surgiu no decorrer das Consultas de Enfermagem de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil. Durante as consultas realizadas com a supervisão da Enfermeira Orientadora, pude perceber que quando era abordado o tema sono, especificamente quando era questionado em que posição o lactente era deitado, no berço/local próprio ou no próprio quarto, a maioria dos pais respondia que a criança dormia junto deles na mesma cama, desconhecendo os riscos que esta prática pode causar. Face a estas situações vivenciadas nas consultas, surgiu então a necessidade de realizar um folheto sobre o sono.

O folheto inclui informações sobre: os benefícios do sono; as recomendações para um sono seguro de lactentes com idades compreendidas entre um mês e seis meses; as possíveis consequências para um lactente que não dorme; os riscos de dormir com o lactente junto aos pais na mesma cama; e as medidas preventivas para um sono seguro. Para a realização deste folheto foi utilizada uma linguagem simples e clara, sendo que, posteriormente, o mesmo foi adaptado os hábitos da cultura africana e escrito em crioulo, visto que a maioria clientes desta Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) são provenientes de países africanos.

Para a elaboração do folheto, recorreu-se a pesquisa bibliográfica, consulta de livros técnicos e entrevistas informais com os pais, com objetivo de conhecer e compreender os seus hábitos em relação ao sono.

1. PERTINÊNCIA

De acordo com Azevedo et al. (2015), a promoção de um ambiente de sono seguro está relacionada com a prevenção do Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL), considerada a principal causa da mortalidade infantil pós-neonatal em países desenvolvidos (Matoso, 2019). Para estes autores tornar-se fundamental o desenvolvimento de intervenções no âmbito educacional, de forma a transmitir conhecimentos aos pais sobre os riscos de uma prática inadequada relativamente ao ambiente do sono. O mesmo é corroborado por Sadowski (2020), quando diz que é um desafio para os pais compreenderem a importância de um ambiente de sono seguro, dada a inexistência de conhecimentos da parte dos mesmos sobre esta necessidade humana fundamental. Esta autora considera que promover o conhecimento dos pais sobre a temática do sono e incentivar para uma prática de sono seguro é fundamental, podendo contribuir para a diminuição de acidentes. Azevedo et al. (2015) referem, também, que pode ajudar a reduzir o risco do SMSL relacionada com o período do sono.

Enquanto profissionais de saúde, torna-se pertinente abordar a temática do sono junto dos pais, alertando-os para os riscos associados às práticas inadequadas. Como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), torna-se fundamental estar alerta para situações de risco que possam comprometer o bem-estar da criança, de forma a minimizar os seus efeitos, conforme refere o Regulamento de Competência Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018).

Considero que o folheto será suporte útil para os pais, na medida em que irá contribuir para a promoção de saúde e incentivar os pais a desenvolverem práticas consideradas adequadas para a promoção de um ambiente de sono seguro.

2. FINALIDADE E OBJETIVOS

Este trabalho tem como finalidade contribuir para a promoção de comportamentos de sono saudáveis da criança lactente; e como objetivo contribuir para a capacitação dos pais na promoção de um ambiente de sono seguro.

POPULAÇÃO-ALVO

A população-alvo será os pais/cuidadores principais de lactentes com idades compreendidas entre um mês e seis meses, uma vez integrarem o grupo etário de atenção da Consulta de Enfermagem de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil nesta UCSP.

3. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

De acordo com Lima et al. (2022), o sono é uma necessidade biológica e vital, fundamental para o crescimento e desenvolvimento da criança. Para a SPS-SPP (2017), o sono caracteriza-se por um estado complexo, com o objetivo de reestruturar todas as funções do corpo, promovendo a recuperação física e psíquica.

Com o aumento da idade, os estádios de sono-vigília vão sofrendo alterações, verificando uma diminuição de tempo do sono. Os recém-nascidos dormem em média 16 a 18 horas por dia, apresentando a partir dos seis meses um sono noturno mais aumentado em relação ao sono diurno (Wheeler, 2014). Nos primeiros dias de vida, o sono e o despertar relacionam-se com a alimentação e o desconforto da criança e não com o ciclo circadiano. O sono do recém-nascido é repartido igualmente ao longo do dia e da noite (Fernandes & França, 2020), sendo o número de horas de sono recomendado varia de acordo com a idade da criança (Pinheiro & Santos, 2017).

Segundo Fernandes e França (2020), o sono é fundamental na infância, dado ao seu papel no crescimento e desenvolvimento das crianças, sendo, por isso, muito importante que estas tenham bons hábitos de sono, o que inclui um ambiente de sono seguro, e, quando o mesmo não acontece podem ocorrer problemas que afetam a saúde da criança. De acordo com a SPS-SPP (2017) e Fernandes e França (2020), existem inúmeros benefícios associados ao sono, como promover o crescimento através da libertação da hormona de crescimento, recuperar do cansaço físico e mental, aumentar a capacidade de defesas as infeções, facilitar a aprendizagem e memorização, melhorar a capacidade de concentração, e ajudar no controlo das emoções e da impulsividade.

Para Alves (2016), um sono inadequado ou insuficiente pode interferir na maturação do cérebro, afetando a memória e a aprendizagem. Quando persistentes, as situações de sono inadequado ou insuficiente podem comprometer a função cognitiva e provocar alterações comportamentais e emocionais na criança. De acordo com Pinheiro & Santos (2016), estas situações podem contribuir para situações de cansaço físico e

mental nos pais, dificuldade na memória e aprendizagem, irritabilidade (birras), sonolência, humor variável, comportamento hiperativo e/ou agressivo e comportamentos de risco na adolescência (SPS-SPP, 2017).

No primeiro ano de vida, a criança deve ser colocada a dormir em decúbito dorsal, de forma a prevenir SMSL. Nos primeiros meses de vida, o lactente deve dormir no quarto dos pais, mas no berço/local próprio, no qual deve ser usado um colchão firme e bem-adaptado, o lactente deve ser coberto por um lençol bem ajustado, e com a cabeça descoberta. Deve-se evitar o sobreaquecimento e não usar objetos como almofadas, brinquedos ou fraldas no interior do berço, dado o risco de asfixia (Azevedo et al., 2015).

A recomendação de práticas adequadas para a promoção de um ambiente de sono seguro dos lactentes com idades compreendidas entre um e seis meses de vida, referidas por Pinheiro & Santos (2017) são:

- Colocar a criança a dormir em decúbito dorsal, de forma a prevenir o SMSL;
- A criança deve dormir no berço/local próprio e não na cama dos pais, devido aos riscos de acidentes;
- A criança deve ser deitada ainda acordada e, se necessário, a mãe/pai pode permanecer para tranquilizar a criança e facilitar o adormecimento;
- Durante o dia deve-se manter a luz e o ruído e à noite a escuridão e o silêncio;
- Incentivar o uso de um objeto significativo para a criança (bonecos de pelúcia sem pelo, chucha ou cobertor);
- Aos quatro meses a criança deve passar a dormir, preferencialmente, em quarto próprio.

4. RECURSOS

Para a realização deste trabalho serão utilizados recursos materiais (livros técnicos e computador), recursos digitais (bases de Dados, *internet*) e recursos humanos (Enfermeira Orientadora Clínica e os pais/cuidadores principais de lactentes com idades compreendidas entre um mês e seis meses de idade).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sono é um dos fatores fundamental para o crescimento e desenvolvimento da criança. É essencial durante o período da infância, como tal torna-se pertinente capacitar os pais para a promoção de um ambiente seguro de sono, incentivando que as crianças tenham bons hábitos de sono.

O enfermeiro possui um papel de extrema importância, no que se refere aos cuidados antecipatórios, uma vez que tem como competência realizar intervenções que visam o bem-estar do cliente de saúde infantil e pediátrico, alertando a família para situações de riscos que possam comprometer o crescimento e desenvolvimento da criança. Este profissional deve intervir junto das famílias de forma a promover um ambiente de sono seguro e apresentar orientações nesse sentido, pois é extremamente importante que as crianças tenham um ambiente de sono seguro de modo a promover o seu desenvolvimento em diversas competências, como cognitiva, comportamental e emocional.

A promoção de um ambiente de sono seguro além de ser fundamental, pode contribuir para reduzir casos de acidentes infantis e consequentemente contribuir para prevenção da mortalidade infantil associada ao SMSL.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azevedo, L., Mota, L., & Machado, A. I. (2015). Ambiente de sono seguro no primeiro ano de vida. *Revista Nascer e Crescer*, 24(1), 18-23.
- Alves, P. A. T. C. (2016). *A importância do sono em crianças em idade pré-escolar: Um estudo qualitativo com os pais* [Dissertação de Mestrado não publicada]. Instituto Superior de Educação e Ciências, Portugal, Portugal.
- Fernandes, E. R. A., & França, M. S. (2020). Desenvolvimento do sono durante a infância: entendendo o fisiológico. *Boletim Eletrônico Informativo da Sociedade Mineira de Pediatria*. http://fazito.com.br/smp/boletim_cient_smp_60b.pdf
- Lima, M. O., Fernandes, J. B., Oliveira, P. M. B., Silva, G. L., Marinho, P. M., & Silveira, J. A. C. (2022). Consumo de alimentos açucarados e qualidade do sono no primeiro ano de vida: Dados de uma coorte de nascimentos no Nordeste do Brasil. *Revista Mineira de Enfermagem*, 10, 1-8.
- Matoso, L. M. L. (2019). Morte Súbita do lactente: Uma revisão integrativa. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, 13(16), 75-90.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica*. Regulamento nº 422/2018 de 12 de julho. *Diário da República*, 2º série – nº 133, 19192-19194.
- Pinheiro, M. R., & Santos, G. M. (2017). *Higiene do sono na infância e adolescência*. Plataforma METIS. Disponível em: http://www.metis.med.up.pt/index.php/Higiene_do_Sono_na_Inf%C3%A2ncia_e_Adolesc%C3%A2ncia
- Sadowski, M. M. (2020). *Programas de intervenção no sono do bebé no primeiro ano de vida: Revisão sistemática* [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria [SPS-SPP] (2017). *Higiene do sono da criança e adolescente*. SPS-SPP. https://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias_2017/VERSAO%20PROFISSIONAIS%20DE%20SAUDE_RECOMENDACOES%20SPS-SPP%20SESTA%20NA%20CRIANCA.pdf

- Silva, D. D. V., Santos, A. A. F., Figueredo, E. V. N., Lima, A. B. A., Dantas, H. L. L.,
Ferreira, A. L. C., & Lúcio, I. M. L. (2021). Recomendações para o sono seguro
do lactente. *Revista Research, Society and Development*, 10(10), 1-13.
- Wheeler, B. J. (2014). Promoção da Saúde do Recém-Nascido e da Família. In M. J.
Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do
Adolescente* (9ªed., pp. 246-247). Lusociência.

Apêndice XV – Projeto folheto sobre Alimentação



**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Ano letivo 2021/2022

2.º Ano, 3.º Semestre

Projeto folheto

**“Alimentação no primeiro ano de vida – Início da
Diversificação alimentar (adaptada à cultura Africana)”**

Discente: Nysioline Sá, n.º10495

Docente orientadora: Prof.ª Cristina Jeremias



**Lisboa
fevereiro 2022**

LISTA DE SIGLAS

APN – Associação Portuguesa de Nutrição

DGS – Direcção-Geral da Saúde

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	4
1. PERTINÊNCIA.....	5
2. FINALIDADE E OBJETIVOS.....	5
3. POPULAÇÃO-ALVO	6
4. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA	6
5. RECURSOS	8
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	9
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	10

INTRODUÇÃO

A elaboração deste projeto folheto insere-se no Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, no contexto do Estágio de Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) da Unidade Curricular Estágio com Relatório, tendo como temática - *Alimentação no primeiro ano de vida – Início da Diversificação alimentar (adaptada à cultura Africana)*.

A introdução de novos alimentos no primeiro ano de vida da criança representa um marco importante, podendo ter impacto a longo prazo na sua vida (Wheeler, 2014). De acordo com Wilson (2014), a introdução de novos alimentos pode representar um desafio para os pais, e por isso, torna-se importante orientá-los relativamente aos hábitos alimentares saudáveis e adequados a cada etapa de desenvolvimento/grupo etário da criança, valorizando as crenças e práticas culturais alimentares dos pais/família.

Este trabalho surgiu no decorrer das Consultas de Enfermagem de Vigilância de Saúde Infantil, realizadas com a supervisão da Enfermeira Orientadora. Nestas consultas, pude perceber que quando era abordado o tema da Alimentação, os pais apresentavam dúvidas sobre a introdução dos alimentos, mais precisamente a idade em que devem ser inseridos, qual a ordem de introdução, que tipos de alimentos podem dar às crianças, a preparação dos mesmos, demonstrando, por vezes, desconhecimento nesta área. Face a estas situações vivenciadas nas consultas, surgiu então a necessidade de elaborar um folheto sobre alimentação no primeiro ano de vida, de acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2019). Na escrita do folheto dirigido aos pais, utilizou-se uma linguagem simples e, sendo posteriormente o mesmo adaptado a culturas e tradições africanas e escrito em crioulo. A necessidade da realização do folheto para o contexto de culturas africanas, está relacionada com a origem da população cliente desta UCSP, constituída maioritariamente por comunidades africanas

Para a elaboração do folheto, recorreu-se a pesquisa bibliográfica, consulta de livros técnicos e entrevistas informais com os pais, com objetivo de conhecer e compreender os seus hábitos alimentares.

1. PERTINÊNCIA

A alimentação é um fator essencial para o crescimento e desenvolvimento da criança, e, quando inadequada, pode afetar negativamente estas dimensões, existindo o risco de levar a condições de doença crónica (DGS, 2019; Wilson, 2014).

Segundo a DGS (2019), os primeiros anos de vida de uma criança são fundamentais para a aquisição e implementação de hábitos alimentares saudáveis, esperando que persistam ao longo da vida, uma vez que os hábitos alimentares, o estilo de vida e os comportamentos de saúde estabelecidos durante a infância tendem a perdurar até à idade adulta.

Uma alimentação inapropriada nos primeiros anos de vida de uma criança pode comprometer o crescimento e desenvolvimento das crianças em diversas áreas (DGS, 2019), sendo que, enquanto enfermeiros deveremos orientar os pais/cuidadores de lactentes, para a adoção de uma alimentação adequada e saudável, visando a promoção da saúde.

Considero ser pertinente a realização de um folheto sobre a temática da Alimentação no primeiro ano de vida, irá contribuir para capacitação dos pais para a adoção de uma alimentação adequada e variada, de acordo com cada etapa de desenvolvimento/grupo etário da criança, garantido assim a otimização do crescimento.

De acordo com Wilson (2014), a introdução de alimentos não recomendados, como bolachas, refrigerantes nos primeiros meses são fatores que podem contribuir para desenvolvimento da obesidade infantil. Em Portugal, a prevalência de excesso de peso das crianças com idades compreendidas entre um e três anos é de 32,6% (DGS, 2019), sendo que, uma das estratégias para minimizar esta tendência é a implementação de comportamentos alimentares saudáveis desde o primeiro ano de vida da criança. Considero que o folheto será uma ferramenta útil para os pais, pois irá contribuir para o aumento do conhecimento dos mesmos sobre a temática em causa, e consequentemente permitir que façam escolhas adequadas.

2. FINALIDADE E OBJETIVOS

Este trabalho tem como finalidade, contribuir para a capacitação dos pais sobre a alimentação no primeiro ano de vida – início da diversificação alimentar (adaptada à cultura africana); e como objetivo, promover comportamentos alimentares adequados e saudáveis a lactentes, de origem africana.

3. POPULAÇÃO-ALVO

A população-alvo deste trabalho será os pais/cuidadores principais de lactentes, de origem africana, com idade a partir dos quatro meses, que irão iniciar a diversidade alimentar, com foco na alimentação no primeiro ano de vida.

4. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

De acordo com Maciel et al. (2021), uma alimentação adequada e saudável no primeiro ano de vida é fundamental para promover o crescimento, o desenvolvimento do lactente e a construção de hábitos alimentares. Até aos quatro meses, e se possível até aos seis meses de vida, é recomendado exclusivamente a alimentação láctea, especificamente o aleitamento materno e/ou fórmula infantil, pois o leite materno é um alimento ideal para satisfazer todas as suas necessidades nutricionais dos lactentes e fornece vantagens imunológicas e psicológicas importantes na diminuição da morbimortalidade e na proteção contra várias doenças (Conceição & Rodrigues, 2015; DGS, 2019; Pereira et al., 2016). Porém, a partir desta idade é necessário a introdução da alimentação complementar para fornecer o aporte adequado de nutrientes para o crescimento e desenvolvimento infantil saudável (Dallazen et al., 2018).

De acordo com DGS (2019), a introdução de alimentação complementar corresponde ao início da diversificação alimentar. Esta fase deve iniciar-se entre os quatro e os seis meses de idade, sempre após o quarto mês, e preferencialmente o mais próximo possível do sexto mês de vida. Deve ser composta por alimentos saudáveis, e se possível basear-se em alimentos e ingredientes culinários consumidos pela família, evitando nos primeiros anos de vida da criança dar alimentos com alto grau de processamento, industrializados, com sal em excesso, açúcares e aditivos (Associação Portuguesa de Nutrição [APN], 2019; DGS, 2019). De acordo com as evidências científicas, as práticas alimentares inadequadas são cada vez mais comuns na sociedade atual, prejudicando e colocando em risco o crescimento e desenvolvimento da criança (Dallazen et al., 2018). A introdução de alimentação complementar deve ser feita de maneira lenta e gradual, sendo que a ordem de introdução dos alimentos não é rígida e deve ser adaptada a cada criança (DGS, 2019). De acordo com Brito et al. (2016), esta fase pode representar um desafio para os pais, pois tudo é novo para a criança, desde os sabores, a textura dos alimentos e a própria colher em si. É esperado que nos primeiros contactos com os novos alimentos ocorram situações de rejeição por parte da criança, mas que melhorará com o tempo, permitindo uma melhor adaptação a essa nova etapa. Simultaneamente com a introdução de alimentos

complementares, deve-se manter o aleitamento materno, preferencialmente, até aos dois anos de idade (Brito et al., 2016; DGS, 2019).

A introdução de alimentação complementar precoce, assim como tardia, pode trazer consequências nefastas para a criança. A introdução precoce pode aumentar a suscetibilidade da criança a diarreias, infecções e contribuir para um estado de desnutrição, pelo fato do seu organismo ainda não se encontrar preparado. A introdução tardia também é prejudicial, pois pode provocar um atraso de crescimento da criança e causar carências nutricionais (Conceição & Rodrigues, 2015).

Os primeiros alimentos a serem introduzidos deverão ser legumes em forma de creme, ou papas de cereais ou de farinha de milho preto (DGS, 2019). Assim, entre os quatro a cinco meses, deve-se substituir uma refeição de leite por creme de legumes, sendo que este não deve incluir mais de quatro legumes diferentes, ou oferecer papas de cereais com glúten de farinha de milho preto, em quantidades pequenas. As papas de cereais não devem conter açúcar e/ou sal. A fruta também deve ser dada como sobremesa nas refeições principais e não em substituição de uma refeição. As primeiras frutas a serem introduzidas devem ser a maçã, pera e banana. Inicialmente, devem ser oferecidas, moídas e preferencialmente cruas, podendo-se depois começar a introduzir frutas variadas da época (cores diferentes, exemplo manga). A recomendação é que não deve ser consumida mais do que uma peça de fruta por dia (APN, 2019; DGS, 2019).

A partir dos seis meses, inicia-se a introdução de carne e peixe triturados no creme de legumes, recomendando-se cerca 30 g de carne ou de peixe por dia. Os 30 g podem ser fracionados em duas refeições ou introduzidos apenas numa, sendo que, nesta fase deve iniciar-se com carnes de aves (frango, peru, avestruz) ou de coelho. Semanalmente, deve oferecer-se carne quatro vezes por semana e peixe três vezes (pescada, linguado, soalha), incluindo-se duas peças de fruta por dia (APN, 2019; DGS, 2019).

No período dos sete aos nove meses, no sétimo mês, podem ser oferecidos, a carne e o peixe com farinha de pau e hortícolas, para se iniciar o treino de texturas. As leguminosas podem ser introduzidas entre os sete e os oito meses, em pequenas quantidades e sem casca. Deve iniciar-se com lentilhas, feijão frade, branco, preto ou grão. Por volta dos oito meses deve-se alterar aos poucos a textura da sopa, torna-a mais granulosa para facilitar a inclusão de alimentos mais sólidos, podendo oferecer-se arroz, massa ou cuscuz, bem cozidos. Entre os oito e os nove meses deverá introduzir-se o iogurte, em substituição de uma refeição de leite ou papa, sendo que aos nove meses poderá inserir-se a gema de ovo, uma vez por semana, em substituição da carne ou do peixe numa refeição, na primeira vez, poderá incluir-se meia gema, na segunda vez, uma gema, e na terceira vez, pode dar-se um ovo completo, recomenda-se não

dar mais de três ovos por semana. Aos nove meses pode dar-se à criança, amendoim, coco ou caju (natural e moído) (APN, 2019; DGS, 2019).

A partir dos 10.º mês, pode ser oferecido o 1.º e 2.º prato principal. Assim, não se deve incluir carne, peixe ou ovo na sopa, se estes elementos já fizerem parte da refeição. Aos 12 meses pode iniciar-se o leite de vaca gordo/meio gordo e partilhar a dieta familiar sem sal e especiarias (APN, 2019; DGS, 2019).

De acordo com DGS (2019), deve-se dar sempre os alimentos sólidos à colher; introduzir um alimento novo de cada vez, com uma periodicidade não inferior a quatro dias; fazer a sopa diariamente, ou de dois em dois dias, sendo que depois de confeccionada, pode ser conservada no frigorífico por um período não superior a 48h, podendo ter um tempo de conservação mais longo no congelador; oferecer água no intervalo das refeições; não adicionar sal, açúcar, mel ou adoçantes na comida durante o primeiro ano de vida e não oferecer guloseimas (doces, bolos, refrigerantes, entre outros).

5. RECURSOS

Para a realização deste trabalho serão utilizados como recursos materiais (livros técnicos e computador), recursos digitais (bases de dados, *internet*) e recursos humanos (Enfermeira Orientadora Clínica e os pais/cuidadores principais de lactentes).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A alimentação exerce um papel fundamental na saúde da criança. A construção de hábitos alimentares saudáveis no primeiro ano de vida é essencial na promoção de saúde da criança, permitindo adotar e adquirir comportamentos saudáveis, que se espera que persistam ao longo da vida.

A introdução dos alimentos deve ser realizada em idade oportuna, conforme indicado pela DGS, garantindo que a mesma não ocorra numa fase precoce nem tardia, pois qualquer uma delas pode trazer consequências nefastas para a saúde da criança.

É importante compreender e identificar os fatores associados a uma alimentação inadequada, a fim de ajudar os pais a superar as suas dificuldades, esclarecer dúvidas, e incentivar atitudes positivas em relação à introdução da alimentação complementar adequada, pois uma introdução de alimentos não saudável e inadequada ao grupo etário da criança pode comprometer a sua saúde no curto e longo prazo.

Enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), é extremamente importante capacitar os pais quanto à introdução de alimentação complementar de forma saudável e adequada, de forma a promover escolhas e comportamentos alimentares saudáveis, visando a promoção da saúde. O mesmo é corroborado pelo Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018, p. 19193), quando refere que “o enfermeiro especialista deve identificar e diagnosticar precocemente situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem”, intervindo precocemente, de forma a prevenir ou minimizar os seus efeitos.

Considero que o folheto sobre a “Alimentação no primeiro ano de vida- Início da diversificação alimentar (adaptada à cultura Africana)” será uma mais-valia para os pais, contribuindo para os orientar na introdução de alimentação complementar saudável e adequada à criança, respeitando a sua cultura, e impedindo práticas alimentares inadequadas que podem trazer consequências futuras sobre a saúde da criança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Portuguesa de Nutrição [APN] (2019). *Alimentação nos primeiros 1000 dias de vida: Um presente para o futuro*. APN
- Brito, B. B. O., Soares, R. X., Alexandre, T. A., Sousa, M. N. A., & Júnior, U. M. L. (2016). Alimentação no primeiro ano de vida: Um ensaio sobre as evidências. *Journal of Medicine and Health promotion*, 1(3), 267-274.
- Conceição, D. R., & Rodrigues, A. M. (2015). Percepções maternas sobre alimentação no primeiro ano de vida. *Revista Ciências Humanas*, 8(1), 118-130.
- Dallazen, C., Silva, S. A., Gonçalves, V. S. S., Nilson, E. A. F., Crispim, S. P., Lang, R. M. F., Moreira, J. D., & Tietzmann, M. R. V. (2018). Introdução de alimentos não recomendados no primeiro ano de vida e fatores associados em crianças de baixo nível socioeconómico. *Caderno de Saúde Pública*, 34(2). <https://www.scielo.br/j/csp/a/fQY59m9WLX9GK7xKrf56cJc/>.
- Direcção-Geral da Saúde [DGS] (2019). *Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos*. DGS.
- Maciel, T. S., Torre, A. C. C. D., Marques, D. V. B., Nogueira, D. A., Brito, T. R. P., & Lima, D. B. (2021). Alimentação no primeiro ano de vida: Compreender para intervir. *Revista Desafios*, 8(4), 104-115.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Regulamento nº 422/2018 de 12 de julho. *Diário da República*, 2ª série – nº 133, 19192-19194.
- Pereira, B. F., Golart, D. S., Chaves, J., Tabile, P. M., Hausen, G. G. S., Miranda, D., & Bastos, M. D. (2016). Análises do tipo de alimentação no primeiro ano de vida em escolas de educação infantil. *Revista da AMRIGS*, 60(2), 74-77.
- Wheeler, B. J. (2014). Promoção da Saúde do Recém-Nascido e da Família. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ªed., Vol. 1, pp. 273-274). Lusociência.
- Wilson, D. (2014). Promoção da Saúde do Lactente e da Família. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ªed., Vol. 1, pp. 517-518). Lusociência.

**Apêndice XVI – Folheto “Dormir na minha própria cama
e de barriga para cima é mais seguro”**

Sono

O sono é indispensável na infância. É fundamental para o crescimento e desenvolvimento das crianças. Durante o crescimento/desenvolvimento da criança os estádios de sono-vigília vão sofrendo alterações constantes. Ao longo do crescimento/desenvolvimento da criança as necessidades de sono diário vão diminuindo. Uma criança dorme em média 17 horas diárias e normalmente desperta quando sente fome.



Fonte da imagem: Google Search

Benefícios do Sono:



Fonte da imagem: Google Search

- Promove o crescimento através da libertação da hormona de crescimento;
- Permite recarregar as energias e recuperar do cansaço físico e mental;
- Previne a doença (aumenta a capacidade de defesas as infeções);
- Facilita a aprendizagem e memorização;
- Melhora a capacidade de concentração;
- Ajuda no controlo das emoções e da impulsividade.

Do 1 aos 6 meses

- Deitar a criança de costas, de forma a prevenir o risco de morte súbita;
- Nesta fase, normalmente a criança dorme entre duas a quatro horas seguidas;
- A criança deve dormir no berço/local próprio e **não** na cama dos pais, devido aos riscos de acidentes;
- A criança deve ser deitada ainda acordada, se necessário a mãe/pai pode permanecer para tranquilizar a criança e facilitar o adormecimento;
- Durante o dia mantenha a luz e o ruído e à noite a escuridão e o silêncio;
- Incentive o uso de um objeto significativo para a criança (peluche, chucha ou cobertor);
- Aos 4 meses a criança deve passar a dormir, preferencialmente, em quarto próprio.



Fonte da imagem: Google Search

Uma criança que não dorme:

- Fica mais irritada (birras) e sonolenta;
- Apresenta mudanças de comportamentos;
- Desenvolve dificuldades de concentração e aprendizagem;
- Provoca cansaço físico e mental nos pais.

Riscos de dormir com a criança junto com os pais na mesma cama

- Aumenta o risco da Síndrome de Morte Súbita do Lactente (SMSL);
- Aumenta o risco de asfixia (almofadas, e roupas de cama);
- Aumenta o risco de aquecimento excessivo;
- Aumenta o risco de ocorrência de acidentes; como por exemplo, as quedas;
- Interfere na intimidade dos pais.

Para um sono seguro:



Fonte da imagem: Google Search

Referências Bibliográficas

Associação Portuguesa de Sono & Sociedade Portuguesa de Pediatria (s/d). *Higiene do Sono da Criança e Adolescente*. Associação Portuguesa de Sono & Sociedade Portuguesa de Pediatria.
Santos & Pinheiro (2017). *Higiene do Sono na infância e adolescência*. Lisboa.
Fonte das imagens: Google Search.

Elaborado por: Nysioline Sá, Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

**Dormir na
minha própria
cama
e de barriga
para cima**



Fonte da imagem: Google Search

É mais seguro

**Apêndice XVII – Folheto “Alimentação no 1º ano de vida-
Início da Diversificação alimentar (adaptada à cultura Africana)**

Entre os 4 e 5 meses

Substituir uma refeição de leite por:

Creme de legumes:

Não deve incluir mais de 4 legumes diferentes. Deve incluir 1 de cada legume do seguinte grupo:

- 1) Batata normal ou batata doce, chuchu, curgete, beringela ou couve-flor;
- 2) Cenoura ou abóbora;
- 3) Cebola, alho ou alho frances;
- 4) Alface, brócolos, couve coração e feijão verde.

Os legumes devem ser triturados e reduzidos a puré. No prato deve adicionar uma colher de chá de azeite em cru.

Ou

Papas de cereais (com glúten):

- Papas de cereais sem açúcar e/ou sal preparada com o leite materno/fórmula infantil (papa não láctea) e com água (papa láctea);
- Podem ser utilizadas papas com glúten, depois dos 4 meses, em quantidades pequenas;
- Pode dar papa de farinha de milho preto.

+

Fruta:

- Deve ser dada como sobremesa nas refeições principais e não em substituição de uma refeição;
- Os primeiros frutos a serem introduzidos devem ser a maçã, a pera e a banana. Inicialmente devem ser oferecidos moídos e preferencialmente cruas;
- Após introduzir os primeiros frutos pode começar a dar frutas da época e variadas (cores diferentes, exemplo manga);
- Não dar mais do que uma peça de fruta por dia.

A partir dos 6 meses

- Inicia-se a introdução de carne e peixe triturados no creme de legumes;
- Deve ser oferecido 30g de carne ou de peixe por dia. Os 30g podem ser fracionadas em duas refeições ou introduzidos apenas numa;
- Inicia-se com carnes de aves (frango, peru, avestruz) ou de coelho;
- Oferecer de carne 4 vezes por semana e de peixe 3 vezes por semana (pescada, linguado, soalha);
- Pode ingerir duas peças de fruta por dia.

A partir dos 7 aos 9 meses

- No 7.º mês, a carne e o peixe podem ser oferecidos com farinha de pau e hortícolas, para se iniciar o treino de texturas;
- As leguminosas podem ser introduzidas entre os 7 e aos 8 meses, em pequenas quantidades e sem casca. Deve iniciar-se com lentilhas, feijão frade, branco, preto ou grão;
- Por volta dos 8 meses deve-se alterar aos poucos a textura da sopa, torna-a mais granulosa para facilitar a inclusão de alimentos mais sólidos;
- Oferecer arroz, massa ou cuscuz, bem cozidos;
- Entre os 8 e os 9 meses oferecer o iogurte, em substituição de uma refeição de leite ou papa;
- Aos 9 meses inserir gema de ovo, uma vez por semana, em substituição da carne ou do peixe numa refeição (1.ª vez 1/2 gema, 2.ª vez dar 1 gema e a 3.ª vez dar um ovo completo. Não dar mais de 3 ovos por semana);
- Aos 9 meses pode dar amendoim, coco ou caju (natural e moído).

Dos 10 aos 12 meses

A partir dos 10.º mês, pode ser oferecido o 1.º e 2.º prato principal. Não incluir carne, peixe ou ovo na sopa, se estes elementos já fizerem parte da refeição; Aos 12 meses pode iniciar leite de vaca gordo/meio gordo e partilhar dieta familiar sem sal e especiarias.

O que é a diversificação alimentar?

A diversificação alimentar corresponde à fase de transição de uma alimentação exclusivamente láctea (leite materno e/ou fórmula infantil) para uma alimentação complementar; iniciando-se com a introdução de outros alimentos necessários para o desenvolvimento saudável da criança.

Esta fase deve iniciar-se **entre os 4 meses e os 6 meses de idade**, sempre após o 4.º mês e preferencialmente o mais próximo possível do 6.º mês de vida. Idealmente, o leite materno deve ser mantido.

A fase da diversificação alimentar termina quando a criança começa a consumir a mesma dieta da família. Devendo manter o leite materno, preferencialmente, até aos 24 meses.



Fonte da imagem: Google Search

Recomendações Gerais

- Dar sempre os alimentos sólidos à colher;
- Introduza **um alimento novo de cada vez**, com uma periodicidade não inferior a 4 dias;
- Fazer a sopa diariamente, ou de 2 em 2 dias;
- Depois de confeccionada, a sopa pode ser conservada no frigorífico por um período de não superior a 48h, ou mais tempo no congelador;
- Oferecer água no intervalo das refeições;
- **Não adicione** sal, açúcar, mel ou adoçantes na comida durante o 1º ano de vida;
- **Não oferecer** guloseimas (doces, bolos e, etc.);
- A ordem de introdução dos alimentos não é rígida, devendo ser adaptada a cada criança.

Referências Bibliográficas

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2019). *Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos*. Direção-Geral da Saúde.
Associação Portuguesa de Nutrição (APN) (2019). *Alimentação nos primeiros 1000 dias de vida: Um presente para o futuro*. APN.

Fonte das imagens: Google Search.

Elaborado por: Nysioline Sá, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

ALIMENTAÇÃO NO 1º ANO DE VIDA



Fonte da imagem: Google Search

Início da Diversificação Alimentar

(Adaptada à Cultura Africana)



Fonte da imagem: Google Search

Apêndice VXIII – Folheto “Sono em Crioulo”

Si mininu ka durmi dritu:

- I tá stá mas chatiadu (rabujentu) sempri ku rustu di sonu ou na djungu;
- Si komportamentu tá muda;
- I tá kirsi ku difikuldadi di koncentra ku di aprendi;
- I tá pui si papés stá sempri kansadu, tantu na kurpu, suma na kabesa.

Riskus di durmi ku mininus djunto ku papés na un kama

- I tá buri risku di mininu muri di repenti (tchomado di Síndrome de Morte Súbita do Latente (SMSL));
- I tá buri risku di mininu sufoka (ku turbuceru ou lenzol);
- I tá pui kalur di mampasada ku kurpu di mininu pudi ka suporta;
- I tá buri risku di acidentis (mininu pudi kai ou i molostra);
- I tá interferi na intimidadi di papés.

Pá un sonu suguru:

- I muito importanti konfirma kuma mininu durmi ku kabesa distapadu;
- I muito importanti ditanda mininu ku bariga pá riba, ora ki na durmi;
- I muito importanti pui sempri panu ku mininu kubridu kel di manera suguru (bas di sabakus, asin, nunca i ka na tapal rostu);
- I muito importanti ditanda mininu ku pés lá fundu di bersu;
- I muito importanti pá ka koltehon di mininu duru dimas, tambi pá i ka moli di mampasada, nin pá i ka iogoli ou perta na bersu;
- I muito importanti ka disa manga di brinkedus, turbucerus, lenzols ou tadjaderas na bersu ou na kama di mininu.

Referências Bibliográficas

Associação Portuguesa de Sono & Sociedade Portuguesa de Pediatria (s/d). *Higiene do Sono da Criança e Adolescente*. Associação Portuguesa de Sono & Sociedade Portuguesa de Pediatria.

Santos & Pinheiro (2017). *Higiene do Sono na infância e adolescência*. Lisboa.

Fonte das imagens: Google Search.

Elaborado por: Nysioline Sá, Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

**Durmi na nha
kama propi ku
bariga pá riba i
mindjor pá mi**



Fonte da imagem: Google Search

I mas suguru

Apêndice XIV – Folheto “Alimentação em Crioulo”

Kê ki diversifikason di alimentason?

A diversifikason di alimentason i kil momentu nundê ku mininu tá kunsá dadu utru tipu di kumida ku ka sedu son liti, tantu di si mamé ou kil kumpradu na loja ou na farmacia, ma i ta kunsá dadu alimentus ku pudi djudal disinvolti i kirsí san.

Ê fasi dibidi kunsá **entri 4 té 6 mis di vida**, nunka antis di 4.º mis. Ma, mas mindjor propi, i mas pertu di 6.º mis di vida. I sempri bon, si kontra mamé pudi, kontinua mamanta mininu.

A fasi di diversifikason tá kaba ora ku mininu kunsá kumê kil mesmu kumida ku famlia n'tidu ta kumê. Dibidi manti liti di si mamé té 24 mis.



Fonte da imagem: Google Search

Rukumendasons

- Dá mininu kumida risu sempri ku kudjer;
- Na kada 4 dia, pelu menus, **pui sempri un kumida nobu, kada bias**;
- Fasi mininu sopa tudu dia, ou kada dus dia;
- Asin ku bu kaba fasi sopa, bu pudi pul na gílera, nunka mas di dus dias;
- Pati mininu iagu, sempri ki kaba kume;
- **Nunka pui sal, asukar, mel ou kualker utru tipu di adosanti na kumida di mininu, antis di i kompleta un anu**;
- **Ka bu pati** mininu nunka kúsas meladus (amenduas, bulus e, etc.);
- A ordem pa kunsá da alimentus i ea certu, i dibidi cedu djustado kada mininu.

Referências Bibliográficas

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2019). *Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos*. Direção-Geral da Saúde.
Associação Portuguesa de Nutrição (APN) (2019). *Alimentação nos primeiros 1000 dias de vida: Um presente para o futuro*. APN.
Fonte das imagens: Google Search.

Elaborado por: Nysioline Sá, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

ALIMENTASON NA PURMERU ANU DI VIDA



Fonte da imagem: Google Search

Kunsada di Diversifikason di Alimentason

(Adaptadu à Kultura Afrikanu)



Fonte da imagem: Google Search

Di 4 té 5 mis

Bu pudi troka un refeison di liti pá:

Kremi di legumes :

Bu ká dibidi di pui, mas di 4 legumis diferentis di un bias. Pui apenas un legumis dé grupus:

- 1) Batata inglês, batata doz, chuchu, kurgeti, bringela ou kubi-fulur;
- 2) Cinora ou bobra;
- 3) Sabola, adju ou adju francis;
- 4) Alfas, brokulus, kubi i fíjon verdi.

Legumis dibibi turturadu ou pangadu tok i bida suma papa. Ora ku bu sirbil na pratu, bu pudi buri un kudjerinha di azeití kuru.

Ou

Papas di ceriais (ku glúten):

- Papas di ceriais sin asukar, nin sal, fasidu ku liti di mamé ou di loja (papa ku ka tené liti inda) i ku iagu (papa ku tené djá liti);
- Dipus di mininu kompleta quatro mis, i pudi kunsá kumê papas ku glúten, dal só un bokadinhu;
- Bu pudi dá papa di midju pretu.

+

Fruta:

- Dá fruta suma sobremesa, nunka suma si kumida principal;
- Purmerus frutas ku no pudi dá mininu dibibi sedu: masan, péra ou banana. I dibidi turturadu, pelu menus na kunsada i kuru;
- Bu pudi tambí cunsa dá frutas ku tá ten na un dadu epuka (di koris diferentis, suma mangu);
- Ka bu dá mais di ki un fruta na un dia.

A partir di 6 mis

- Bu pudi kunsá dá karni ku pis, má bu ten sempri ku turtural ku kremi di legumis;
- Bu dibidi dá 30g di karni ou di pis kada dia. Ês 30g pudi divididu pá djanta ku sia, ou tudu na un bias;
- Bu dibidi kunsá dá karni di pastrus (frangu, pirú, avestruz) ou di lebrí;
- Bu pudi dá karni 4 bias na un sumana, i pis 3 bias na un sumana (peskada, linguadu, soalha);
- Ku seis mis, bu pudi djá dá mininu dus fruta kada dia.

A partir di 7 té 9 mis

- No 7.º mis, bu pudi dá karni ku pis misturadu ku farinha di pau i ortalisas, pá i pudi kunsá trena kumida mas pisadu;
- Leguminosas pudi kunsá pudu na kumida di mininu entri 7 té 8 mis, un bokadinhu, mas sin kaska. Bu dibidi kunsá ku lentilhas, fíjon fradi, fíjon branku, fíjon pretu ou grandibiku;
- A partir di 8 mis, bu dibidi kunsá fasi sopa kada bias mas duru, pa djuda kunsá intruduzi alimentus mas risu na si kumida;
- Bu pudi kunsá dá aruz, massa ou kuskus, mas ben kueidu;
- Entri 8 té 9 mis, bu pudi kunsá dá iogurti na lugar di un refeison di liti ou di papa;
- A partir di 9 mis, bu pudi kunsá dá mininu gema di ovu, un bias por sumana, na lugar di karni ou di pis, na un refeison (purmeru bias dal metadi di gema, sugundu bias dal un gema, terceru bias dal un ovu n'tidu). Ka bu dal nunka mas di 3 ovus na un sumana;
- A partir di 9 mis, bu pudi dá mininu mankara, kuku neti, kadju, (ma tudu natural i turturadu).

Di 10 té 12 mis

A partir di 10.º mis, bu pudi dá mininu purmeru ku sugundu pratu. Ka bu pui karni ou pis, nin ovu na sopa, si ê stá djá na kumida principal;
A partir di 12 mis (1 anu) bu pudi kunsá dá mininu liti di baka gurdu/meiu gurdu, tambí i pudi kunsá kumê kil mesmu kumida ku famlia n'tidu ta kumê sin sal nin temperu.

Apêndice XX – Autocolantes em Português



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE





Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE

Apêndice XXI - Autocolantes em Crioulo



Ami n'teme FORÇA



Ami n'teme FORÇA



Ami n'teme FORÇA



Ami n'teme FORÇA



Ami n'teme FORÇA



Ami n'teme FORÇA



Ami n'teme FORÇA



Ami n'teme FORÇA



Ami n'teme FORÇA



Ami n'teme FORÇA



Ami n'teme FORÇA



Ami n'teme FORÇA



Ami n'teme FORÇA



Ami n'teme FORÇA



Ami n'teme FORÇA



Ami n'teme FORÇA



Ami n'teme FORÇA



Ami n'teme FORÇA



Ami n'tene FORÇA



Ami n'tene FORÇA



Ami n'tene FORÇA



Ami n'tene FORÇA



Ami n'tene FORÇA



Ami n'tene FORÇA



Ami n'tene FORÇA



Ami n'tene FORÇA



Ami n'tene FORÇA



Ami n'tene FORÇA



Ami n'tene FORÇA



Ami n'tene FORÇA



Ami n'tene FORÇA



Ami n'tene FORÇA



Ami n'tene FORÇA



Ami n'tene FORÇA



Ami n'tene FORÇA



Ami n'tene FORÇA



Ami n'tene FORÇA



Ami n'tene FORÇA



Ami n'tene FORÇA



Ami n'tene FORÇA



Ami n'tene FORÇA



Ami n'tene FORÇA



Ami n'tene FORÇA



Ami n'tene FORÇA



Ami n'tene FORÇA



Ami n'tene FORÇA



Ami n'tene FORÇA



Ami n'tene FORÇA



Ami n'tene FORÇA



Ami n'tene FORÇA



Ami n'tene FORÇA



Ami n'tene FORÇA



Ami n'tene FORÇA



Ami n'tene FORÇA



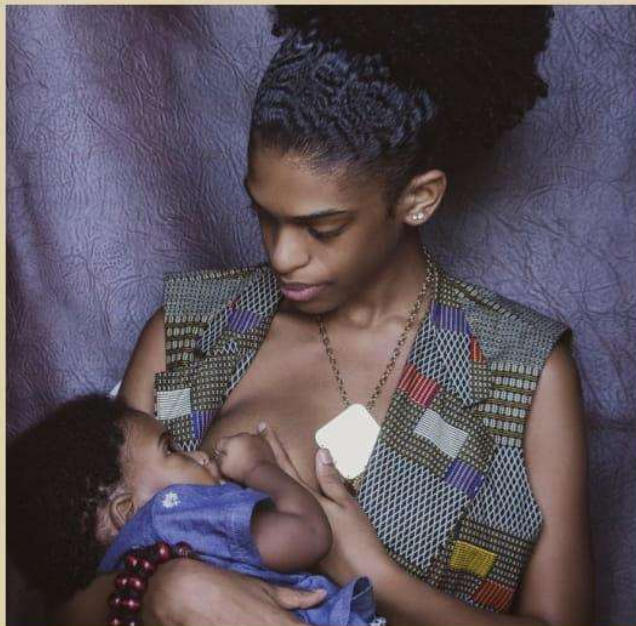
Apêndice XXII – Cartões de comunicações adaptados

Ora ki sta ku barriga pah
bas i ta latanda cabeça



Quando está em decúbito ventral levanta a cabeça

I ta djubiu fixo ora ku na
dal di kume



Fixa a face da mãe quando o alimenta

I ta ri dja?



Já sorri?

I ta tchora ora ki sta ku fralda sussy



Chora quando está desconfortável (por exemplo, quando tem a fralda suja)

Ora ki sintá i ta conseguí
pega si cabeça



Na posição sentado(a) tem controlo da cabeça

Ora ki obi barudju di
qualquer cusa, i ta vira
cabeça ku udju



Reage ao som (vira os olhos e a cabeça quando ouve um
som)

Bu ta dal so liti di mama?



Faz apenas o leite materno?

Canto bias ku ta dal di
mama?



De quantas em quantas horas lhe dá o leite?

I ta farta so ku bu liti?



Fica satisfeito só com o seu leite?

Bo cunsa dja dal sopa?



Já iniciou a sopa?

I ta comé sopa diritu?



Come bem a sopa?

I na toma vacina aós



Vai fazer as vacinas hoje.

Si tené febre ou dor, bo
pudi dal paracetamol i bo
pudi pul gelo.



Se tiver febre ou dor pode dar -lhe o paracetamol e aplicar
gelo.

I ta fasi coco ku xixi diritu?



Faz bem xixi e coco?

I ta iabri mon i disal



Mantém as mãos abertas

I ta djunta mon suma palmu
i brinca ku el



Junta as mãos na linha média e brinca com elas

I ta pega si brinquedo i
lebal pah perto di si cara



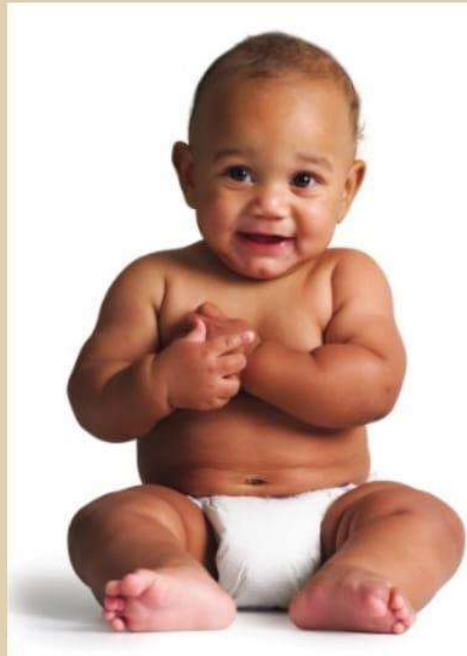
Segura brevemente a roca e move-a em direção a face

I ta fixa udju tras na cusas



Fixa e segue os objetos

I ta sinta sin pega



Senta-se sem apoio

I ta consigui firma si bu
pegal ou si pega na
algum cusa



Consegue ficar em pé com apoio

I ta pudi toma brinquedo un
mon i passa pah utro mon



Transfere os objetos

I ta ri alto



Dá gargalhadas

I ta michi ou buli tchiu, i ta presta atençon, i ta misti sibi ou odja tudo cusa



É muito ativo(a), atento(a) e curioso(a)

Si na brinca ku objecto,
si kila kai so i ta disquicil



Esquece imediatamente o objeto quando este cai

I ta durmi diritu?



Dorme bem?

Ku kin ki ta fica ku el na
dia?



Com quem fica durante o dia?

No na pesal, no midil tan.
Bu pudi tiral ropa , di fabur.



Vamos pesar e medir. Tiral-lhe a roupa, se faz favor.

Cartões de Comunicação em Crioulo



Trabalho realizado por: Nysioline Sá, Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Fonte de imagens: Google search.

ANEXOS

Anexo I – Modelo *Sunrise*



Anexo II – Utilização do *Livopan* (protóxido de azoto)

APROVADO EM
27-01-2014
INFARMED

Folheto informativo: Informação para o utilizador

Livopan 50% + 50%, gás medicinal comprimido

Protóxido de azoto + oxigénio

Leia com atenção todo este folheto antes de utilizar este medicamento pois contém informação importante para si.

- Conserve este folheto. Pode ter necessidade de o ler novamente.
- Caso ainda tenha dúvidas, fale com o seu médico, ou enfermeiro.
- Este medicamento foi receitado apenas para si. Não deve dá-lo a outros; o medicamento pode ser-lhes prejudicial mesmo que apresentem os mesmos sinais de doença.
- Se algum dos efeitos secundários, incluindo possíveis efeitos secundários não indicados neste folheto, informe o seu médico ou enfermeiro. Ver secção 4.

O que contém este folheto:

1. O que é Livopan e para que é utilizado
2. O que precisa de saber antes de utilizar Livopan
3. Como utilizar Livopan
4. Efeitos secundários possíveis
5. Como conservar Livopan
6. Conteúdo da embalagem e outras informações

1. O que é Livopan e para que é utilizado

O Livopan contém uma mistura já preparada de protóxido de azoto (gás medicinal também conhecido como "gás do riso", N₂O) e oxigénio (oxigénio medicinal O₂), 50% de cada um, e a sua administração consiste na respiração da mistura gasosa.

Os efeitos de Livopan

O protóxido de azoto constitui 50% da mistura gasosa. O protóxido de azoto tem um efeito analgésico, reduz a sensação de dor e aumenta o limiar de dor. O protóxido de azoto também tem um efeito relaxante e ligeiramente calmante. Estes efeitos são produzidos pela ação do protóxido de azoto sobre os neurotransmissores do seu sistema nervoso.

A concentração em Oxigénio de 50%, cerca de duas vezes a do ar ambiente, garante um teor seguro de oxigénio no gás inspirado.

Indicações de Livopan

Livopan deve ser utilizado quando se pretende uma analgesia de indução e recuperação rápidas, em dores de intensidade ligeira a moderada e de curta duração. O efeito analgésico do Livopan surge após algumas respirações e desaparece poucos minutos após parar a sua utilização. Livopan pode ser utilizado em adultos e crianças a partir de 1 mês de idade.

2. O que precisa de saber antes de utilizar Livopan

Não use Livopan:

Antes de usar Livopan deverá informar o seu médico se tiver algum dos seguintes sinais /sintomas:

- Cavidades cheias de gás ou bolhas de gás: se como resultado de uma doença ou por qualquer outro motivo, suspeitar que existe ar na cavidade pleural fora dos seus pulmões, ou bolhas de gás no sangue ou qualquer outro órgão. Por exemplo: se tiver mergulhado com equipamento de mergulho e pode ter bolhas de gás no seu sangue, ou se tiver sido tratado com uma injeção de gás no olho, por exemplo, para tratamento de um descolamento da retina ou algo similar, essas bolhas de gás podem expandir e causar danos.
- Doença cardíaca: se tiver insuficiência cardíaca ou a função cardíaca gravemente comprometida, uma vez que o ligeiro efeito relaxante do protóxido de azoto sobre o músculo cardíaco pode prejudicar ainda mais a função cardíaca.
- Lesão do sistema nervoso central: se tiver um aumento da pressão no cérebro, por exemplo decorrentes de um tumor cerebral ou hemorragia cerebral, uma vez que o protóxido de azoto pode aumentar ainda mais a pressão no cérebro com riscos potenciais.
- Deficiência vitamínica: se lhe tiver sido diagnosticada e não tratada uma deficiência de vitamina B12 ou de ácido fólico, uma vez que o uso de protóxido de azoto pode agravar os sintomas provocados pela deficiência em vitamina B12 e ácido fólico.
- Ilius (dilatação do intestino): Se tiver um desconforto abdominal grave: sintomas que podem indicar ileus, em que o uso de Livopan pode aumentar ainda mais a dilatação do intestino.

Advertências e precauções

- Diminuição do nível de estado de consciência ou sinal persistente de confusão: Informe o seu médico se não se sentir bem ou sentir que, devido a um traumatismo ou doença, não está totalmente acordado. Isto é importante porque, devido aos efeitos sedativos do protóxido de azoto, que é um componente do Livopan, existe o risco de uma sedação aumentada, que pode afetar os seus reflexos de proteção naturais.

Informe também o seu médico se tiver algum dos seguintes sinais ou sintomas:

- Desconforto no ouvido: por exemplo, inflamação do ouvido, uma vez que Livopan pode aumentar a pressão no ouvido médio.
 - Deficiência vitamínica: se suspeita ter deficiência de vitamina B12 ou de ácido fólico, uma vez que uso do protóxido de azoto pode agravar os sintomas provocados pela deficiência em vitamina B12 e de ácido fólico.
- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), uma vez que o uso de oxigénio pode causar depressão respiratória.

O seu médico irá decidir se é adequado o uso do Livopan.

Outros medicamentos e Livopan

Informe o seu médico ou farmacêutico se estiver a tomar ou tiver tomado recentemente, ou se vier a tomar outros medicamentos.

Se estiver a tomar outros medicamentos que afetem o cérebro ou a função cerebral, por exemplo, benzodiazepinas (calmantes) ou medicamentos derivados da morfina, deverá informar o seu médico desse facto. O Livopan pode aumentar os efeitos

destes medicamentos. Livopan em combinação com outros sedativos, ou outros medicamentos que afetam o sistema nervoso central, aumenta o risco de efeitos secundários. Também deve informar o seu médico se estiver a tomar medicamentos contendo metotrexato (por exemplo, na artrite reumatoide), bieomicina (para tratar o cancro), furadantina ou antibióticos similares (para tratar a infeção) ou amiodarona (para tratar doenças cardíacas). O Livopan aumenta os efeitos secundários destes medicamentos.

Gravidez, aleitamento e fertilidade

Se está grávida ou a amamentar, se pensa estar grávida ou planeia engravidar, consulte o seu médico ou enfermeiro antes de tomar este medicamento.

O componente protóxido de azoto do Livopan, tem um efeito sobre o metabolismo da Vitamina B12/ ácido fólico inibindo a enzima metionina sintetase. Este efeito pode ser um risco potencial para o feto durante os primeiros estágios da gravidez. Portanto, recomenda-se evitar o uso de Livopan durante os primeiros 6 meses de gravidez. O Livopan pode ser administrado durante os últimos três meses de gestação e durante o parto, mas quando usado próximo ao parto o seu bebé deve ser observado para despiste de quaisquer efeitos adversos.

Livopan pode ser utilizado durante o período de aleitamento materno, mas não durante o momento exato da amamentação.

Condução de veículos e utilização de máquinas

Esteja ciente de que, depois de ter recebido Livopan precisa de recuperar. O componente protóxido de azoto do Livopan desaparece rapidamente do organismo após uma inalação breve. Os efeitos sobre as capacidades cognitivas podem durar várias horas. Por questões de segurança, deve evitar conduzir, utilizar máquinas ou realizar tarefas complexas até que esteja totalmente recuperado (pelo menos 30 minutos).

Questione o profissional de saúde se está em condições de conduzir.

3. Como utilizar Livopan

Livopan é sempre administrado na presença de pessoas familiarizadas com este tipo de medicamento. Durante todo o período de utilização de Livopan você, bem como a administração do medicamento, deverão ser monitorizados para garantir que é administrado de forma segura. Após o término da administração será monitorizado por pessoal habilitado até que tenha recuperado.

Utilize este medicamento exatamente como indicado pelo seu médico ou enfermeiro. Fale com o seu médico ou enfermeiro se tiver dúvidas. O seu médico ou enfermeiro deve explicar-lhe como utilizar o Livopan, como funciona o Livopan e os efeitos que decorrem da sua utilização.

O Livopan é normalmente inalado através de uma máscara facial, conectada a uma válvula especial, o que implica que você tem total controlo do fluxo de gás através da sua própria respiração. A válvula é aberta apenas durante a inspiração. O Livopan também pode ser administrado através das usualmente denominadas máscaras nasais.

Independentemente da máscara que utilize, deve respirar normalmente com respirações normais.

Utilização em crianças

Em crianças que não sejam capazes de entender e seguir as instruções, Livopan pode ser administrado sob a supervisão de médicos competentes que podem ajudá-los a manter a máscara no lugar, e monitorar ativamente a administração. Nestes casos, Livopan pode ser administrado com um fluxo de gás constante.

Quando parar a utilização de Livopan, deve descansar e recuperar até sentir que está mentalmente recuperado.

Precauções de segurança

- Fumar e chamas vivas são estritamente proibidos nos locais onde estejam a decorrer tratamentos com Livopan.
- Livopan é apenas para o uso medicinal.

Se usar mais Livopan do que devia

É muito improvável que receba gás em demasia, uma vez que é você que faz a gestão da administração do gás e a mistura gasosa é fixa, (contém 50% de protóxido de azoto e 50% de oxigénio).

Se respirar mais rápido do que o normal e assim receber mais protóxido de azoto que numa respiração normal, pode sentir-se visivelmente cansado e pode, em certa medida, sentir-se distante do ambiente envolvente. Em tais circunstâncias deve informar imediatamente os profissionais de saúde e parar a administração.

Caso ainda tenha dúvidas sobre a utilização deste medicamento, fale com o seu médico ou enfermeiro.

4. Efeitos secundários possíveis

Como todos os medicamentos, este medicamento pode causar efeitos secundários, embora estes não se manifestam em todas as pessoas.

Frequentes (podem afetar até 1 em cada 10 pessoas):

- Tonturas, sensação de desmaio, euforia, náuseas e vômitos.

Pouco frequentes (podem afetar até 1 em cada 100 pessoas):

- Cansaço extremo.
- Sensação de pressão no ouvido médio se utilizar Livopan durante um período prolongado. Isto ocorre porque Livopan aumenta a pressão no ouvido médio.
- Distensão abdominal, porque Livopan aumenta lentamente o volume de gás nos intestinos.

Muito raros (podem afetar até 1 em cada 10.000 pessoas)

Efeitos sobre a função nervosa, sensação de dormência e fraqueza, geralmente nas pernas. Isto é porque o protóxido de azoto afeta o metabolismo da vitamina B12 e do ácido fólico inibindo uma enzima: metionina sintetase.

Frequência Desconhecida: (a frequência não pode ser calculada a partir dos dados disponíveis):

APROVADO EM
27-01-2014
INFARMED

- Efeitos sobre a medula óssea, que pode resultar em anemia (diminuição do número de glóbulos vermelhos do sangue) e leucopenia (diminuição do número de glóbulos brancos do sangue). Pode também sentir dor de cabeça e confusão, após a interrupção da administração.
- Efeitos psiquiátricos, tais como psicose, confusão e ansiedade têm sido comunicados em ocasiões extremamente raras.
- Depressão respiratória

Comunicação de efeitos secundários

Se tiver quaisquer efeitos secundários, incluindo possíveis efeitos secundários não indicados neste folheto, fale com o seu médico ou enfermeiro. Também poderá comunicar efeitos secundários diretamente ao INFARMED, I.P. através dos contactos abaixo. Ao comunicar efeitos secundários, estará a ajudar a fornecer mais informações sobre a segurança deste medicamento.

INFARMED, I.P.

Direção de Gestão do Risco de Medicamentos
Parque de Saúde de Lisboa, Av. Brasil 53
1749-004 Lisboa

Tel: +351 21 798 71 40

Fax: +351 21 798 73 97

Sítio _____ da _____ internet:

<http://extranet.infarmed.pt/page.seram.frontoffice.seramhomepage>

E-mail: farmacovigilancia@infarmed.pt

5. Como conservar Livopan

Mantém este medicamento fora do alcance e da vista das crianças.

Não utilize este medicamento após o prazo de validade impresso no selo colocado no cilindro de gás.

Não conservar a uma temperatura inferior a -5°C.

Na suspeita de que o Livopan possa ter sido conservado a temperaturas muito baixas, deve-se armazenar os cilindros na posição horizontal a uma temperatura superior a +10 °C durante pelo menos 48 horas antes da sua utilização.

Mantenha o cilindro em local de acesso restrito reservado à armazenagem de gases medicinais.

Mantém afastado de material combustível.

Utilize apenas em áreas bem ventiladas.

Não fumar. Não devem ser expostos a calor forte.

Em caso de risco de fogo – coloque num lugar seguro. Mantenha o cilindro limpo, seco e isento de óleo e gordura.

Certifique-se que o cilindro está protegido contra quedas ou de ser derrubado.

Armazene e transporte com a válvula fechada.

Os vapores podem provocar sonolência e tonturas.

6. Conteúdo da embalagem e outras informações

Qual a composição de Livopan:

APROVADO EM
27-01-2014
INFARMED

- As substâncias ativas são: protóxido de azoto 50% (Fórmula química: N₂O) e Oxigénio 50% (Fórmula química: O₂)
Livopan não contém outros componentes.

Qual o aspeto de Livopan e conteúdo da embalagem

O Livopan é um gás incolor, inodoro e insípido, fornecido em cilindros de gás com uma válvula para controlar o fluxo de gás.

A forma farmacêutica é gás medicinal comprimido.

Os cilindros de gás são identificados através de uma faixa branca e outra azul (oxigénio/protóxido de azoto). O corpo dos cilindros de gás é branco (gás medicinal).

Capacidade dos cilindros de gás em litros:	2	2,5	5	10
--	---	-----	---	----

É possível que nem todas as apresentações sejam comercializadas.

Titular da Autorização de Introdução no Mercado

AGA AB

SE-181 81 Lidíngö

Suécia

Fabricantes

AGA Gas AB

Rotevägen 2

SE-192 78 Sollentuna (fábrica de Rotebro)

Suécia

Linde France S.A. Activité Healthcare

Parc d'activités du Bois Vert - 18, avenue de la Saudrune

31 120 Portet sur Garonne

France

Linde Gaz Polska Sp. z o.o.

ul. Żwirowa 4

33-100 Tarnów

Poland

Este medicamento encontra-se autorizado nos Estados Membros do Espaço Económico Europeu (EEE) com as seguintes denominações:

Alemanha	LIVOPAN
Áustria	LIVOPAN
Bélgica	RELIVOPAN
Chipre	ENTONOX
Dinamarca	LIVOPAN
Espanha	ENTONOX
Finlândia	LIVOPAN
Grécia	ENTONOX
Holanda	RELIVOPAN
Hungria	LIVOPAN
Islândia	LIVOPAN
Itália	LIVOPAN
Luxemburgo	RELIVOPAN

APROVADO EM
27-01-2014
INFARMED

Noruega	LIVOPAN
Polónia	ENTONOX
Portugal	LIVOPAN
República Checa	ENTONOX
Roménia	ENTONOX
Eslováquia	ENTONOX
Suécia	LIVOPAN

Este folheto foi revisto pela última vez em

Outras fontes de informação

Está disponível informação pormenorizada sobre este medicamento no sítio da internet do Infarmed. www.infarmed.pt

As seguintes informações são destinadas apenas aos médicos ou profissionais de saúde:

Orientações de segurança:

O risco potencial à fertilidade associado à exposição crónica no local de trabalho não pode ser descartada.

Devem ser tomadas precauções especiais quando se trabalha com protóxido de azoto. O protóxido de azoto deve ser administrado de acordo com as normas de orientação nacionais.

O Livopan só deve ser utilizado em áreas bem ventiladas e equipadas com sistemas de exaustão. Uma boa ventilação e a utilização de sistemas de exaustão evitam elevadas concentrações de protóxido de azoto no ar ambiente. Elevadas concentrações de protóxido de azoto no ar ambiente podem causar efeitos negativos na saúde dos profissionais ou nas pessoas próximas dos locais. Existem diretivas nacionais para a concentração de protóxido de azoto no ar ambiente, que não devem ser ultrapassados, os chamados "limites de exposição ocupacional", muitas vezes expresso como TWA (time weight average) - valor médio de exposição para um dia de trabalho e STEL (short term expose limit) - valor médio durante uma exposição curta. Estes valores não devem ser excedidos de forma a garantir que o pessoal não é exposto ao risco.

- A válvula deve ser aberta devagar e cuidadosamente.
- Desligue o equipamento em caso de fogo e sempre que não esteja em uso.
- Quando o cilindro está em uso, deve estar adequadamente fixo com suportes adequados.
- Considere a substituição do cilindro quando a pressão da garrafa baixar para um nível em que o indicador de pressão presente na válvula atingir a zona amarela.
- Quando uma pequena quantidade de gás residual permanecer no cilindro, a válvula deve ser fechada. É importante deixar uma pequena pressão de gás residual no cilindro de forma a evitar contaminações.
- Após a utilização, a válvula do cilindro deve ser bem fechada. Despressurize de seguida o regulador ou conexão.