



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

**O cuidado cultural – Estratégias facilitadoras da
comunicação à pessoa em situação crítica e família**

Carina Vieira Sereno



**Lisboa
2022**



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

**O cuidado cultural – Estratégias facilitadoras da
comunicação à pessoa em situação crítica e família**

Carina Vieira Sereno



Orientador: Professora Maria Augusta Grou Moita



**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

"As migrações constituirão uma pedra angular do futuro do mundo"

Papa Francisco

DEDICATÓRIA

Aos que não estão aqui, mas ainda assim fazem parte de mim.

Para ti, querido Pai...

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido **António** e ao meu filho **Vicente**, que resistiram à minha ausência e foram o meu pilar neste longo caminho.

A todo o corpo docente da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, em especial à **Professora Maria Augusta Grou Moita**, pelo apoio, dedicação, orientação e pelos bons e sábios conselhos.

Aos **meus amigos**, em especial ao Carlos, Raquel e Ana Correia por serem ombro amigo, pelos conselhos e apoio nos momentos de maior cansaço.

À minha **equipa de Enfermagem do H. Luz Lisboa**, aos **meus colegas** e à minha chefia (**Joana e Carla**), a sua disponibilidade, paciência e compreensão.

À **Enfermeira Cláudia e ao Enfermeiro José**, por me terem acolhido ao longo deste percurso, pela orientação, pela partilha de saberes e troca de experiências.

LISTA DE ABREVIATURAS

AMPLE – Alergias / Medicamentos / Doenças Crónicas / Última refeição / Eventos

AVC – Acidente Vascular Cerebral

APA - American Psychological Association

ATLS – Advanced Trauma Life Support

BPS – Behavioral Pain Scale

CCI - Comissões de Controlo da Infecção

CIPE – Classificação internacional para a prática de Enfermagem

CML – Câmara Municipal de Lisboa

CO₂ – Dióxido de Carbono

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CVC – Cateter Venoso Central

ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control

EPI – Equipamento Proteção Individual

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ETCO₂ - Medida de CO₂ exalado

FLACC – Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Scale

GCLPPCIRA – Grupo Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

GPT – Grupo Português de Triagem

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPO – Instituto Português de Oncologia

LA – Linha Arterial

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

PALOP - Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PSC – Pessoa em Situação Crítica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

RMN – Ressonância Magnética

SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

STN – Society of Trauma Nurses

SU – Serviço de Urgência

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TAC – Tomografia Axial Computorizada

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UE – União Europeia

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

VNI – Ventilação Não Invasiva

WHO – World Health Organization

RESUMO

Este trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no plano de estudos do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Tem como finalidade descrever e analisar as atividades realizadas para dar resposta ao objetivo geral inicialmente traçado - Desenvolver competências especializadas na prestação de um cuidado culturalmente competente à Pessoa em Situação Crítica e sua família, com especial foco nas estratégias facilitadoras da comunicação. Neste sentido, como referencial teórico, foi selecionado o Modelo de Avaliação Transcultural de Giger e Davidhizar.

A comunicação é considerada como uma habilidade básica no cuidado de doentes críticos. No entanto, os enfermeiros que cuidam de clientes com idiomas e culturas diferentes experimentam um desafio constante em serem compreendidos, assim como em compreender estes clientes.

O crescimento da sociedade multicultural em Portugal, decorrente da globalização e do aumento da população migrante, levanta diversos desafios no que diz respeito à comunicação. Neste sentido, recai uma grande responsabilidade sobre os profissionais que trabalham diariamente com estas diversas populações, exigindo-se que considerem a pessoa como ser único e individual, respeitando a sua diversidade cultural. Como tal, os enfermeiros devem possuir um corpo de conhecimento de outras culturas, por forma a identificar as particularidades de cada uma, para que o planeamento dos cuidados seja individualizado e personalizado, permitindo, desta forma, a prestação de cuidados culturalmente competentes.

As atividades realizadas em estágio, fundamentadas na evidência científica, de onde destaco os resultados da revisão integrativa da literatura realizada sobre a temática, e na prática reflexiva, possibilitaram-me a aquisição e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializados de

enfermagem à pessoa em situação crítica, nomeadamente com um diferente *background* cultural, com especial foco nas estratégias facilitadoras da comunicação.

PALAVRAS- CHAVE: Enfermagem; Cuidado Culturalmente Competente; Pessoa em Situação Crítica; Serviço de Urgência; Unidade de Cuidados Intensivos, Estratégias de comunicação.

ABSTRAT

This study was developed within the scope of the Curricular Unit Internship with Report, included in the study plan of the 11th Master's Degree Course in Nursing in Specialization in Critical Care of the Nursing School of the Nursing School of Lisbon. Its purpose is to describe and analyze the activities carried out to respond to the general objective initially outlined - to develop specialized skills in providing culturally competent care to the person in critical condition and his/her family, with a special focus on strategies to facilitate communication. In this sense, Giger and Davidhizar's Cross-Cultural Assessment Model was selected as the theoretical reference.

Communication is considered a basic skill in the care of critically ill patients. However, nurses who care for clients with different languages and cultures experience a constant challenge in being understood, as well as in understanding these clients.

The growth of a multicultural society in Portugal, arising from globalization and the increase in the migrant population, raises several challenges regarding communication. In this sense, a great responsibility falls on the professionals who work daily with these diverse populations, requiring them to consider the person as a unique and individual being, respecting his/her cultural diversity. As such, nurses should have a body of knowledge of other cultures, to identify the particularities of each one, so that care planning can be individualized and personalized, thus allowing for the provision of culturally competent care.

The activities carried out during the internship, based on scientific evidence, in particular the results of the integrative literature review, and on reflective practice, allowed me to acquire and develop skills in the provision of specialized nursing care to critically ill patients, particularly those from a different cultural background, with a special focus on communication strategies.

KEY WORDS: Nursing; Culturally Competent Care; Critical Care Patient; Emergency Department; Intensive Care Unit; Communication Strategies.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. O CUIDADO CULTURALMENTE COMPETENTE À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	16
2. ANÁLISE DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	35
2.1. Caracterização dos contextos de estágio	36
2.2. Análise das atividades e competências desenvolvidas	41
CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS	71

APÊNDICES

Apêndice 1 - Protocolo de Revisão integrativa da Literatura

Apêndice 2 – Adaptação do Algoritmo de avaliação inicial ATCN

ANEXOS

Anexo 1 – Certificado de participação na formação “Saúde em Igualdade”

INTRODUÇÃO

Este relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no plano de estudos do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Neste contexto, com a finalidade de analisar o percurso desenvolvido no 2º ano do referido mestrado, foi solicitado a execução deste relatório, onde serão apresentadas as competências desenvolvidas para aquisição do grau de Mestre e futuro título de Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 429/2018, 2018), do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização à PSC (ESEL, 2010), as competências definidas nos Descritores de Dublin para o 2º Ciclo de Estudos (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018), bem como o quadro de competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e competências do Enfermeiro Especialista na área da PSC (Regulamento n.º 429/2018, 2018), descrevendo o percurso desenvolvido de forma descritiva, analítica e reflexiva.

Este trabalho, sob o tema “O cuidado cultural – estratégias facilitadoras da comunicação à pessoa em situação crítica e família”, emerge da reflexão sobre os diversos desafios que encontro na minha prática clínica em contexto de serviço de urgência, dada a dificuldade de comunicação com a pessoa em situação crítica e com a sua família, especialmente se possuem diferentes referenciais culturais.

Como referi, a escolha deste tema decorre da minha experiência profissional, onde identifiquei, ao longo dos anos, situações em que o cuidado ficou comprometido pela barreira comunicacional, uma vez que esta barreira interfere diretamente com a segurança dos cuidados (Ramos, 2012). Na minha opinião, ser Enfermeiro é ser o responsável pelo processo de cuidados à Pessoa - orientando, assistindo, apoiando e capacitando ao longo da sua vida - tendo em consideração a sua individualidade e a da sua família, o seu contexto e ambiente, bem como as suas vivências. Igualmente, é também consolidar a relação privilegiada que conseguimos desenvolver com a pessoa alvo de cuidados e a sua

família, de forma a promover a maximização da saúde, com o respeito pelas particularidades psicoemocionais, sociais e culturais de cada pessoa.

De forma a dar resposta a esta preocupação e fundamentando a tomada de decisão e intervenção em enfermagem, este relatório será baseado no Modelo de Avaliação Transcultural de Giger e Davidhizar (2002). A aplicação deste modelo permite ao enfermeiro prestar um cuidado culturalmente sensível, uma vez que é adaptado à herança cultural, às crenças, valores e comportamentos do cliente cuidado (Giger & Davidhizar, 2002).

Os cuidados de saúde culturalmente diversos podem e devem ser prestados numa variedade de cenários clínicos. Independentemente do nível de cuidados - primários, secundários ou terciários - o conhecimento de informações culturalmente relevantes ajudará os enfermeiros no planeamento e implementação de cuidados únicos para cada cliente (Giger & Davidhizar, 2002).

Reconhecendo a importância de um cuidado culturalmente sensível, em 2003, a Associação de Enfermeiros de Emergência dos Estados Unidos da América, utilizou o Modelo de Avaliação Transcultural de Giger e Davidhizar, para orientar o desenvolvimento da sua declaração de posição sobre a Diversidade nos Cuidados de Emergência (Giger et al, 2020). Desde 2004, várias instituições utilizam este modelo de avaliação transcultural para a prestação de cuidados culturalmente sensíveis (Giger et al, 2020).

No âmbito do cuidado ao doente crítico, Kaplow e Hardin (2009), tendo por base o Modelo de Avaliação Transcultural de Giger e Davidhizar, desenvolveram uma versão simplificada do modelo para utilização nos doentes referidos. Estes autores sugeriram que, em vez do período normal de 45 minutos necessário para completar a avaliação Transcultural do Modelo de Giger e Davidhizar, a Avaliação Cultural de Cuidados Críticos (modificada do Modelo de Giger e Davidhizar) poderia ser completada num período de tempo escalonado.

De salientar que, em 2008, o Royal College of Nursing de Londres utilizou o Modelo de Avaliação Transcultural de Giger e Davidhizar, como um dos modelos conceptuais e teóricos abrangentes para orientar a prestação de cuidados a nível

global, a uma sociedade em mudança, heterogênea e culturalmente diversa (Giger et al, 2020).

Neste seguimento e dado o crescimento da sociedade multicultural em Portugal, os enfermeiros devem estar munidos de competências culturais, possuindo conhecimentos de outras culturas de forma a identificar as particularidades de cada uma, para que o planeamento dos cuidados seja individualizado (Vilelas & Janeiro, 2012). Além disso, os enfermeiros com competência cultural melhoram a eficácia na capacidade de comunicação, nas apreciações culturais, assim como na aquisição de conhecimentos relacionados com as práticas de saúde das pessoas de diferentes culturas (Vilelas & Janeiro, 2012).

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

De forma a fundamentar a minha atuação em contexto de estágio, na prestação de cuidados ao cliente culturalmente diverso, foi também realizada uma Revisão Integrativa da Literatura. Os resultados foram essenciais para a compreensão das necessidades específicas deste tipo de clientes, bem como a forma de conseguir ultrapassar os diferentes obstáculos encontrados.

Com o intuito de impulsionar o meu percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, realizei um estágio em dois contextos distintos. Um dos contextos foi em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, tendo em conta a minha experiência profissional, e outro em Serviço de Urgência, ambos em hospitais da Área Metropolitana de Lisboa.

Tendo em conta o objetivo geral - Desenvolver competências especializadas na prestação de um cuidado culturalmente competente à Pessoa em Situação Crítica e sua família, com especial foco nas estratégias facilitadoras da comunicação, defini como objetivos específicos:

- Desenvolver a autoaprendizagem, tendo em conta a melhor evidência científica, utilizando o método reflexivo e o pensamento crítico;
- Desenvolver uma prática de cuidados culturalmente competente, tendo em conta as normas legais, éticas e deontológicas, garantindo o respeito pelos direitos humanos da PSC num contexto multicultural;
- Promover a prestação de cuidados à PSC e família, procurando a excelência dos cuidados;
- Desenvolver competências e estratégias facilitadoras da comunicação à PSC e sua família, de forma culturalmente competente, para o estabelecimento de uma relação terapêutica;
- Desenvolver competências na área de prevenção e controlo de infeção à PSC.

Este trabalho divide-se essencialmente em duas partes. Primeiramente, o enquadramento conceptual da temática em estudo, onde se inclui a justificação do tema e o referencial de Enfermagem selecionado, seguido da análise do percurso de aquisição de competências, onde exponho as atividades realizadas e a análise crítica do processo de desenvolvimento de competências, ao longo dos dois momentos de estágio. A elaboração do trabalho segue as normas do Guia Orientador para Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações – Norma APA, da ESEL (Godinho, 2020).

1. O CUIDADO CULTURALMENTE COMPETENTE À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

No presente capítulo será abordado o cuidado culturalmente competente à PSC e família, com especial foco nas estratégias de comunicação, assim como o Modelo de Avaliação Transcultural de Giger e Davidhizar.

Segundo o Relatório Estatístico Anual, em Portugal houve uma mudança do sentido dos saldos migratórios, de forma negativa entre 2011 e 2016, como consequência da crise económica e financeira que afetou o país (Oliveira, 2020). Esta situação induziu um efeito conjugado do abrandamento dos fluxos de entrada no país e do incremento dos fluxos de saída, atingindo-se o pico da quebra de entradas em 2012 (Oliveira, 2020).

Nos últimos anos, Portugal quebrou a tendência do saldo migratório negativo que se observou entre 2011 e 2016, recuperando os valores do início do século (Oliveira, 2020). Em 2018 e 2019 houve um reforço das entradas e da permanência de estrangeiros residentes em Portugal, alcançando-se valores inéditos no país - quase meio milhão de estrangeiros residentes em 2018, perto de mais 60 mil residentes face ao ano anterior, e quase 600 mil em 2019, ou seja, mais 110 mil residentes face ao ano anterior (Oliveira, 2020).

Da análise do Relatório de Emigração e Fronteira do SEF publicado em 2022, verifica-se que a evolução da população estrangeira em Portugal deve ter em consideração diversas vertentes, particularmente os contextos económicos e sociais português e dos países de origem, a evolução legislativa, as relações históricas e culturais, os impactos da operacionalização de políticas de imigração e fenómenos com implicações à escala continental ou global, como conflitos armados, desastres ambientais ou pandemias. Segundo este relatório, importa ainda destacar que o contexto de pandemia COVID-19 provocou uma desaceleração no aumento da população estrangeira residente, em linha com o ocorrido em 2020. Ainda assim, cumpre salientar o crescimento da população

estrangeira residente no período compreendido entre 2015 e 2021 (+310.156) (Machado et al, 2022).

Em 2021 verificou-se, assim, pelo sexto ano consecutivo, um crescimento da população estrangeira residente, com um aumento de 5,6% face a 2020, totalizando 698.887 cidadãos estrangeiros titulares de autorização de residência, valor mais elevado registado pelo SEF, desde o seu surgimento em 1976 (Machado et al, 2022). A nacionalidade brasileira mantém-se como a principal comunidade estrangeira residente, representando 29,3% do total (valor mais elevado desde 2012), seguindo-se o Reino Unido (6%) apesar do decréscimo de 9,3% sendo a segunda nacionalidade estrangeira mais representativa em Portugal. Em terceiro lugar Cabo Verde (4,9%) seguido de Itália (4,4%), Índia (4,3%), Roménia (4,1%) e Ucrânia (3,9%) (Machado et al, 2022).

O crescimento sustentado dos cidadãos estrangeiros, oriundos dos países da União Europeia, confirmam o particular impacto dos fatores de atratividade já apontados em anos anteriores, como a perceção de Portugal como um país seguro, bem como as vantagens fiscais decorrentes do regime, para o residente não-habitual (Machado et al, 2022).

No que diz respeito ao fluxo migratório, mantém-se a tendência de descida de novos títulos emitidos (111.311), com uma diminuição de 5,8% face ao ano anterior (118.124), confirmando o impacto da pandemia COVID-19, já observável em 2020. Os motivos mais relevantes na concessão de novos títulos de residência foram a atividade profissional (35.886), o reagrupamento familiar (20.718) e o estudo (10.919) (Machado et al, 2022).

Segundo este relatório, é evidente que o nível das nacionalidades mais representativas no fluxo migratório, particularmente no que se refere a nacionais de países terceiros, uma forte preponderância da atividade profissional nas nacionalidades oriundas da Ásia. Mantém-se a distribuição geográfica da população estrangeira, incidindo sobretudo no litoral, sendo que 66,8% está registada nos distritos de Lisboa (108.894), Faro e Setúbal, totalizando 466.779 cidadãos residentes, por oposição a 450.074 em 2020 (Machado et al, 2022).

As pessoas com *background* imigratório apresentavam uma maior concentração nas áreas predominante urbana, comparativamente com as sem *background* imigratório: 79,7% e 72,8%, respetivamente. Segundo o INE (2020), a distribuição por regiões revela também que a população com *background* imigratório residia sobretudo na Área Metropolitana de Lisboa (37,4%), Norte (26,4%) e Centro (21,9%). De realçar que a Área Metropolitana de Lisboa e o Algarve apresentavam as maiores proporções de pessoas residentes com *background* imigratório: 17,5% em cada uma das regiões. (INE, 2020).

O contexto de mobilidade de pessoas intra e intercontinentes, é considerado um dos indicadores de integração dos migrantes nos países de acolhimento, significando assimilação da sociedade recetora quer através da língua, da integração social, cultural e económica (INE, 2020). Em 2019, ano mais recente para o qual existem dados comparáveis, Portugal encontrava-se na terceira posição do ranking dos países da União Europeia relativamente à proporção de população estrangeira que adquiriu a nacionalidade (INE, 2020). A posição de Portugal neste ranking, deve-se principalmente, às políticas de acolhimento e integração de imigrantes, nomeadamente à plena aplicação da Lei da Nacionalidade e subseqüentes alterações legislativas que veio permitir o acesso à nacionalidade portuguesa a um maior número de pessoas estrangeiras (INE, 2020).

O Relatório de Emigração, fronteiras e asilo (2022), refere que os pedidos de asilo em 2021 aumentaram 53,4%, face ao ano anterior, totalizando os 1.537 pedidos, nos quais se incluem os referentes ao mecanismo de recolocação no âmbito dos compromissos nacionais assumidos com a UE. No que diz respeito à idade e género dos requerentes de asilo, é de evidenciar que 68,4% dos pedidos foram apresentados por indivíduos do sexo masculino, e que, o grupo etário situado entre os 19-39 representou 56,3% do total. De sublinhar ainda que 87,9% dos requerentes tinham menos de 40 anos de idade. Em termos de reconhecimento de estatuto de proteção internacional, no ano em análise, foram concedidos 228 estatutos de refugiado (77 em 2020) e, concedidos 78 títulos de

autorização de residência por proteção subsidiária (17 em 2020), em ambos os casos predominam os nacionais de países asiáticos (Machado et al, 2022).

À luz destes dados estatísticos, é imperativo que o enfermeiro especialista rapidamente se adapte a uma sociedade culturalmente heterogênea e em mudança. A prestação de cuidados culturalmente apropriados e competentes no século XXI, será uma tarefa desafiante para muitos enfermeiros. Como prestadores de cuidados de saúde, os enfermeiros devem ter a iniciativa de assegurar a liderança para garantir que todas as pessoas tenham igual acesso a cuidados de saúde de alta qualidade, culturalmente apropriados e culturalmente competentes (Giger et al, 2020).

De assinalar que, no mundo contemporâneo, as questões da diversidade cultural, da comunicação e das relações interculturais estão no centro da preocupação da maioria dos Estados, sendo da maior importância no contexto do mundo globalizado (Ramos, 2008). O aumento da globalização e da multiculturalidade determina que as sociedades e as diferentes instâncias sociais sejam confrontadas com uma grande heterogeneidade linguística e cultural dos seus clientes, o que exige que adotem estratégias e políticas adequadas para fazer face a esta nova realidade social, cultural, comunicacional e sanitária (Ramos, 2008, 2012).

Para Leininger (2001), o cuidado é a essência da enfermagem e o seu foco central, dominante e unificador. A autora define o cuidado como as ações e atividades orientadas no sentido de assistir, apoiar ou capacitar outro indivíduo ou grupo para melhorar a forma de vida, condição humana ou para encarar a morte (Leininger & McFarland, 2006). Desta forma, a enfermagem transcultural tornou-se uma componente chave na área da saúde e uma exigência por parte dos enfermeiros da atualidade, devido ao crescimento do fenómeno transcultural que ocorre na população, onde se inclui também a população portuguesa (Vilelas et al, 2012).

Na perspetiva de Leininger (2001), a cultura refere-se ao conhecimento aprendido, partilhado e transmitido dos valores, crenças e formas de vida de um

determinado grupo, que são geralmente transmitidos de forma inter-geracional, os quais influenciam o pensamento, as decisões e as ações de forma padronizada (Leininger, 2001). Giger et al (2020) definem cultura como uma resposta comportamental padronizada, que se desenvolve ao longo do tempo, como resultado da impressão na mente, através de estruturas sociais e religiosas, assim como de manifestações intelectuais e artísticas.

Para Leininger (2001), a cultura é também o resultado de mecanismos que podem ter influências inatas, mas que são principalmente afetados por estímulos ambientais internos e externos. A cultura é moldada por valores, crenças, normas e práticas, que são partilhados pelos membros de um mesmo grupo cultural guiando o pensamento, o fazer e o ser, tornando-se a expressão padronizada da pessoa, que a transmitirá à geração seguinte (Giger et al, 2020). Leininger (1991) postula que os valores culturais se desenvolvem como resultado direto da forma desejável ou preferida de um indivíduo agir ou conhecer algo, sendo que é frequentemente sustentada por uma cultura, a qual perdura ao longo do tempo, regendo as ações ou decisões.

Pelo exposto, dado o crescimento das migrações e o desenvolvimento da multiculturalidade, os enfermeiros necessitam estar munidos de competências culturais, devendo adquirir conhecimentos de outras culturas, de forma a identificar as particularidades de cada uma e planejar os cuidados de forma individualizada (Vilelas et al, 2012). Os enfermeiros culturalmente sensíveis, são aqueles que têm em consideração a cultura, raça, etnia, género e orientação sexual da pessoa. Além disso, os enfermeiros com competência cultural melhoram a eficácia na capacidade de comunicação, nas apreciações culturais e na aquisição de conhecimentos relacionados com as práticas de saúde de diferentes culturas (Vilelas et al, 2012).

Purnell e Paulanka (2008) observaram que a competência cultural é o ato pelo qual um profissional de saúde desenvolve a consciência da sua existência, sensações, pensamentos e ambiente, sem deixar que estes fatores tenham um efeito indevido sobre o cliente alvo de cuidados. Consequentemente, os autores

citados concluem que a competência cultural é a adaptação dos cuidados de saúde, de forma congruente, à cultura do cliente. Neste sentido, a competência cultural é um processo consciente e, como tal, não pode ser necessariamente visto como linear (Purnell & Paulanka, 2008).

De acordo com Smith (1998), citada por Giger et al (2020), a competência cultural é um processo contínuo de tomada de consciência, conhecimento, habilidade, interação e sensibilidade, que é demonstrado entre aqueles que prestam cuidados e os clientes alvo dos cuidados. A mesma autora conclui que a competência cultural requer a procura contínua de conhecimentos, práticas e atitudes, que permitam aos enfermeiros transformar as intervenções em *outcomes* positivos, tais como a melhoria dos índices da morbilidade e mortalidade dos clientes, bem como o aumento dos níveis de satisfação dos clientes e profissionais. Dobrowolska et al (2020) corroboram esta ideia, defendendo que os enfermeiros culturalmente competentes podem influenciar positivamente a qualidade dos cuidados de enfermagem, a satisfação e os *outcomes* dos clientes.

Para proporcionar cuidados culturalmente apropriados e competentes, é importante considerar o indivíduo como culturalmente único e, como tal, sendo um produto das suas experiências, crenças e normas culturais (Giger et al, 2020). Tendo em conta o aumento da entrada e permanência de estrangeiros residentes em Portugal, e sendo o acesso à saúde um direito fundamental, constata-se que muitas das dificuldades das populações nacionais, migrantes e minorias prendem-se, sobretudo, com problemas comunicacionais ao nível organizacional e interpessoal, bem como falta de informação, tanto da parte destes grupos, como dos próprios profissionais e serviços de saúde (Ramos, 2012).

A comunicação é um fenómeno social complexo e multidimensional, em que cada momento de transmissão da mensagem está integrado numa matriz cultural, num conjunto de códigos, de regras e de representações, que sustentam e possibilitam as relações entre os membros de uma mesma cultura ou subcultura (Ramos, 2008). Para Vilelas et al (2012), a comunicação transcultural envolve vários

aspectos individuais e sociais, os quais devem ser entendidos no sentido de alcançar a competência cultural, para que a prestação de cuidados de enfermagem seja de elevada qualidade.

Os códigos culturais e linguísticos, assim como os rituais de interação, diferem segundo as culturas e subculturas e, deste modo, o desconhecimento ou desrespeito por estas diferenças, nos diversos contextos, gera problemas comunicacionais e pode reforçar os estereótipos e os preconceitos (Ramos, 2008). Com efeito, as variáveis culturais afetam a comunicação ao nível da percepção, dos olhares, das representações e estereótipos sobre o outro, bem como sobre os acontecimentos, ao nível dos processos verbais e não-verbais (Ramos, 2008).

De acordo com Ramos (2008), os aspetos sociais e culturais influenciam a forma de perceber a saúde e a doença, assim como o recurso aos cuidados de saúde, pelo que podem constituir barreiras importantes aos mesmos. Nesta perspetiva, os aspetos mencionados apresentam-se como dificuldades que os prestadores de cuidados de saúde experienciam, ao lidar com as populações que provêm de culturas diferentes, nomeadamente ao nível linguístico e cultural (Ramos, 2008).

Vários estudos evidenciam que os profissionais de saúde apresentam mais dificuldades e erros de diagnóstico quando comunicam com clientes migrantes e de minorias, estando muitos dos seus problemas, bem como as falhas na adesão aos cuidados, relacionados com questões de comunicação em saúde (Ramos, 2012). Como mencionado no Relatório Estatístico Anual de 2020 relativo aos indicadores de integração de imigrantes, as necessidades não satisfeitas de consulta médica dos imigrantes relacionaram-se, nomeadamente, com os tempos de espera para obter cuidados de saúde, com as dificuldades de comunicação com os profissionais de saúde e com a complexidade da burocracia associada ao sistema de saúde (Oliveira, 2020).

Dobrowolska et al (2020) sublinham que as consequências negativas do défice de competência cultural, na prestação de cuidados de enfermagem, podem traduzir-se por angústia moral do cliente em relação à dinâmica familiar, barreiras

no acesso aos cuidados de saúde, frustração relacionada com os desafios de comunicação e preconceitos implícitos. Além disso, o déficit de competência cultural pode ter impacto no planeamento dos cuidados de enfermagem, levar a preconceitos e discriminação, causar má interpretação das necessidades dos clientes e resultar em diagnóstico e tratamento incorretos (Dobrowolska et al, 2020).

Os cuidados de enfermagem, culturalmente sensíveis e seguros, são importantes e fundamentais em qualquer contexto clínico. No entanto, Dobrowolska et al (2020) salientam que nas unidades de cuidados intensivos, estes cuidados são ainda mais desafiantes. Segundo os mesmos autores, nestes contextos, a complexidade e a vulnerabilidade da condição do cliente, o envolvimento familiar e o tipo de cuidados de enfermagem, exigem um elevado nível de competência cultural dos enfermeiros.

De realçar, que a pessoa em situação de doença crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Benner et al (2011) reforçam que a PSC é aquela que já não é capaz de manter, de forma independente, a estabilidade fisiológica ou está em alto risco de um rápido desenvolvimento de instabilidade fisiológica. Deste modo, “estes clientes requerem cuidados multidisciplinares e de enfermagem altamente qualificados e competências clínicas especializadas que respondam às necessidades que têm afetadas, mantendo as funções vitais, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a melhor recuperação” (Durão, 2020, p.1).

Reconhecendo que a comunicação é considerada como uma habilidade básica nos cuidados de enfermagem, nomeadamente à PSC, os enfermeiros, que cuidam de clientes com idiomas e culturas diferentes, experimentam um desafio constante em serem compreendidos, assim como em compreender estes clientes. Listerfelt et al (2019) chegaram também à conclusão, no seu estudo em contexto de UCI, que a barreira linguística era o maior problema na comunicação com

clientes culturalmente diversos e os seus familiares constituindo um desafio no seu quotidiano de cuidados.

Neste seguimento, as barreiras linguísticas e culturais podem também afetar os cuidados de enfermagem, comprometer a segurança dos clientes e afetar o ambiente de trabalho (Listerfelt et al, 2019). Consequentemente, em contexto de UCI, a insuficiente competência cultural pode levar a resultados sociais e clínicos negativos, tanto para os clientes como para os familiares. Foi também evidente, no referido estudo de Listerfelt et al (2019), que os familiares exigiam quantidades significativas de informação clínica, particularmente durante os períodos mais críticos dos seus familiares, sendo que a incapacidade de fornecer informação, devido à barreira linguística, foi descrita pelos enfermeiros como frustrante.

De destacar, no âmbito da Pediatria, de acordo com Cañas & Rodríguez (2014), que os pais precisam conhecer e compreender a situação dos seus filhos, nomeadamente quando internados numa unidade de cuidados intensivos pediátricos, bem como adquirir conhecimentos e informação clara e atempada sobre o seu estado de saúde. Estes pais demonstram sentimentos de impotência e sentem-se vulneráveis quando desconhecem o que está a acontecer com os seus filhos (Guerra & Muñoz, 2013), sendo essencial que a informação fornecida seja ajustada ao seu nível linguístico e sociocultural, para que seja claramente compreendida (Christian, 2011).

Por outro lado, o estudo de González (2009), que analisou pesquisas relacionadas com a comunicação entre crianças, pais e profissionais de saúde em contexto de unidade de cuidados intensivos pediátricos, concluiu que se estabelece uma relação hierárquica médico-cliente, na qual as crianças e os pais não são tidos em conta para participar nos cuidados, tendo poucas possibilidades de se interrelacionarem com os profissionais. Igualmente, verifica-se que, por vezes, os profissionais facultam aos pais informações escassas sobre o estado de saúde dos seus filhos, sendo que a linguagem não é muitas vezes clara, como evidencia o estudo realizado por Gómez e Pérez (2012). Estes autores observaram

que a informação médica é transmitida aos pais de forma técnica e estruturada, uma vez por dia; enquanto os enfermeiros comunicam menos formalmente e várias vezes por dia.

Na prestação de cuidados a doentes e família com diferentes referenciais culturais, é essencial ultrapassar as barreiras da comunicação, para que o cuidado seja culturalmente relevante. Giger e Davidhizar (1990) defendem que a competência cultural expressa um nível superior e mais sofisticado do desenvolvimento das competências cognitivas e psicomotoras, atitudes e crenças pessoais. Para otimizar a competência cultural, é fundamental que o profissional de saúde utilize os conhecimentos adquiridos a partir de modelos conceptuais de cuidados culturalmente apropriados (Giger & Davidhizar, 1990). Deste modo, o Modelo de Avaliação Transcultural de Giger e Davidhizar pode permitir aos enfermeiros a avaliação dos indivíduos culturalmente diversos, de forma a proporcionar cuidados culturalmente competentes.

Segundo Giger e Davidhizar (2002), a competência cultural é um processo dinâmico, fluído e contínuo, pelo qual o indivíduo, sistema ou agência de cuidados de saúde, encontra estratégias de prestação de cuidados significativas e úteis, baseadas no conhecimento do património cultural, crenças, atitudes e comportamentos daqueles a quem presta cuidados.

O Modelo de Avaliação Transcultural de Giger e Davidhizar surge com a necessidade da criação de uma ferramenta para avaliar as variáveis culturais e os seus efeitos sobre a saúde e comportamentos de doença (Giger e Davidhizar, 2002). Salientam-se os metaparadigmas que suportam o modelo, nomeadamente a enfermagem transcultural e enfermagem culturalmente diversificada, cuidados culturalmente competentes, indivíduos culturalmente únicos, ambientes culturalmente sensíveis e estado de saúde baseado em comportamentos de doença e bem-estar, culturalmente específicos (Giger et al, 2020).

Para estas autoras, os cuidados de enfermagem culturalmente diversificados referem-se à variabilidade das abordagens de enfermagem, necessárias para fornecer cuidados culturalmente apropriados e competentes. Os

enfermeiros precisam saber utilizar o conhecimento transcultural de uma forma hábil e artística, para prestar cuidados culturalmente apropriados e competentes, a uma população de clientes heterogênea e em rápida mudança (Giger et al, 2020).

O Modelo de Avaliação Transcultural de Giger e Davidhizar postula que cada indivíduo é culturalmente único e, como tal, um produto de experiências passadas, crenças e normas culturais, devendo ser avaliado segundo seis fenômenos culturais - a Comunicação, o Espaço, a Organização social, o Tempo, o Controlo ambiental e as Variações biológicas (Giger & Davidhizar, 2002).

Giger e Davidhizar (2002) referem que a *comunicação* engloba toda a interação do comportamento humano, sendo que é através da mesma que a cultura é partilhada, transmitida e preservada. A comunicação é um processo contínuo, pelo qual uma pessoa pode afetar outra, através de linguagem escrita ou oral, gestos, expressões faciais, linguagem corporal, espaço ou outros símbolos (Giger & Davidhizar, 2002).

No que diz respeito ao *espaço*, Giger e Davidhizar (2002) afirmam que se refere à distância entre os indivíduos na sua interação, uma vez que toda a comunicação ocorre no contexto do espaço. Estas autoras referem a existência de quatro zonas distintas de espaço interpessoal, nomeadamente a zona íntima, pessoal, social e consultiva, e pública. As regras relativas à distância pessoal variam em cada cultura, sendo que, no que concerne à territorialidade, esta remete para os sentimentos ou atitudes em relação à própria zona pessoal (Giger & Davidhizar, 2002).

Cada pessoa, inserida na sua cultura, tem o seu próprio comportamento territorial e a violação do espaço pessoal e íntimo do cliente, alvo de cuidados, pode causar desconforto e pode resultar na sua recusa de tratamento (Giger & Davidhizar, 2002).

No modelo, as autoras mencionam que a *organização social* se refere à forma como um grupo cultural se organiza em torno do seu agregado familiar. A estrutura e organização familiar, valores e crenças religiosas, assim como a

atribuição de papéis, podem estar interligados com a etnicidade e a cultura (Giger & Davidhizar, 2002).

Relativamente ao *tempo*, as autoras referem que os grupos culturais podem ser orientados para o passado, presente ou futuro. Os indivíduos que se concentram no passado, tendem a manter a tradição e têm pouca motivação para a idealização de objetivos futuros (Giger & Davidhizar, 2002). Em contrapartida, os indivíduos que são orientados para o presente consideram que a tarefa atual é a mais importante, tendendo a ser pouco apreciadores do passado, não estabelecendo planos para o futuro (Giger & Davidhizar, 2002). Os indivíduos com orientação para o tempo futuro planeiam e organizam atividades presentes para alcançar objetivos futuro, o que pode ser relevante nos cuidados de saúde preventivos, dado que requerem orientação para o futuro, porque as ações preventivas são motivadas por uma recompensa futura (Giger & Davidhizar, 2002).

No que se refere ao *controlo ambiental*, Giger e Davidhizar (2002) explicam que se reporta à capacidade de o indivíduo controlar a natureza, de planear e orientar os fatores no ambiente que o afetam. Os grupos que têm uma crença menor no controlo ambiental interno e maior no controlo ambiental externo, tendem a deter uma visão mais catastrófica da situação, onde a procura de cuidados de saúde é vista como inútil (Giger & Davidhizar, 2002).

Giger e Davidhizar (2002) entendem que existem diferenças biológicas, particularmente *variações genéticas*, entre indivíduos de diferentes grupos raciais. Embora exista uma grande diversidade, quer dentro dos próprios grupos culturais e raciais, como entre diferentes grupos culturais e raciais, o conhecimento desta variabilidade é fundamental, para a prestação de cuidados de enfermagem culturalmente apropriados (Giger & Davidhizar, 2002).

A aplicação do Modelo de Avaliação Transcultural de Giger e Davidhizar e a avaliação dos seis fenómenos culturais mencionados, fornece ao enfermeiro conhecimento relevante sobre a cultura da pessoa, que lhe permitirá prestar um cuidado culturalmente competente (Giger & Davidhizar, 2002).

Como já demonstrado, a comunicação apresenta-se como o problema mais significativo na prestação de cuidados a clientes de diversas origens culturais (Giger & Davidhizar, 2002), sendo que todo o comportamento, seja verbal ou não-verbal, na presença de outro indivíduo, é considerado comunicação (Giger et al, 2020).

No entanto, a comunicação apresenta frequentemente barreiras, especialmente quando os enfermeiros e os clientes são de origens culturais diferentes. Se o enfermeiro e o cliente não falam o mesmo idioma ou se os estilos e padrões de comunicação diferem, tanto o enfermeiro como o cliente podem sentir-se incompreendidos ou desamparados (Giger et al, 2020).

Os enfermeiros devem ter consciência que, mesmo falando o mesmo idioma que o cliente, podem existir diferenças nos padrões e compreensão da comunicação, como resultado da sua orientação cultural (Davidhizar & Brownson, 2000). Não obstante os enfermeiros, normalmente, considerarem que as suas avaliações sobre o estado de saúde do cliente são precisas e congruentes com as do cliente, Giger et al (2020) alertam que existe evidência de discrepância nas percepções, que podem interferir com a prestação de cuidados a populações culturalmente diversas. Estas situações impedem a prestação de cuidados de alta qualidade aos clientes, promovendo o custo, o medo, a deficiente comunicação, o não cumprimento do regime terapêutico, o tratamento inadequado ou desnecessário e problemas éticos (Giger et al, 2020).

A comunicação e a cultura estão intimamente interligadas. A comunicação é o meio pelo qual a cultura é transmitida e preservada, influenciando a forma como os sentimentos são manifestados, através de expressões verbais e não-verbais (Giger et al, 2020).

A comunicação pode ser conceptualizada como um processo que inclui um emissor, um transmissor, sinais, um recetor e o feedback (Varcarolis, 2006). De acordo com Giger et al (2020), muitos fatores induzem a forma como a mensagem é fornecida e como é recebida, os quais podem influenciar a capacidade de comunicação e as atitudes em relação à outra pessoa e ao assunto em discussão,

afetando a forma como a mensagem é recebida. Para as mesmas autoras, se não existir feedback da mensagem transmitida, pode não existir interação recíproca. Existem culturas em que a mensagem é transmitida de forma mais direta e outras de forma mais indireta, pelo que é importante considerar tanto a comunicação verbal, como a comunicação não-verbal (Giger et al (2020).

Para Giger et al (2020), é importante considerar que, juntamente com a língua, são formas de comunicação verbal a qualidade da voz, entoação, ritmo e velocidade, assim como a pronúncia utilizada, sendo que o silêncio durante a comunicação pode, por si só, ser uma parte significativa da mensagem. A comunicação não-verbal inclui o toque, expressões faciais, comportamento dos olhos, postura corporal e uso do espaço (Giger & Davidhizar, 1990). O comportamento espacial também afeta a comunicação e engloba uma variedade de comportamentos, incluindo o movimento e a proximidade a outros e a objetos no ambiente, como destacam Giger et al (2020). Para estas autoras, embora a comunicação não-verbal seja influente e honesta, a sua importância e significado variam entre e dentro das culturas, sendo essencial que os enfermeiros tenham consciência deste facto, e façam a apreciação do papel que a linguagem corporal pode ter no processo de comunicação.

Giger et al (2020) recomendam aos enfermeiros diversas estratégias e intervenções para uma prática de cuidados culturalmente competente, de forma a estabelecer uma relação de ajuda positiva com os clientes culturalmente diversos, nomeadamente:

- Avaliar fatores culturais que possam afetar a sua relação com o cliente;
- Identificar fontes de discrepância entre os conceitos de saúde e doença do cliente e os seus próprios;
- Adotar uma atitude de flexibilidade, respeito e interesse para ajudar a ultrapassar as barreiras impostas pela cultura;
- Ser sensível à singularidade do cliente;
- Planear os cuidados de acordo com as necessidades comunicadas e os antecedentes culturais;

- Avaliar a eficácia das ações de enfermagem e modificar o plano de cuidados de enfermagem quando necessário;
- Aprender como a escuta é comunicada na cultura do cliente;
- Utilizar técnicas de validação na comunicação e estar atento ao feedback de que o cliente não está a compreender;
- Falar devagar e distintamente, mas não em voz alta;
- Estar atento às palavras que o cliente parece compreender e utilizá-las frequentemente;
- Obter feedback para confirmar a compreensão;
- Evitar utilizar termos médicos e abreviaturas que o cliente possa não compreender;
- Recorrer a intérpretes para melhorar a comunicação e pedir ao intérprete para traduzir a mensagem e não apenas as palavras individuais;
- Recorrer a um intérprete que seja culturalmente sensível.

As estratégias e intervenções referidas revestem-se de particular relevância, tendo em conta que a Revisão Integrativa da Literatura realizada comprova que a comunicação com o cliente culturalmente diverso constitui um importante desafio. Curiosamente, Hamilton et al (2020) salientam que a comunicação pode ser considerada tanto como facilitadora, assim como uma barreira. Na opinião destes autores, um fator facilitador da comunicação com a família diz respeito ao planeamento da transmissão de informações com a mesma, a sua regularidade e a escolha do melhor momento para o diálogo. Inversamente, quando a comunicação é menos efetiva, observa-se frustração pela dificuldade da implementação de cuidados centrados no cliente e família (Hamilton et al, 2020).

Em contexto de UCI, van Keer et al (2019) comprova, também, que os profissionais de saúde vivenciam dificuldades, que se relacionam, principalmente, com os diferentes antecedentes etno-culturais dos clientes/famílias. Os autores destacam que, no âmbito da transmissão de más notícias, a escolha do elemento

da equipa mais adequado, a escolha do local apropriado e a própria transmissão de informações, são importantes fatores a considerar para a promoção de uma comunicação correta. Por outro lado, Yu et al (2021) assinalam que é frequente os profissionais de saúde demonstrarem falta de compreensão sobre a necessidade de uma comunicação clara e transparente, com clientes e famílias de grupos étnicos minoritários. Consequentemente, esta situação determina que os profissionais de saúde demonstrem dificuldade em reconhecer, bem como em interpretar, as necessidades de cuidados deste grupo de clientes e dos seus familiares (Yu et al, 2021).

No âmbito da UCI, van Keer et al (2019) identificaram que a comunicação dos profissionais de saúde com os clientes era, principalmente, orientada para as tarefas, assinalando que as necessidades de cuidados psicossociais dos clientes eram, em grande parte, preteridas. Além disso, estes autores verificaram que o envolvimento dos clientes, nos seus próprios cuidados, foi também afetado devido à falta de intérpretes oficiais, à utilização de terminologia médica que não conseguiam compreender, assim como ao tempo insuficiente para discutir e clarificar o tratamento com os profissionais de saúde. De notar, que a deficiente comunicação com clientes com diferentes referenciais culturais contribui para atrasos no tratamento, tratamento ou cuidados sem consentimento, bem como para o cumprimento deficitário dos planos de tratamento (Rodriguez et al, 2008).

No âmbito dos cuidados intensivos neonatais e pediátricos, num hospital da Arábia Saudita, al Mutair et al (2019) procurou conhecer o impacto e a influência da diversidade cultural na forma como os enfermeiros cuidavam das famílias muçulmanas, antes e depois da morte dos seus filhos. Os autores observaram que a comunicação era mais exigente, tendo em conta que a língua falada pelos enfermeiros, quando comunicavam entre si, era o inglês, sendo que a maioria dos clientes admitidos na UCIN e UCI eram de origem saudita, cujos pais falavam árabe.

Ainda no que diz respeito à necessidade intérpretes, Guiton et al (2017) referem que não é apropriado recorrer a crianças como intérpretes, sendo uma

opção a ser utilizada em situações limite e em situações de emergência, em que não é possível a utilização de tradutores oficiais. Ainda assim, os autores recomendam que deve ser proporcionado apoio psicológico às crianças, o qual possa mitigar as consequências negativas associadas a esta experiência. Esta noção é também descrita por Yu et al (2021), ao constatarem que os clientes com barreiras linguísticas dependiam frequentemente dos membros da família bilingues, principalmente para interpretar, defender e tomar decisões em seu nome (Garrett et al., 2008). Também van Keer et al (2019) referem que, quando ocorrem grandes diferenças linguísticas, alguns profissionais de saúde preferem que um familiar ou amigo do cliente atue como intérprete, mesmo quando está disponível um intérprete oficial.

Não obstante, tanto Hassankhani et al (2018) como van Keer (2019) terem concluído que as equipas utilizam, como estratégia de comunicação, a escolha de um representante ou de um número limitado de representantes permanentes, entre os familiares, para comunicar com as famílias. De enfatizar, neste seguimento, que a necessidade de existir correspondência de género emergiu nos estudos dos autores supracitados. No estudo de van Keer et al (2019), algumas médicas solicitaram uma parceira de conversação feminina; enquanto, nos casos em que apenas os homens se apresentavam como parceiros de conversação, como observado num hospital iraniano, Hassankhani et al (2018) referem que as equipas informavam apenas os familiares masculinos, nomeadamente após eventos de reanimação.

A investigação demonstra que os profissionais de saúde estão conscientes que, para uma comunicação eficaz, é necessário a compreensão da cultura individual de cada cliente (Yu et al, 2021). Contudo, como evidencia al Mutais et al (2019), é necessário que os enfermeiros assumam o compromisso e desejo de mostrar respeito pelas diferenças culturais, considerando-o um tema prioritário, sendo que, desta forma, experienciam a sua influência nos cuidados prestados.

Nesta perspetiva, os enfermeiros reconhecem a importância de compreender e antecipar as necessidades culturais e religiosas das famílias, antes

e depois da morte da criança internada em UCI, como essenciais para os cuidados que prestam (al Mutais et al, 2019). Para além das intervenções e tratamentos prestados no âmbito dos cuidados críticos numa UCI, os enfermeiros sublinham a importância de assegurar a sensibilidade para as preferências e práticas culturais e religiosas destes clientes, especialmente durante o processo de morte (al Mutais et al, 2019). O compromisso primordial de respeito pelos outros e uma abertura à diversidade cultural e à diferença, pode ajudar os enfermeiros a enfrentar os desafios inerentes à prestação de cuidados culturalmente sensíveis, particularmente no fim de vida (al Mutais et al, 2019).

Tendo em consideração a pandemia Covid-19, Gibbon et al (2020) procuraram encontrar estratégias que pudessem reduzir as barreiras à interação produtiva, entre os clientes internados numa UCI e a sua família. Apesar da intensa pressão do tempo, o que dificultou as melhores práticas de comunicação, foram utilizadas várias estratégias, entre as quais a antecipação das futuras necessidades de comunicação de cada cliente sobre as decisões médicas, agendando proactivamente intérpretes e consultando mediadores culturais, profissionais bilinguísticos/biculturais, que interpretam tanto a língua como as práticas culturais (Gibbon et al, 2020).

Relativamente às práticas culturais, Valizadeh et al (2017) valorizam outros fatores que influenciam, também, a comunicação entre enfermeiros e famílias. De entre estes fatores, sobressaem os de ordem organizacional, especificando a necessidade de definição de políticas operacionais e de educação cultural, sendo estas identificadas como eficazes na comunicação entre enfermeiros e pais culturalmente sensíveis (Valizadeh et al, 2017). Os fatores profissionais são também destacados, estimando-se que o estatuto profissional da enfermagem na sociedade, bem como o tempo, possam afetar a capacidade de proporcionar cuidados pediátricos culturalmente sensíveis (Valizadeh et al, 2017).

Outro aspeto referido por Valizadeh et al (2017), que influencia a comunicação, é a desvalorização da educação cultural dos profissionais de saúde por parte das autoridades hospitalares, a qual é claramente insuficiente. No

parecer destes autores, o conhecimento cultural, que inclui a linguagem, é um fator determinante para os enfermeiros estabelecerem uma comunicação eficaz com as famílias de clientes culturalmente diversos, com as quais partilham experiências culturais. O desconhecimento do idioma dos clientes, leva os enfermeiros a pedir ajuda a terceiros ou a utilizar o seu conhecimento de outras línguas, assim como a utilizar a linguagem corporal e os comportamentos físicos para transmitir as suas instruções (Valizadeh et al, 2017).

O enquadramento teórico apresentado, assente num modelo de enfermagem de avaliação transcultural e nos resultados encontrados com a realização da revisão integrativa da literatura, assim como noutra bibliografia revelante, evidencia a importância da prestação de um cuidado de enfermagem culturalmente competente à PSC e família, baseado no seu referencial cultural, o qual permitirá atingir os melhores *outcomes* da pessoa alvo de cuidados.

O referido enquadramento teórico, possibilitou fundamentar as atividades desenvolvidas em contexto de estágio, para o desenvolvimento de competências de mestre e especialista em enfermagem na área de especialização da pessoa em situação crítica, que passarei a apresentar no capítulo 2.

2. ANÁLISE DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo, irei descrever e analisar as atividades desenvolvidas para concluir o meu ciclo académico e formativo. Inicialmente, apresento e caracterizo os contextos onde decorreu o estágio e, posteriormente, descrevo e analiso as atividades desenvolvidas para dar resposta aos objetivos inicialmente delineados, apoiadas na fundamentação teórica já abordada, e que me permitiram a aquisição e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializados de enfermagem à pessoa em situação crítica, nomeadamente com um diferente *background* cultural, com especial foco nas estratégias facilitadoras da comunicação.

O primeiro contexto de estágio decorreu de 18 de outubro a 17 de dezembro de 2021, numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, e o segundo de 03 de janeiro a 02 de março de 2022, num Serviço de Urgência, ambos em hospitais da Área Metropolitana de Lisboa.

Segundo Alarcão e Abreu (2010), o processo de aprendizagem em contexto clínico tem constituído um alvo privilegiado da investigação em enfermagem, nos últimos vinte anos, destacando-se o seu papel mediador na construção da identidade e desenvolvimento de competências profissionais dos futuros enfermeiros. Desta forma, o estágio torna-se um ambiente de formação interdisciplinar e contextualizado, ajudando o estudante a assimilar a cultura dos cuidados de enfermagem, a desenvolver atitudes, a integrar e mobilizar os conhecimentos adquiridos no ensino teórico e a realizar o desenvolvimento das competências profissionais, ao oferecer um contexto de aprendizagem que favorece o contacto com a prática, na sua previsibilidade e imprevisibilidade (Alarcão & Rua, 2005).

As principais nacionalidades encontradas no SU foram indivíduos originários dos PALOP, que coincide com o mencionado no plano municipal que

refere que os cidadãos dos PALOP estão presentes na coroa interna periférica de Lisboa, com destaque para as freguesias de Ameixoeira, Carnide e Marvila (CML, 2018), enquanto na UCIP, estavam presentes crianças e famílias asiáticas e de etnia cigana.

Tendo em consideração que o estágio decorreu em dois hospitais da Área Metropolitana de Lisboa, foi importante identificar previamente quais as nacionalidades dos imigrantes mais presentes nesta área. A informação divulgada pelo Gabinete de Estratégia e Estudos (2022) da República Portuguesa, no que diz respeito ao número de imigrantes por nacionalidade a residir no distrito de Lisboa, em 2021, evidencia que a população brasileira continua a ser a que tem maior representatividade (77110 residentes), seguindo-se a população proveniente de Cabo Verde (21141), da Guiné-Bissau (14770), de Angola (14646), da Itália (14 046), da Índia (12 329), do Nepal (11853), da França (11 638), da China (10 403), da Roménia (10 170), do Reino Unido (9 067) e da Ucrânia (8 318).

O conhecimento das nacionalidades dos imigrantes mais representativas na Área Metropolitana de Lisboa, ajudou-me a planear a minha preparação. Desta forma, as atividades que desenvolvi foram direcionadas para o cuidado ao doente crítico, procurando sempre fazer a interligação com o seu referencial cultural, de maneira a poder prestar um cuidado culturalmente sensível.

2.1. Caracterização dos contextos de estágio

O primeiro contexto de estágio decorreu no final do ano de 2021, mais concretamente entre 18 de outubro e 17 de dezembro, numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) de um Hospital da Área Metropolitana de Lisboa. A escolha deste local de estágio foi sustentada pela minha experiência profissional em pediatria.

A UCIP é uma unidade polivalente, integrada na Área da Pediatria Médica e que tem como missão a prestação de assistência na área de cuidados intensivos a crianças/adolescentes com patologia médica ou cirúrgica, com idades

compreendidas entre os 28 dias e os 17 anos e 364 dias. A sua área de influência compreende a zona de Lisboa e Vale do Tejo até ao Sul do país. No entanto, também é solicitada quando não existem vagas em outras UCI pediátricas do Norte do país.

A Unidade recebe crianças no período de recobro de cirurgias complexas, nomeadamente do foro neurocirúrgico e ortopédico. As crianças grandes queimadas também fazem parte do leque de doentes admitidos na Unidade, já que é a única no país vocacionada para receber doentes pediátricos com esta problemática. Também é a Unidade de referência para o doente crítico pediátrico infetado com SARS-COV-2, bem como para doentes transferidos do IPO.

A Unidade articula-se com as várias especialidades médicas e cirúrgicas (neurologia, endocrinologia, hematologia, neurocirurgia, psiquiatria, entre outras), constituindo-se equipas multidisciplinares e interdisciplinares, visando a melhor prestação de cuidados de saúde aos doentes pediátricos (Santos, 2016).

Inicialmente, foi projetada para uma lotação de 15 camas, das quais seis se destinavam a cuidados intensivos, seis a cuidados intermédios e três a isolamentos, que poderiam funcionar, quer como cuidados intensivos quer como cuidados intermédios, dependendo das situações apresentadas pelos clientes (Santos, 2016). No entanto, as seis camas para cuidados intermédios, encontram-se atualmente desativadas, principalmente devido à escassez de recursos humanos (Santos, 2016).

Ao longo dos anos, os responsáveis pela UCIP têm feito um esforço de dotar a Unidade com mais e melhores condições para os pais/acompanhantes dos doentes, proporcionando, durante a sua permanência, um ambiente com maior conforto e dignidade (Santos, 2016).

No âmbito do equipamento tecnológico, a Unidade está dotada de ventiladores que, para além das modalidades ventilatórias convencionais, ajustáveis à idade e peso do doente, permitem também fazer a transição para a ventilação não invasiva e, inclusivamente, para a domiciliária. Os ventiladores possuem vários modos ventilatórios, permitindo a interação com o doente e

possibilidade de acelerar o processo de desmame, mostrando maior flexibilidade em diferentes tratamentos.

Outro equipamento essencial na UCIP é o aquecedor, um aparelho regulável, ao qual se adaptam mantas térmicas, adequáveis ao local que se pretende aquecer e à estatura da criança. Igualmente fundamentais e indispensáveis nos cuidados aos doentes numa UCI, salientam-se os equipamentos de substituição da função renal, ventilação de alta frequência e de utilização de óxido nítrico na ventilação.

O processo clínico do doente encontra-se informatizado, sendo utilizados vários programas, clínicos e não clínicos. A equipa de enfermagem procede ao plano de cuidados de cada criança, utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Igualmente, realiza o registo da avaliação do risco de úlcera por pressão e do risco de queda, que estão integrados em projetos de melhoria contínua, desenvolvidos transversalmente no Centro Hospital a que pertence esta UCIP. O registo de sinais vitais e balanço hídrico é realizado em suporte de papel, sendo a folha substituída a cada 24h.

A dotação de enfermeiros na UCIP traduz-se, na prática, pela presença de cinco enfermeiros no turno da noite, cinco no turno da tarde e seis no da manhã. Ao fim de semana, a equipa é constituída por quatro elementos em todos os turnos, números considerados mínimos para assegurar cuidados seguros e de qualidade (Regulamento n.º 533/2014). O chefe de equipa é regularmente um enfermeiro especialista, podendo em casos excecionais, a chefia de equipa ser assumida por um enfermeiro generalista sénior. É utilizada a metodologia de trabalho individual, em que é atribuído um ou dois clientes a cada enfermeiro. No entanto, é preconizado o espírito de equipa e de cooperação na prestação de cuidados, o que conduz a melhores *outcomes* e segurança para os clientes e famílias.

O segundo contexto de estágio decorreu no início de 2022, entre 03 de janeiro e 02 de março, num Serviço e Urgência (SU) de um Hospital da Área Metropolitana de Lisboa. Este Hospital está integrado num Centro Hospitalar,

sendo uma instituição de referência do Serviço Nacional de Saúde, desempenhando funções diferenciadas na prestação de cuidados de saúde à população da sua zona de influência. A sua atividade, centrada no primado do cliente, engloba também a referenciação em múltiplas áreas clínicas médicas e cirúrgicas, no contexto regional, nacional e dos países de expressão portuguesa.

O SU, onde decorreu o estágio, está classificado como Serviço de Urgência Polivalente (SUP), sendo centro de referência para as Vias Verdes AVC, Coronária, Sépsis e Trauma, integrando uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (Despacho n.º 10319/2014, 2014). Esta conta com os profissionais do serviço, na estabilização pré-hospitalar e no acompanhamento durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita.

O SUP é o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, oferecendo uma resposta de proximidade à população da sua área (Despacho n.º 10319/2014, 2014). Para além dos recursos referentes a um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC), o SUP dá resposta específica às valências de Neurocirurgia, sendo, desta forma, centro de referência para a Via Verde AVC, dispondo de Imagiologia com Angiografia Digital e RMN; de Cardiologia de intervenção, com possibilidade de realização de Cateterismo Cardíaco/Angioplastia, dando resposta à Via Verde Coronária (Despacho n.º 10319/2014, 2014).

Como Centro de Trauma, o SU dá resposta à Via Verde Trauma, garantindo o tratamento sistematizado e definitivo do doente politraumatizado grave, assegurando Radiologia de intervenção; Cirurgia Cardiotorácica; Cirurgia Máxilo-facial; Cirurgia Plástica e Reconstructiva; e Cirurgia-Vascular (Despacho n.º 10319/2014, 2014).

O SU articula-se, ainda, com o Gabinete de Coordenação de Colheita e Transplantação e com a Equipa de Prevenção da Violência no Adulto.

A receção de doentes é feita pela área da triagem, sendo utilizado o protocolo de Triagem de Manchester. O objetivo da triagem, num serviço de urgência, é priorizar os doentes consoante a gravidade clínica que apresentam na

chegada ao serviço, definindo um tempo-alvo aceitável até à primeira observação pelo médico. Em termos gerais, um sistema de triagem não fornece diagnósticos, mas sim uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas, de forma a facilitar a gestão clínica e também a gestão do serviço (GPT, 2010).

Após a realização da triagem e atribuição de uma prioridade, os clientes são encaminhados para os diferentes sectores da urgência – “zona verde” para situações pouco urgentes, “zona amarela” para situações urgentes e “zona laranja” para situações muito urgentes. Na triagem, os clientes podem ainda ser encaminhados diretamente para o sector da pequena cirurgia, ortopedia e psiquiatria, dado que existem protocolos específicos definidos pelo próprio serviço, após contacto com a equipa médica alocada a estes sectores.

Para a sala de reanimação, entram diretamente os clientes gravemente doentes, aqueles em que foi ativada a Via Verde ou encaminhamentos efetuados pelo CODU, sem necessidade de passagem pela triagem, sendo a mesma realizada pelo enfermeiro que recebe o cliente.

O Serviço dispõe ainda de uma sala de observações com capacidade de 16 camas, estando cada box equipada com material de monitorização. Em fases de maior afluência, é possível acomodar alguns clientes supranumerários, os quais permanecem em maca.

Após o início da pandemia, foi criada a “zona Covid”, constituída por pavilhões pré-fabricados, com capacidade máxima para 45 doentes, que ficam em boxes individuais. Atualmente, todos os doentes com queixas respiratórias, suspeitas de Covid-19, são encaminhados para esta área. Além da zona de triagem e de internamento, dispõe de uma sala de reanimação; de apoio imagiológico, possibilitando a realização de radiografias e TAC; de apoio laboratorial, com equipamento para realização de gasimetrias; e de uma sala de tratamentos. A zona de internamento recebe também os clientes que necessitem de VNI, até estabilização do seu quadro clínico ou possibilidade de transferência para uma enfermaria.

O SU possui duas salas de reanimação, uma sala maior, com capacidade para dois clientes em simultâneo, e uma sala mais pequena, individual. Cada unidade está equipada com monitor para monitorização não invasiva, um ventilador portátil e uma área de apoio, com material de punção venosa e de via aérea. Cada sala está equipada com um carro de emergência e possui, ainda, um sistema de compressão torácica LUCAS®, que proporciona compressões torácicas de alta qualidade. O material necessário para a realização de procedimentos em situações de emergência, como por exemplo a colocação de CVC ou de linha arterial, encontra-se embalado em kits, evitando-se perdas de tempo desnecessárias.

No que diz respeito aos registos de enfermagem, os mesmos são realizados no software clínico ALERT®.

A dotação de enfermeiros do SU traduz-se, na prática, pela presença de 20 enfermeiros no turno da noite, 22 no da tarde e 22 no da manhã, que são distribuídos pelas diferentes áreas, podendo a equipa ser reforçada consoante o número de clientes internados na “zona Covid” (Regulamento n.º 533/2014). Cada enfermeiro fica responsável pelos cuidados aos clientes admitidos numa determinada área, sendo evidente, no entanto, o espírito de equipa e de cooperação na prestação de cuidados. O coordenador da equipa faz a distribuição dos enfermeiros no início do turno e na “Zona Covid” existe um enfermeiro especialista, que chefia a equipa daquele sector. Este enfermeiro especialista, além da função de chefia, também apoia na prestação de cuidados, sempre que necessário.

2.2. Análise das atividades e competências desenvolvidas

O objetivo geral, delineado para o estágio, centra-se no desenvolvimento de competências especializadas na prestação de um cuidado culturalmente competente à pessoa em situação crítica e sua família, com especial foco nas estratégias facilitadoras da comunicação.

Inicialmente, em cada local de estágio, foi realizada uma reunião com os respectivos enfermeiros chefes, tendo sido efetuada uma apresentação sumária do local e das políticas, princípios e dinâmica de cada serviço. Se, por um lado, a integração ao SU foi realizada de forma mais natural, tendo como base a minha experiência profissional, por outro lado, a integração à UCIP foi muito mais desafiadora, uma vez que foi a primeira experiência num local tão particular. As dificuldades encontradas foram sendo sempre ultrapassadas, quer com o auxílio dos enfermeiros orientadores, assim como através do acolhimento das equipas multidisciplinares.

Seguidamente, irei abordar os objetivos específicos e as atividades desenvolvidas para lhes dar resposta, evidenciando as competências desenvolvidas.

- **Desenvolver a autoaprendizagem, tendo em conta a melhor evidência científica, utilizando o método reflexivo e o pensamento crítico.**

A prática de enfermagem, baseada na evidência, afigura-se como uma forma rigorosa, metódica e estruturada de promover práticas profissionais que, em regra, assumir-se-ão como as mais adequadas e seguras, otimizando os recursos disponíveis, considerando o envolvimento e participação de todos os intervenientes nos complexos processos terapêuticos e de tomada de decisão (Pereira et al, 2012). Subsequentemente, são expectáveis ganhos em saúde e melhores *outcomes* para as pessoas, alvo dos cuidados, para os profissionais e, ainda, para as próprias organizações (Pereira, 2021).

Fawcett et al (2001) tipificaram o conhecimento em quatro grandes dimensões - empírica, pessoal, estética e ética, em conjugação com o primado da racionalidade técnica, articulando assim a ciência aplicada com a ciência humana prática (Queirós et al, 2015). Desta forma, a minha atuação, em ambos os contextos de estágio, foi a de interligar a minha experiência prévia, ou seja, o conhecimento empírico intrínseco, ao conhecimento conceptual e, consequentemente, à prática baseada na evidência.

No cuidado à PSC, saliento a mais-valia que constituíram os Cursos de Suporte Avançado de Vida e de Suporte Avançado de Vida e Suporte Avançado de Vida em Trauma, efetuados no âmbito do presente mestrado. A revisão integrativa da literatura, realizada previamente, foi essencial para fundamentar a minha prestação de cuidados a clientes culturalmente diversos, nomeadamente no que diz respeito a estratégias de comunicação.

No estágio, após identificação, junto do enfermeiro orientador de cada um dos contextos, de quais as patologias dos doentes com mais representatividade na unidade, foi-me possível organizar a minha preparação, quer através da pesquisa da evidência científica, quer da realização de formações. Destas, saliento a participação numa formação em serviço sobre os “Cuidados de enfermagem ao cliente neurocrítico pediátrico”, tendo sido abordados vários conteúdos baseados na melhor e mais recente evidência científica. Em contexto de UCI, também foi interessante a utilização de ecografia para a colocação de acessos venosos periféricos ou de acessos venosos centrais de inserção periférica, técnica que foi estudada por uma das médicas presentes na unidade e que realizou formações informais aos enfermeiros especialistas. Tive oportunidade, também, de participar numa formação sobre a “Abordagem inicial do doente com Hemorragia Digestiva Alta no Serviço de Urgência Central”.

De realçar, que a prestação de cuidados de saúde, baseados na evidência, é um imperativo das sociedades modernas e, na atualidade, enquadra-se num contexto em que os cidadãos e comunidades apresentam desafios clínicos de maior complexidade, exigindo respostas, por parte dos profissionais e das organizações, com maior qualidade e elevada segurança (Pereira, 2021). Esta situação assume maior pertinência, num quadro de significativas restrições de recursos humanos, materiais e técnicos, implicando níveis superiores de eficácia, eficiência e efetividade nas intervenções em saúde (Pereira, 2021).

No âmbito do cuidado culturalmente sensível, destaco ainda a participação na formação “Saúde em Igualdade”. Dos diversos assuntos abordados, fiquei particularmente sensível ao tema “Interseccionalidade” e ao papel essencial que os

profissionais de saúde têm na luta contra a discriminação, abuso e violência, promovendo assim a igualdade entre as pessoas, sem distinção de qualquer característica individual e/ou cultural.

De notar, que a prestação de cuidados a clientes, cultural e individualmente diferentes, tornou-se uma norma e não uma exceção (Sue et al, 1992). Deste modo, se tivermos em consideração os tempos atuais, em que existe um saldo migratório elevado, com a crescente vaga de refugiados de guerra, é evidente a necessidade premente de obtenção de conhecimento nesta área tão específica. Nesta formação, foi reforçada a grande responsabilidade que recai sobre os profissionais de saúde, a qual implica muito mais do que um simples reconhecimento das diferenças individuais e culturais existentes entre o profissional e as pessoas de quem cuida. Como tal, é importante garantir que, ao lidar com as diferenças individuais e culturais, os profissionais possam levar em consideração as ramificações sociopolíticas de seu trabalho (Sue & Sue, 2008).

A competência multicultural exige formação, através de currículos estruturados e treino, que visam aumentar a capacidade e a eficiência dos profissionais para trabalhar em ambientes multiculturais, tanto dentro de um país quanto além-fronteiras (Chao et al, 2011). O resultado dos estudos, que avaliam o impacto da formação multicultural, evidenciam uma relação positiva entre o treino da competência multicultural e a consciência multicultural, assim como do conhecimento multicultural (Smith et al, 2006).

Esta formação fortaleceu a minha convicção de que, acima de tudo, nos devemos libertar da nossa própria lente cultural, que muitas vezes nos impede de observar a pessoa dentro da sua cultura e, conseqüentemente, aceitá-la e compreendê-la.

Durante o estágio, foram inúmeras as experiências de aprendizagem, sobre as quais tive oportunidade de refletir com os enfermeiros orientadores e levaram ao aprofundamento do conhecimento. No âmbito do estágio na UCIP, considerei relevante realizar uma reflexão fundamentada sobre as necessidades parentais das crianças internadas. Compreendi que a ausência dos pais, nesta unidade,

tinha várias justificações, uma das quais se relacionava com a distância entre o local de internamento dos seus filhos e o seu domicílio habitual, não obstante a Lei n.º 15/2014 de 21 de março, no ponto 1 do artigo 19º, garantir que “a criança com idade até aos 18 anos internada em estabelecimento de saúde tem direito ao acompanhamento permanente do pai e da mãe ou de pessoa que os substitua” (p. 2129-30). Contudo, o ponto 4 do artigo 19º refere que nas situações “em que a criança internada for portadora de doença transmissível e em que o contacto com outros constitua um risco para a saúde pública o direito ao acompanhamento pode cessar ou ser limitado, por indicação escrita do clínico responsável” (p.2130), o que tem sucedido no âmbito da pandemia Covid-19.

Tendo em conta que as UCI são locais de alta complexidade tecnológica e científica, considerei importante usar essa disponibilidade tecnológica para benefício dos clientes e da equipa de saúde, promovendo a utilização da videochamada como uma forma de promoção da comunicação das crianças internadas com os seus pais, assim como destes com a equipa multidisciplinar, contribuindo para diminuir a sua ansiedade e sofrimento.

Na pesquisa que realizei, o estudo de Yager (2020) evidenciou que os pais, cujos filhos são admitidos numa UCIP, sofrem uma perturbação significativa na sua vida, causadora de grande ansiedade. A mesma autora sugere que a videochamada pode fazer a ponte entre os pais, que não podem estar presentes no internamento, e a equipa de saúde, permitindo-lhes a participação ativa no plano de cuidados dos seus filhos, em tempo real. Por outro lado, a videochamada possibilita à equipa de saúde avaliar melhor as emoções dos pais, assim como o seu nível de compreensão da situação, orientando para uma resposta mais adequada (Yager, 2020).

Através da videochamada, os pais têm a oportunidade de ver o seu filho e a equipa de cuidados durante a sua ausência, o que os ajuda a confirmar o quadro clínico, proporciona tranquilidade relativamente aos cuidados prestados ao seu filho, tendo um efeito positivo na comunicação com a equipa de saúde (Yager, 2020). Também, para as crianças, a videoconferência com a família e amigos tem

benefícios evidentes na diminuição do stress, como demonstra o estudo de Yager et al (2017).

Curiosamente, durante a pandemia, a tecnologia foi uma alternativa intuitiva que muitos profissionais começaram a utilizar por sua iniciativa, com os seus próprios dispositivos, permitindo aos clientes “ligarem-se” com os seus entes queridos, sendo que, para os doentes críticos e entubados, foi uma forma das suas famílias verem verdadeiramente a sua condição (Knopov et al, 2020).

De acordo com a experiência de Suresh et al (2020), a implementação bem-sucedida das videochamadas exige uma comunicação adequada com os profissionais de enfermagem, excecionalmente ocupados. As limitações a este projeto, segundo estes autores, prendem-se com o stress originado pela falta de tempo para a realização das chamadas, o que pode ser rapidamente ultrapassado com o estabelecimento de regras claras, quer para a equipa quer para as famílias, sobre a disponibilidade da programação das chamadas. Outra limitação que os autores também encontraram, relaciona-se com a pressão exercida pelas famílias, para que os enfermeiros respondam a perguntas de atualização clínica dos seus familiares, questão que é de âmbito médico. O esclarecimento sobre o objetivo da chamada, antes da realização da mesma, auxiliou os membros da família a ficarem tranquilos, de que as preocupações de ordem clínica seriam tratadas pelo médico, diretamente, noutra altura (Suresh et al, 2020).

Face à evidência científica e com a concordância do enfermeiro orientador e do enfermeiro chefe do serviço, considerei pertinente a criação e posterior apresentação, no serviço, do “Projeto videochamada na UCIP”, de forma a colmatar a distância e o sofrimento vivenciado por estes pais. Saliento que, no término deste contexto de estágio, o Projeto já se encontrava em implementação, com a criação de videochamadas em horários específicos e determinados pela equipa de enfermagem, sempre que fosse pertinente e possível. Recebi a informação, com muito agrado, de que esta atividade se demonstrou muito importante para os pais, mas também para a equipa de enfermagem, a qual se mostrou muito recetiva à implementação e continuidade deste Projeto. A

videochamada foi também utilizada como estratégia facilitadora da comunicação entre os pais e a equipa interdisciplinar.

Em ambos os locais de estágio, foi possível desenvolver competências ao nível da gestão, acompanhando os enfermeiros orientadores na coordenação do turno. Cabe ao enfermeiro chefe de equipa do turno, a organização e gestão dos cuidados, assim como gestão de vagas, altas e transferências dos doentes. É também este elemento que presta apoio aos seus colegas, sempre que necessário e a complexidade dos cuidados assim o exige, fazendo a ponte entre a equipa de enfermagem e a restante equipa multidisciplinar. Para além do que foi mencionado, o enfermeiro chefe de equipa efetua, ainda, a gestão de material de consumo, farmácia, roupa e pedidos de refeições.

Esta experiência suscitou a minha reflexão sobre a complexidade que constitui a coordenação do turno, que exige, do enfermeiro que desempenha esta função, o conhecimento da visão global do serviço, dos elementos que constituem a sua equipa, bem como das necessidades dos doentes admitidos. Tive oportunidade de refletir, com os enfermeiros orientadores, sobre a importância da liderança na promoção de um bom ambiente na equipa, assim como na gestão de conflitos.

Face ao que foi referido, considero que ao longo do estágio valorizei a formação contínua em contexto de trabalho, promovendo uma constante atualização de conhecimentos. Deste modo, tive oportunidade de desenvolver competências do domínio da gestão dos cuidados, inerentes ao Enfermeiro Especialista, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Considero, ainda, que ao longo deste percurso demonstrei conhecimento através da prática reflexiva e pensamento crítico na prestação de cuidados à PSC, dando resposta aos Descritores de Dublin (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018), nomeadamente nas competências de autoaprendizagem, de comunicação, de

aplicação de conhecimentos e capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares.

- **Desenvolver uma prática de cuidados culturalmente competente tendo em conta as normas legais, éticas e deontológicas, garantindo o respeito pelos direitos humanos da PSC num contexto multicultural;**
- **Desenvolver competências e estratégias facilitadoras da comunicação à PSC e sua família, de forma culturalmente competente, para o estabelecimento de uma relação terapêutica.**

Para a concretização deste objetivo, foram realizadas diversas atividades durante o estágio, ponderando que se tratavam de unidades muito específicas, com uma tipologia particular de clientes em estado crítico, tendo sido importante adotar uma atitude proativa na procura de experiências novas e desafiantes, nomeadamente na prestação de cuidados à PSC com diferentes referenciais culturais. Neste sentido, foi possível cuidar de clientes e famílias de etnia cigana, provenientes de países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP), por vezes evacuados dos seus países de origem para controlo da situação de saúde, de origem brasileira, asiática e também muçulmanos.

Em contexto de UCI, principalmente porque se tratava de uma unidade pediátrica, a minha primeira perceção, ao deparar-me com os clientes internados naquela altura, foi o facto de muitas crianças se encontrarem sozinhas, não obstante existir legislação que garante “o direito de acompanhamento familiar a crianças internadas em estabelecimento de saúde” (Lei n.º 15/2014, 2014, p.2129). Esta situação constituiu uma preocupação que me acompanhou no decorrer do estágio, sendo que muitas destas crianças se encontravam ventiladas e, consequentemente, sedadas e curarizadas.

Procurei compreender a razão de se encontrarem sozinhas, constatando que alguns pais não conseguiam lidar com a situação de doença dos seus filhos e, por isso, tentavam evitar esta fase mais dependente de cuidados específicos do

doente crítico. Por outro lado, reconheci a importância da orientação dada pela equipa, que sugeria aos pais que tentassem descansar, enquanto os filhos estavam sob vigilância constante, dado que, posteriormente, teriam uma fase mais desafiadora (aquando da transferência para a enfermaria), onde os filhos iriam necessitar da sua presença mais continuamente. Verifiquei que outros pais não conseguiam permanecer continuamente junto dos filhos por terem outras responsabilidades, fora do hospital, que não lhes permitiam esse acompanhamento ou, também, por o seu domicílio ser distante do hospital e não poderem deslocar-se facilmente.

De notar, que os pais, que se encontravam junto de seus filhos, apresentavam-se com labilidade emocional, com um fâcies triste e preocupado. Nesta altura, para além do meu papel como enfermeira, o meu papel de mãe permitiu-me entender, de forma mais profunda, a situação que aqueles pais estavam a atravessar. Foi minha preocupação fornecer apoio emocional e, neste contexto, compreendi, com outra intensidade, a importância do silêncio para estes pais. Apenas a nossa presença, muitas vezes, era suficiente para a promoção do conforto, quer físico quer psicológico. Como referem Giger e Davidhizar (2002) e Giger et al (2020), é importante apreciar que, juntamente com a linguagem, são recebidos sinais de comunicação significativos pela qualidade da voz, entoação, ritmo e velocidade, bem como pela pronúncia utilizada, sendo que o silêncio durante a comunicação pode, por si só, ser uma parte significativa da mensagem.

Neste apoio, saliento também a importância de responder às necessidades de informação manifestadas pelos pais, considerando que é um direito que lhes assiste, quer no âmbito de enfermagem, quer encaminhando para a equipa médica. O fornecimento de informação, clara e oportuna, possibilita a compreensão do que se está a passar com o seu filho e vai ao encontro das necessidades dos pais de crianças internadas em UCI, independentemente do seu referencial cultural (Valderrama & Muñoz, 2016).

Desta forma, o Enfermeiro Especialista a prestar cuidados à PSC e/ou falência orgânica, mobiliza múltiplos conhecimentos e habilidades técnico-

científicas e das ciências humanas, envolvendo a família no cuidar, no processo de tomada de decisão e na identificação das suas reais necessidades, para a recuperação da sua homeostasia de forma holística (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

É do meu entender que pude desenvolver competências comunicacionais e relacionais, assim como aprofundar estes temas na evidência científica, que concretizei também na realização de um jornal de aprendizagem, com o tema “Necessidades parentais na UCI pediátrica”.

Na minha atuação, tive sempre em consideração que cada criança e família são únicas e que estão inseridas numa comunidade, com crenças e valores estabelecidos, os quais podem determinar necessidades muito diferentes. Nos cuidados prestados, tive em atenção uma abordagem holística e empática, cumprindo com os valores deontológicos e éticos estabelecidos, quer no REPE (Decreto-Lei n.º 161/1996, 1996) quer no Código Deontológico dos Enfermeiros (Lei n.º 156/2015, 2015).

Na abordagem aos familiares das crianças internadas, procurei sempre compreender quais as suas reais necessidades, mostrando disponibilidade para a mudança e adaptando a minha prestação de cuidados para ir ao encontro dessas mesmas necessidades. Tive a preocupação em encorajar o envolvimento da família na prestação de cuidados, de forma a promover uma parentalidade efetiva. Para proporcionar cuidados culturalmente apropriados e competentes, é importante considerar a pessoa/família como culturalmente única e, como tal, sendo um produto de experiências, crenças e normas culturais (Giger e Davidhizar (2002); Giger et al, 2020).

Neste sentido, destaco a situação de uma criança guineense, internada com uma insuficiência renal crónica agudizada por desidratação, submetida a técnica de substituição renal contínua, estando ventilada mas vígil. Encontrava-se acompanhada pela mãe. Para além da minha prestação de cuidados dirigida para a problemática do doente crítico, foi essencial aprofundar conhecimentos sobre a cultura guineense e integrá-los na minha atuação.

Tendo em atenção que, nesta cultura, o cuidado dos filhos é atribuição das mulheres (Godinho, 2010), promovi a parentalidade por parte da mãe, incentivando-a a realizar pequenos cuidados como, por exemplo a mudança da fralda e a aplicação de creme hidratante. Por mais básicos que parecessem, estes cuidados eram assustadores para a senhora, porque implicavam a manipulação de fios e tubos necessários ao tratamento do seu filho. Depois de explicar a finalidade dos equipamentos e exemplificar como fazer, pude verificar que a sua confiança foi progressivamente crescendo, sendo que no final do internamento a sua autonomia era evidente, bem como a sua satisfação em participar nos cuidados do seu filho. A diminuição do medo, da ansiedade e da insegurança dos pais de crianças internadas numa UCIP, foi um dos resultados do estudo de Valderrama e Muñoz (2016), à medida que os pais se familiarizavam com a tecnologia inerente ao tratamento dos seus filhos.

Apesar dos vários grupos étnicos da Guiné-Bissau terem a sua própria língua, o crioulo assume maior expressão em todos eles e só depois o português (Machado, 2002, citado por Godinho, 2010). Deste modo e não obstante a senhora falar português, de acordo com Giger e Davidhizar (2002), usei um vocabulário simples e um tom de voz calmo, estando atenta à sua linguagem não-verbal (apesar do uso da máscara), assegurando-me se a mensagem tinha sido compreendida.

Procurei, igualmente, perceber o conhecimento que esta mãe tinha da doença crónica do seu filho, uma vez que a doença, na cultura guineense, está associada ao poder divino e à punição de forças superiores (Leão, 2012; Pereira, 2015). No que diz respeito à religião, os guineenses são, na sua maioria, animistas, seguindo-se os muçulmanos e, em menor número, os católicos (Machado, 2002, citado por Godinho, 2010). Esta perceção da causa das doenças, para além de dificultar a adoção de comportamentos de promoção da saúde e prevenção de doenças, leva a que o acesso aos cuidados de saúde ocorra essencialmente para o alívio de sintomas e tratamento da doença aguda, em detrimento do seguimento em caso de doença crónica (Leão, 2012). Nesta

perspetiva, respeitando as crenças do doente/família, realço o papel fundamental que o enfermeiro tem na educação para a saúde.

Ao longo do período em que prestei cuidados a crianças e pais de outras culturas, senti que a minha consciência cultural se desenvolveu, tornando-me mais atenta e respeitadora das suas crenças e hábitos, para o qual contribuiu o aumento do meu conhecimento cultural, da minha habilidade em realizar uma avaliação física culturalmente dirigida, em tornar mais efetiva a interação cultural, por compreender melhor o significado da expressão verbal e não-verbal, perfeccionando também o crescimento da minha sensibilidade cultural. Estas experiências de cuidados, levaram-me a reconhecer que a competência cultural é um processo contínuo de desenvolvimento dos aspetos que indiquei, como mencionado por Smith (1998), citada por Giger et al (2020), que é demonstrado entre aqueles que prestam cuidados e os clientes alvo dos cuidados, o que contribui para a obtenção de *outcomes* positivos, bem como para o aumento dos níveis de satisfação dos clientes e profissionais.

De salientar também, como defende Giger (2013), que ao reconhecermos a importância do envolvimento da família no cuidar, teremos de a perspetivar de uma forma global, como rede de suporte, assim como de forma individualizada, constituída por pessoas com necessidades próprias, tendo em conta a sua individualidade. Para um cuidado culturalmente competente, é fundamental que o enfermeiro esteja desperto para as características únicas de cada família e, assim, integrá-las no seu processo de cuidar (Giger, 2013).

Neste sentido, a implementação da videochamada, como referi anteriormente, foi uma estratégia que facilitou a aproximação dos pais aos seus filhos, diminuindo o isolamento a que estas crianças estavam sujeitas, tendo constituído, igualmente, um meio de melhoria comunicacional entre os familiares e a equipa multidisciplinar.

Ao longo do estágio, quer na UCIP quer no SU, verifiquei que os enfermeiros utilizam outros recursos, quando existe a barreira da comunicação por desconhecimento do idioma do cliente e família. Nestes casos, recorrem a

tradutores informais, profissionais do próprio serviço ou até de outros serviços. Utilizam, também, aplicações de tradução informática e, por vezes, contactam com elementos do consulado do país do doente, para conseguir uma tradução fidedigna. Embora existam intérpretes oficiais nos Centros Hospitalares, não é um recurso utilizado com muita regularidade.

Muito embora o papel dos intérpretes seja reconhecido como importante, poderá ocorrer perda de alguma informação relevante. É necessário ter em consideração que a comunicação verbal e não-verbal é assimilada em contextos culturais, sendo, portanto, básica para cuidados de enfermagem culturalmente apropriados (Giger et al, 2020). Consequentemente, o enfermeiro precisa desenvolver a sua sensibilidade às variações de comunicação, como pré-requisito para uma correta avaliação de enfermagem e uma intervenção diferenciada, em situações multiculturais (Giger et al, 2020). No cuidado centrado na pessoa, Taylor et al (2019) reforçam que as variáveis importantes, que podem constituir um problema para os enfermeiros, são a interpretação de mensagens verbais e não verbais específicas do cliente, tais como o estilo de comunicação, o contacto visual, o uso do toque e do espaço.

Giger e Davidhizar (2002) realçam que os enfermeiros devem desenvolver familiaridade com o idioma do cliente, porque esta é a melhor maneira de adquirir conhecimentos sobre a sua cultura e, assim, poder prestar um cuidado culturalmente competente.

Saliento ainda, como estratégia que tem ajudado os enfermeiros a responder a algumas necessidades de clientes com outros referenciais culturais, a existência, nos serviços, de um manual de assistência espiritual e religiosa, onde constam as práticas religiosas de diferentes cultos, assim como alguns rituais, como por exemplo os que se relacionam com a morte e/ou nascimento. Igualmente, também existe a preocupação em implementar um regime dietético distinto para cada cliente, procurando, consoante as opções, direccionar a dieta considerando as diferenças culturais.

Tanto em contexto de UCIP como de SU, na abordagem ao doente crítico e sua família a minha atuação teve sempre em consideração os direitos fundamentais emitidos pela Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (Comissão Nacional da UNESCO, 2006), nomeadamente o direito da dignidade humana, da autonomia, da igualdade, da justiça e equidade, assim como da não discriminação e da beneficência e não maleficência.

Evidenciei, também, a importância da utilização de estratégias facilitadoras da comunicação à PSC e família culturalmente diversa, essenciais para o estabelecimento de uma relação terapêutica e de proximidade, dando especial ênfase às características culturais da pessoa. Sendo esta uma competência do Enfermeiro Especialista na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 429/2018, 2018), é da minha opinião que desenvolvi competências especializadas no cuidado à PSC e sua família, através do estabelecimento de uma relação terapêutica baseada numa comunicação eficaz.

Considerando a importância da família como parte integrante na prestação de cuidados à PSC, procurei adotar uma postura facilitadora da ligação da díade cliente-família, fazendo o acolhimento e promovendo o seu envolvimento nos cuidados, sempre que possível.

Procurei, igualmente, a minimização do seu stress e sofrimento, proporcionando apoio emocional e conforto, desenvolvendo competências de Enfermeiro Especialista na área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica, nomeadamente no âmbito da gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

- **Promover a prestação de cuidados à PSC e Família, procurando a excelência dos cuidados;**

O doente crítico é “aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, tem a sua sobrevivência dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Como descrito por Benner et al (2011), a PSC é definida como aquela que está gravemente doente ou ferida e que não é mais capaz, de forma independente, de manter a sua estabilidade fisiológica ou está em risco de rapidamente desenvolver essa instabilidade.

Tendo estas premissas como base, foi em contexto de UCI e SU que fez sentido o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista à PSC e sua família. A complexidade da sua situação de saúde exige uma resposta do enfermeiro especialista, em tempo útil e de forma holística, para a qual é fundamental mobilizar múltiplos conhecimentos e habilidades (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

No âmbito da UCIP, e para alcançar a excelência dos cuidados, tive a preocupação em diversificar as experiências de aprendizagem em vários domínios. Tive oportunidade de prestar cuidados ao cliente sob ventilação mecânica invasiva e não invasiva, assim como à criança com tubo orotraqueal, nomeadamente no que se refere à vigilância de sinais de adaptação ao ventilador, vigilância de ETCO_2 , monitorizando assim o valor de CO_2 no final da expiração por capnografia, aspiração de secreções, aspiração em circuito fechado e cinesioterapia respiratória. Prestei cuidados a doentes com CVC e LA, realizando colheitas de sangue, nomeadamente para gasometrias, tendo também feito a colocação de acessos vasculares periféricos eco-guiados. Colaborei na colocação de drenos torácicos e na aplicação de fibrinolíticos intrapleurais através do dreno. Tive possibilidade de prestar cuidados a doentes em falência renal, com suporte de técnicas de substituição renal contínua, como a hemodiafiltração venovenosa contínua, assim como a realizar diálise peritoneal e lavagem peritoneal. Efetuei a vigilância de sinais vitais de avaliação invasiva e não invasiva, identificando sinais precoces de gravidade e atuando rapidamente em conformidade com a situação do doente. Realizei a preparação e administração de nutrição parentérica e entérica, bem como a preparação e administração de medicação de alto risco e de alta vigilância, através de protocolos complexos. Tive experiência, também, na

utilização da dieta cetogénica, como medida não farmacológica de controlo de convulsões refratárias aos anticonvulsivantes.

As experiências referidas exigiram a apropriação das normas e procedimentos do serviço, de forma atuar de acordo com as mesmas, assim como preparação teórico-prática, aprofundando o conhecimento na evidencia científica mais recente e discutindo as situações com o enfermeiro orientador e outros enfermeiros peritos, cujos contributos me ajudaram a melhor compreender a complexidade de alguns cuidados ao doente crítico.

A elaboração de um estudo de caso, possibilitou a consolidação de conhecimentos acerca da temática da multiculturalidade, neste caso direcionada para a cultura cigana, assim como sobre o agir, enquanto enfermeira especialista à PSC, no planeamento de cuidados especializados à criança gravemente doente e sua família, alicerçados no Modelo de Avaliação Transcultural de Giger e Davidhizar.

A situação de cuidados que aprofundei, refere-se a uma menina com 2 anos de idade, de etnia cigana, que vivia com os pais e irmãos na zona sul do país. O motivo do internamento na UCIP relacionou-se com o pós-operatório decorrente do desbridamento de queimaduras do dorso e flanco direito, com enxerto de pele parcial das áreas queimadas, colhido de ambas as coxas. A criança sofreu uma queda accidental sobre uma fogueira com perda de conhecimento, o que originou queimadura da superfície corporal estimada em 30%, nomeadamente queimaduras de 3º grau na região dorsal (incluindo o ombro direito), no lado direito do abdómen e região glútea; de 2º grau profundo na face anterior da coxa, joelho e perna direita. A criança encontrava-se sob ventilação mecânica invasiva, sedada e curarizada, e com parâmetros vitais estáveis. Durante o internamento, não teve acompanhamento parental, por a distancia do domicílio ao hospital ser significativa e a sua mãe encontrar-se no final da gravidez e não ter condições para a acompanhar.

Relativamente à comunidade cigana, os dados do Observatório das Comunidades Ciganas, relativos a 2016, estima em cerca de 37 mil os ciganos

residentes em Portugal, correspondente a 0,4% da população (Santos, 2017; Resolução do Conselho de Ministros nº154, 2018). Os ciganos portugueses (e de outros países europeus) continuam a ser particularmente vulneráveis à pobreza e à exclusão, sendo considerado o grupo étnico mais pobre, com piores condições habitacionais e menos escolarizado, assim como o principal alvo de racismo e discriminação nas sociedades modernas (Mendes et al, 2014).

A organização social é o ambiente social em que as pessoas crescem e vivem (Giger & Davidhizar, 2002) e, na cultura cigana, é caracterizado por uma grande união e apoio entre os seus membros, sendo evidente a lealdade que existe aos seus familiares, bem como o respeito pelos seus idosos, que são considerados um símbolo importante na integridade da comunidade (Marssid, 2009). Para esta cultura, é importante que a família e outros elementos da comunidade não deixem nenhum cigano sozinho no hospital, sendo comum a deslocação de um grande grupo de membros desta etnia para a visita diária do doente e, assim, promover a sua segurança (Marssid, 2009). De notar, que o nível de ansiedade de um cliente é ampliado durante a hospitalização e que cada pessoa, inserida na sua cultura, tem o seu próprio comportamento territorial. O espaço está normalmente relacionado com a necessidade de segurança, privacidade, autonomia e auto-identidade (Davidhizar et al, 2006). Na situação desta criança e família, pude constatar que a distância a que se encontravam do hospital, as dificuldades económicas, assim como o estadio avançado da gravidez da mãe, constituíram constrangimentos que impediram a sua presença na unidade. Neste sentido, a implementação da videochamada constituiu uma importante estratégia para esta “aproximação”, assim como para apoiar esta família.

De salientar ainda, face à problemática que causou o internamento desta criança em estado crítico, a necessidade do enfermeiro, com a família, encontrar estratégias que concorram para o controlo ambiental. De acordo com Giger e Davidhizar (2002), o controlo ambiental reporta-se à capacidade de o indivíduo controlar a natureza, de planear e orientar os fatores no ambiente que os afetam.

Tendo em conta esta situação, o papel do enfermeiro, relacionado com a educação para a saúde, reveste-se de especial relevância.

A realização deste trabalho demonstrou-se fundamental para a compreensão das especificidades da comunidade cigana, de forma a promover um cuidado culturalmente competente.

Embora tenha prestado cuidados a doentes admitidos nos vários setores do SU, a maior parte dos turnos foram realizados na sala de reanimação. Todos os doentes aqui admitidos são encaminhados pelo CODU, ou transferidos de outras unidades hospitalares em articulação com as diferentes especialidades presentes no Hospital, ou ainda trazidos diretamente pelas equipas pré-hospitalares, bem como qualquer doente presente na urgência que apresente um agravamento do seu estado clínico. Cada cliente é recebido pela equipa de enfermagem alocada à sala de reanimação que, após a triagem, solicita a presença da equipa médica específica para cada caso, nomeadamente medicina intensiva, cirurgia, neurologia ou neurocirurgia.

Na sala de reanimação, tive oportunidade de realizar a abordagem inicial ao doente crítico segundo o protocolo ABCDE. Esta abordagem é uma avaliação transversal utilizada na avaliação da vítima, procurando identificar lesões e tratá-las de acordo com a prioridade estabelecida pelo ABCDE (STN, 2018). O protocolo ABCDE do *Advanced Trauma Life Support* (ATLS) foi elaborado pelo Colégio Americano de Cirurgiões, no sentido de padronizar o atendimento à vítima politraumatizada, tendo sido projetado para identificar lesões potencialmente fatais, sendo aplicável a todas as vítimas com quadro crítico, independentemente da idade (Rodrigues et al, 2017).

Como referi, utilizei a mnemónica ABCDE na avaliação inicial do doente crítico, dado que padroniza a identificação das lesões com maior mortalidade e a sua imediata atuação. Deste modo, segui a sequência A (*airways*) – Via aérea com controlo da coluna cervical; B (*breathing*) – Respiração e Ventilação; C (*circulation*) – Circulação com controlo da hemorragia; D (*disability*) – Disfunção Neurológica; E (*exposure*) – Exposição e controlo da temperatura.

Seguidamente à avaliação primária, assegurei o encaminhamento dirigido para a especialidade clínica. Após garantir que a PSC se encontrava hemodinamicamente estável, iniciei a avaliação secundária, procurando identificar todas as lesões existentes, fazendo uma observação céfalo-caudal sistematizada. Procurei também obter conhecimento do histórico da situação do doente crítico, utilizando a mnemónica AMPLE (Alergias, Medicação usual, Doenças crónicas/gravidez, Última refeição e Eventos relacionados com o mecanismo da lesão), agilizando a realização de exames complementares de diagnóstico e assegurando o consequente tratamento.

As diversas experiências de cuidados em que realizei a abordagem segundo o protocolo ABCDE, foram aprimorando a minha capacidade em definir prioridades na abordagem inicial, bem como em antecipar os focos de instabilidade do doente crítico. Durante a realização do estágio, este foi um dos meus interesses e dedicação, tendo em conta o desenvolvimento de conhecimentos e competências, que me permitissem uma definição de prioridades adequadas na abordagem ao cliente gravemente doente.

Neste sentido, saliento uma das situações que observei ser frequentemente no SU - a admissão de pessoas com intoxicações medicamentosas voluntárias. Estes clientes vinham acompanhados pelos seus familiares, após terem sido encontrados com alteração do estado de consciência no domicílio e existir a suspeita de ingestão de medicamentos. Durante a sua permanência no SU, essencialmente na “zona laranja”, era habitual iniciarem um quadro de agravamento do estado de consciência, relacionado com o evoluir da absorção da medicação, mesmo após a realização de lavagem gástrica e administração de carvão ativado, sendo essencial prestar atenção aos mínimos indícios deste agravamento e agir rapidamente.

O papel do enfermeiro especialista revela-se fundamental nestas situações, pois, com a sua enorme experiência prévia, abarca intuitivamente a situação e concentra-se na área fulcral do problema, não se desviando em considerações supérfluas para uma gama de possíveis e infrutíferas situações problema (Benner,

2001). Estas experiências de aprendizagem evidenciaram que os enfermeiros peritos apresentam uma capacidade analítica altamente diferenciada, nomeadamente em situações novas e diferentes, assumindo que “a vigilância prudente e a deteção precoce dos problemas são a primeira forma de defesa do doente.” (Benner, 2001, p. 122).

Nesta perspetiva, experienciei que a vigilância do doente crítico possibilita ao enfermeiro detetar e interpretar os primeiros sinais da deterioração do estado do doente, antes que existam provas evidentes em termos de alteração dos sinais vitais ou outros parâmetros mensuráveis (Benner, 2001). Cabe ao enfermeiro, através da constatação de mudanças subtis da aparência ou comportamento do doente, intervir adequadamente por antecipação, mobilizando um conjunto de conhecimentos com o intuito de prestar cuidados contínuos e seguros.

A mobilização destas competências revela-se de particular importância no cuidado ao doente vítima de trauma. Como centro de trauma, o SU recebe vítimas politraumatizadas, quer em idade adulta quer pediátrica. Neste âmbito, tive oportunidade de prestar cuidados ao doente vítima de politraumatismo, nomeadamente por acidentes de viação, atropelamentos, por disparo de armas de fogo, enforcamento em choque vertebro-medular, traumatismo crânio encefálico major com instabilidade cervical e hemorragia intracraniana, de entre outras situações. Foi ainda possível a prestação de cuidados ao cliente pediátrico politraumatizado, sendo que, posteriormente, é feito o seu encaminhamento da sala de reanimação para a realização de exames complementares de diagnóstico, para a Urgência de Pediatria ou Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, pela equipa de enfermagem do SU e pela equipa de cirurgia pediátrica.

Após a avaliação primária e estabilização inicial da vítima, através do protocolo ABCDE, foi fundamental assegurar a monitorização contínua e a realização de exames auxiliares de diagnóstico, que esclarecessem a extensão e gravidade das lesões decorrentes do trauma (DGS, 2010). A avaliação secundária subsequente, procurou identificar lesões internas para que se pudesse atuar rapidamente e evitar o agravamento clínico da PSC (DGS, 2010).

Neste âmbito, o cuidado de enfermagem ao doente politraumatizado foi essencial para o progresso das minhas competências, enquanto enfermeira especialista, dado ter pouca experiência anterior nesta área. Ao refletir sobre a minha prestação de cuidados, fez-me outro sentido o que Benner (2001) refere sobre o domínio da função de diagnóstico e vigilância do enfermeiro perito, no que diz respeito à sua capacidade para detetar e determinar mudanças significativas do estado do doente, de ser capaz de antecipar uma crise e uma deterioração do seu estado, antes que os sinais explícitos confirmem o diagnóstico, da capacidade para pensar na evolução do doente e antecipar problemas, de conseguir identificar e valorizar os comportamentos específicos de uma determinada doença e antecipar as necessidades do doente, assim como avaliar o seu potencial de cura e responder às diversas estratégias de tratamento.

Outra situação que se revelou muito rica em aprendizagens, pela forma como se desenrolou, foi a ativação das diferentes Vias Verdes, nomeadamente a Via Verde AVC, Coronária, Sépsis e Trauma. Neste domínio, realizei um jornal de aprendizagem, onde pude refletir sobre a ativação da Via Verde AVC e a sua aplicação no caso de um doente específico. Esta reflexão, fundamentada na evidência científica, demonstrou-se bastante importante na compreensão de como a ativação célere, a mobilização da equipa multidisciplinar, a rápida implementação do tratamento e o posterior encaminhamento para uma unidade especializada em doentes neurocríticos, pode ser fundamental e decisiva para um melhor *outcome* para o cliente.

No âmbito da prestação de cuidados à PSC, saliento a implementação de protocolos terapêuticos altamente complexos, o que constituiu mais um dos aspetos relevantes neste estágio, promovendo, para a sua compreensão, a pesquisa de informação e estudo, dado que eram ocasionalmente utilizados na minha prática clínica.

No que diz respeito ao controlo da dor, é da responsabilidade do enfermeiro especialista fazer a sua gestão, através de medidas farmacológicas e/ou não farmacológicas (OE, 2008). Foi minha preocupação efetuar a

monitorização da dor da PSC através de escalas, para uma melhor otimização das medidas implementadas, fazendo a sua reavaliação regular. Para além da utilização da Escala Numérica, nos doentes que conseguiam fazer a autoavaliação da dor, tive oportunidade de aplicar a escala de *Behavioral Pain Scale* (BPS) nos doentes com alteração do estado de consciência ou que se encontravam ventilados, bem como a escala *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Scale* (FLACC) nos clientes pediátricos. Para além das medidas farmacológicas realizadas, tive a oportunidade de promover o conforto do doente através de medidas não farmacológicas, como o posicionamento, a massagem, a aplicação de frio? e a distração, que são intervenções autónomas do enfermeiro (OE, 2008).

Ainda no âmbito da avaliação e controlo da dor, saliento a necessidade do enfermeiro ter em consideração o referencial cultural do doente. Davidhizar e Giger (2004) alertam que é essencial estar atento à forma como a pessoa vivencia e exprime a dor, dada a influencia que os valores e as crenças culturais têm na sua manifestação.

Ao longo do estágio, tive a possibilidade de colaborar no transporte do doente crítico, sendo evidente a sua necessidade, nomeadamente a nível intra-hospitalar. De assinalar, que o transporte destes doentes envolve alguns riscos, mas justifica-se a sua realização entre hospitais ou entre serviços de um mesmo hospital, pela necessidade de facultar um nível assistencial superior, ou para a realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não efetuáveis no serviço ou na instituição onde o doente se encontra internado (OM, 2008).

Tendo em consideração que o transporte de doentes críticos não está isento de riscos, é preciso assegurar as fases de Decisão, Planeamento e Efetivação, para que o transporte decorra de forma segura (OM, 2008). A compreensão destas fases, foi essencial para o meu desenvolvimento de competências no transporte seguro do doente crítico.

O processo de decisão de transportar um doente crítico é um ato médico, sendo ponderados os riscos inerentes ao doente e ao processo de transporte,

muito especialmente nas situações de hipoxia, hiper/hipocapnia, instabilidade hemodinâmica, hipertensão intracraniana e agravamento de lesão vertebro-medular, ou sempre que a deslocação possa contribuir, direta ou indiretamente, para o agravamento da situação clínica sem mais-valia aparente (OM, 2008).

Por sua vez, o planeamento da ação é feito pela equipa médica e de enfermagem do serviço ou unidade referente, tomando em consideração as questões da Coordenação, Comunicação, Estabilização, Equipa, Equipamento, Transporte e Documentação (OM, 2008). Nesta fase, deve ser equacionado o risco de possíveis acidentes e tomadas medidas para a respetiva prevenção, especialmente nas fases de maior risco - nos primeiros 5 minutos do transporte, na passagem do doente e no transporte prolongado (superior a 30 minutos) (OM, 2008).

Por último, a efetivação do transporte fica a cargo da equipa de transporte, cujas responsabilidades técnica e legal só cessam no momento da entrega do doente ao médico do serviço destinatário ou, no regresso, ao serviço de origem (OM, 2008). De realçar, que o nível de cuidados, durante o transporte, não deve ser inferior ao verificado no serviço de origem, devendo estar prevista a eventual necessidade de o elevar (OM, 2008).

No decorrer do estágio, muitas vezes participei no transporte do doente crítico, quer por necessidade de realização de exames complementares de diagnóstico, quer para encaminhamento para o internamento, na sala de observação ou nas unidades de cuidados intensivos. Durante este processo, evidencio o papel do enfermeiro especialista na ponderação das várias etapas descritas anteriormente, tendo em conta a previsão das complicações possíveis, a gestão dos recursos materiais, equipamentos e terapêutica necessários, permitindo a efetivação do transporte sem intercorrências e em segurança, garantido a qualidade dos cuidados prestados.

Na minha prestação de cuidados à PSC e família/cuidador, ao longo dos dois contextos de estágio, tive em consideração a

observação, colheita e procura contínua, de forma sistêmica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19363).

Para além de dar resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação, é também da competência do Enfermeiro Especialista à PSC cuidar da pessoa, família/cuidador que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. Desta forma, considero ter desenvolvido conhecimentos e capacidades que contribuíram para o desenvolvimento destas competências.

- **Desenvolver competências na área de prevenção e controlo de infeção à PSC.**

No decorrer dos dois contextos de estágio, tive a oportunidade de adquirir e desenvolver competências na área de prevenção e controlo de infeções. O enfermeiro especialista à PSC,

considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19364).

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são hoje consideradas um importante problema de saúde pública, sendo que a WHO (2009) estima que mais de 1,4 milhões de indivíduos sejam afetados por IACS a nível mundial. O *European Center for Disease Prevention and Control* (ECDC, 2019) aponta que, anualmente, um em cada 20 clientes hospitalizados no espaço europeu seja afetado por, pelo menos, uma IACS, ou seja, por ano, 4,1 milhões de clientes infetados e 37.000 mortes diretamente atribuíveis. O último estudo de

prevalência, realizado pelo ECDC (2013), evidencia que 6,1% dos clientes internados na União Europeia nesse período apresentavam uma IACS, sendo que, em Portugal, esse valor foi de 10,6%.

Ao problema das IACS, soma-se o crescente número de microrganismos resistentes aos antimicrobianos. De acordo com as estimativas do ECDC, em 2007 a este tipo de microrganismos associam-se custos elevados, com 2,5 milhões de dias de internamento extra e 25.000 mortes diretamente atribuíveis (ECDC, 2009). O impacto das IACS continua a aumentar, gerando consequências negativas para clientes, famílias e sistemas de saúde, não só pela morbilidade e mortalidade associadas, como também pelos custos diretos e indiretos implicados.

Torna-se evidente a necessidade de uma intervenção global de combate às IACS, dando voz a esta epidemia silenciosa (Pittet et al, 2008), que se configura como um dos problemas mais comuns e significativos no âmbito da segurança do doente. O impacto das IACS envolve um agravamento dos custos diretos e indiretos, influenciando negativamente a morbilidade e mortalidade, os tempos de internamento, a qualidade de vida e o volume de recursos necessários para o tratamento de cada indivíduo.

Esta problemática motivou a reestruturação da estratégia nacional e motivou a criação de um programa de saúde prioritário. Este resulta da fusão entre o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção e do Programa Nacional de Prevenção da Resistência aos Antimicrobianos, encontrando-se plasmado no Despacho n.º 2902/2013 de 22 de fevereiro.

Com a alteração estratégica introduzida, surgiu a necessidade de reestruturação dos órgãos de coordenação regional e local. O Despacho n.º 15423/2013 de 26 de novembro determinou que as anteriores Comissões de Controlo da Infecção (CCI) passassem a assumir o papel de Grupos de Gestão Local do Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (GCLPPCIRA).

Considerando o Regulamento n.º 429/2018, no artigo 3º, é competência do enfermeiro especialista à PSC a maximização da intervenção na prevenção e

controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, tendo em consideração a complexidade da situação e a necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Regulamento n.º 429/2018, 2018, 2018).

Neste sentido, em ambos os contextos de estágio, prestei cuidados cumprindo as normas e procedimentos em vigor nos serviços, nomeadamente na higienização das mãos, assim como na utilização de meios para a prevenção de infeções adquiridas na comunidade, com o uso adequado dos equipamentos de proteção individual (EPI). Dada a situação pandémica, foi também necessário conhecer e respeitar o circuito dos doentes infetados por SARS-COV-2, bem como cumprir as normas de isolamento.

Saliento, igualmente, a correta manipulação e desinfeção dos dispositivos médicos, os quais são essenciais para a monitorização e tratamento da PSC. Neste âmbito, na prestação de cuidados a doentes com ventilação mecânica invasiva. Destaco o cumprimento do protocolo de Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação (DGS, 2015).

Tendo a UCIP e o SU aderido à “Campanha de Higiene das Mãos”, pude observar e participar no cumprimento das normas e procedimentos da técnica correta da higiene das mãos e utilização das soluções antissépticas, pelos diferentes profissionais de saúde.

O meu *background* como membro dinamizador do GCLPPCIRA do Hospital onde exerço funções, foi também fundamental para uma atuação mais fundamentada neste âmbito, tendo realizado a sensibilização da equipa, da importância, principalmente com a higienização das mãos, para a diminuição da contaminação cruzada.

Deste modo, desenvolvi competências de enfermeiro especialista à PSC, maximizando a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relatório, que agora termino, pretendeu apresentar o meu percurso de desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem na prestação de cuidados à PSC, baseado nas competências estabelecidas para o Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica (ESEL, 2010), nas competências delineadas nos descritores de Dublin plasmados no Decreto-Lei n.º65/2018 para o 2º Ciclo de formação, nas competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e específicas do Enfermeiro Especialista na Área da Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A escolha do tema, “Cuidado cultural - Estratégias facilitadoras da comunicação à pessoa em situação crítica e família”, emergiu da reflexão sobre os diversos desafios que encontro na minha prática clínica em contexto de serviço de urgência, tendo em conta a dificuldade de comunicação com a pessoa em situação crítica e com a sua família, especialmente se têm diferentes referenciais culturais, uma questão que há muito me preocupa.

Para Giger e Davidhizar (2002), o cuidado transcultural estipula o reconhecimento das diferenças culturais de cada pessoa e família na prestação dos melhores cuidados, tendo como referencial a especificidade e unicidade de cada indivíduo, inserido no seu contexto cultural, o que evidencia um cuidado culturalmente competente. A utilização do Modelo de Avaliação Transcultural de Giger e Davidhizar, tendo em atenção as dimensões culturais comunicação, espaço, organização social, tempo, ambiente e variações biológicas (Giger & Davidhizar, 1999), foi essencial para a fundamentação da tomada de decisão em enfermagem e da prestação de cuidados culturalmente sensíveis à pessoa em situação crítica e família.

De forma a conseguir atingir os objetivos inicialmente delineados, aquando da realização do projeto que deu forma a este percurso formativo, foram realizadas diversas atividades, entre as quais a realização de uma RIL sobre o

tema, assim como a participação numa formação específica sobre o cuidado cultural. Estas atividades foram indispensáveis para a aquisição de conhecimentos e de desenvolvimento de competências no cuidado culturalmente competente, assim como para a abertura a minha própria “lente cultural”, promovendo a prestação de cuidados mais individualizados e fundamentados na evidência científica. Tal como refere Benner (2001), “a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria” (p.61).

Em ambos os contextos de estágio, UCIP e SU, foram muitos os desafios que encontrei na prestação de cuidados à PSC e família. Destaco os que se relacionam com o cuidado especializado à criança gravemente doente e sua família, que me conduziram sempre à reflexão e ponderação das melhores estratégias a utilizar, para a prestação de cuidados mais sensíveis e direcionados para as suas necessidades, tendo em atenção os diversos *backgrounds* culturais. Este aspeto foi evidenciado, tanto nas reflexões que realizei como no “Projeto Videochamada” que foi possível implementar. Tive oportunidade de prestar cuidados a doentes e famílias de diversas culturas - oriundas dos PALOP, de origem asiática, brasileira e de etnia cigana, apoiando-me no Modelo de Avaliação Transcultural de Giger e Davidhizar, para a compreensão dos diferentes contextos multiculturais e poder prestar um cuidado culturalmente adequado.

É da minha opinião que todos os objetivos específicos que tracei inicialmente foram atingidos, para o desenvolvimento de competências no cuidado à pessoa e família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e falência orgânica, sempre considerando o desenvolvimento de estratégias comunicacionais para uma relação terapêutica efetiva, assim como a administração de protocolos terapêuticos complexos, respeitando a sua situação emergente e de instabilidade. Tendo em atenção o contexto de pandemia Covid-19, desenvolvi também competências na prestação de cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe. Considero, ainda, ter alcançado o desenvolvimento de competências na prevenção e controlo da infeção e de

resistência a Antimicrobianos perante a PSC. Desta forma, considero ter desenvolvido as competências comuns de Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista na Área da Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Ainda que nos encontremos no final da Pandemia Covid-19, os desafios encontrados nos campos de estágio foram inúmeros. A conciliação dos horários entre o meu local de trabalho e os turnos exigidos para o estágio, assim como as adaptações do tempo em família, foram extremamente exigentes, estimulando em mim a capacidade de organização, capacidade de resiliência e de motivação para atingir os objetivos. De realçar, os conselhos e apoio da professora orientadora, dos enfermeiros orientadores, assim como das equipas interdisciplinares, que tão bem me receberam, tendo sido essenciais para a conclusão deste percurso.

Para o futuro, perspetivo contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, tanto pela atualização contínua de conhecimentos através dos resultados da investigação, como a partir da formação em contexto de trabalho. Pretendo submeter a RIL para publicação em revista científica e participar em congressos/simpósios, de modo a partilhar os resultados encontrados.

Como sugestão, considero patente a necessidade de manter e promover a sensibilização das equipas multidisciplinares para a importância da promoção de cuidados culturalmente competentes, de forma a deixar de ser um tema que é importante para passar a ser um tema essencial na nossa prática diária e, assim, poder dar-lhe uma voz.

No culminar deste percurso, considero como enriquecedoras todas as oportunidades de aprendizagem e partilha de experiências vividas que, através da reflexão sobre e na prática, quer do ponto de vista científico, mas também humano e relacional, estimularam o meu crescimento e desenvolvimento, tanto enquanto pessoa, como enquanto Enfermeira Especialista, construindo uma nova

perspetiva do cuidar, de forma crítica, aperfeiçoada e culturalmente fundamentada.

REFERÊNCIAS

- Al Mutair, A., al Ammary, M., Brooks, L. A., & Bloomer, M. J. (2019). Supporting Muslim families before and after a death in neonatal and paediatric intensive care units. *Nursing in Critical Care*, 24(4), 192–200. <https://doi.org/10.1111/nicc.12434>
- Alarcão, I. & Abreu, W. (2010). *De aluno a enfermeiro: desenvolvimento de competências em contexto clínico*. Loures: Lusociência, 2011, pp.13-14.
- Alarcão, I.; Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2005, Vol. 14, 3, pp.373-382.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: a thinking-in-action approach*. Springer Publishing Company (2nd ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Câmara Municipal de Lisboa (2018). *Plano Municipal para a Integração de Migrantes de Lisboa*. ACM – Alto Comissariado para as Migrações. Lisboa.
- Cañas E. M., Rodríguez Y. A. (2014). La experiencia del padre durante la hospitalización de su hijo recién nacido pretérmino extremo. *Aquichan*, 14(3) 336-50.
- Chao, M.M., Okazaki, S. and Hong, Y.-y. (2011), The Quest for Multicultural Competence: Challenges and Lessons Learned from Clinical and Organizational Research. *Social and Personality Psychology Compass*. (5) 263-274. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2011.00350.x>

- Christian B. J. P. (2011). Creating partnerships with parents to improve the health of children and adolescents. *J Ped Nurs.* 26(2) 95-6.
- Comissão Nacional da UNESCO (2006). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. 33ª Sessão da Conferência Geral da UNESCO. Paris.
- Davidhizar R., & Brownson K. (2000). Literacy, cultural diversity, and client education. *Home Health Care Management Practice* 2 (12) 38-44.
- Davidhizar, R. & Giger, J. N. (2004). A review of the literature on care of clients in pain who are culturally diverse. *International Nursing Review*, 51(1), 47– 55. Doi:10.1111/j.1466-7657.2003.00208.x.
- Davidhizar, R. E. & Fordham; P. (2006). Multicultural and multiethnic considerations and advanced directives: Developing cultural competency. *Journal of Cultural Diversity*, (13), 3-9.
- Decreto-Lei n.º 161/1996 (1996). Define os princípios gerais respeitantes ao exercício profissional dos enfermeiros, constituindo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). *Diário da República 1ª Série* (n.º 205 de 4-9-1996), 2959 – 2962.
- Decreto-Lei n.º 65/2018 (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República 1ª Série* (N.º 157 de 16/08/2018), 4147-4182 ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>
- Despacho n.º 15423/2013. Cria os grupos de coordenação regional e local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. *Diário da República*, 2ª série (n.º 229 de 11/ 2013) 34563-34565.
- Despacho n.º 2902/2013. Determina que a Direção-Geral da Saúde desenvolva, como programa de saúde prioritário, o Programa de Prevenção e Controlo

de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. *Diário da República*, 2ª série (n.º 32 de 02/2013) 7179-7180.

Despacho n.º 10319/2014 (2014). Define as características da Rede de Serviços de Urgência, os seus níveis de responsabilidade, critérios, condições de acesso e localização de Pontos de Rede de Urgência. *Diário da República* 2.ª série (N.º 153 de 11/08/2014), 20673 – 20678.

Direção-Geral da Saúde. (2010). *Organização dos cuidados hospitalares urgentes ao doente traumatizado*. Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO de 31/03/2010. Portugal: DGS

Direção-Geral da Saúde. (2015). *“Feixe de intervenções” de prevenção de pneumonia associada à intubação*. Norma n.º 021/2015 de 16/12/2015 atualizada a 30/05/2017. Portugal: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norman-0212015-de-16122015-pdf.aspx>.

Dobrowolska, B., Gutysz-Wojnicka, A., Ozga, D., Barkestad, E., Benbenishty, J., Breznik, K., ... Blackwood, B. (2020). European intensive care nurses' cultural competency: An international cross-sectional survey. *Intensive and Critical Care Nursing*, 60. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102892>

Durão, M. C. (2020). *Documento orientador da unidade curricular – Enfermagem em cuidados intensivos*. Curso de mestrado em enfermagem área da pessoa em situação crítica. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

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

European center for disease prevention and control (ECDC) (2009) – *The bacterial challenge: time to react*. Stockholm. ISBN 978-92-9193-193-4.

- European Centre for Disease Prevention and Control (2013). *Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals 2011–2012*. Solna: Autor.
- European Centre for Disease Prevention and Control (2019). *Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals – ECDC PPS validation protocol version 3.1.2*. Stockholm.
- Fawcett, J., Watson, J., Neuman, B., Walker, P. H. & Fitzpatrick, J. J. (2001). On nursing theories and evidence. *Journal of Nursing Scholarship*. 33 (2) 115-119. DOI: [10.1111/j.1547-5069.2001.00115.x](https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2001.00115.x).
- Gabinete de Estratégia e Estudos. (2022). *População estrangeira residente em Portugal*. República Portuguesa, Economia e Mar. Última atualização: 02/09/2022.
- Garrett P., Dickson H., Young L., Whelan A. & Roberto F. (2008). What do non-English-speaking patients value in acute care? Cultural competency from the patient's perspective: a qualitative study. *Ethn Health*. 13(5) 479-496. <https://doi.org/10.1080/13557850802035236>.
- Gibbon, L. M., Graybuck, K. E., Mehta, A., Perry, S. E., Peterson, S., Schreiber, K. M., & Merel, S. E. (2020). Equitable Care for Critically Ill Patients from Culturally Diverse Communities in the COVID-19 Pandemic. *Journal of Palliative Medicine* 23 (12), 1559–1561). Mary Ann Liebert Inc. <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0347>.
- Giger J., & Davidhizar R. (1990). Transcultural nursing assessment: a method for advancing practice. *International Nursing Review* 1 (37) 199-203.
- Giger, J. N. (2013). *Transcultural nursing: Assessment & intervention*. (6th ed.). St. Louis: Mosby.

- Giger, J. N., & Davidhizar, R. (2002). The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model. *Journal of Transcultural Nursing*, 13 (3) 185-188. DOI: 10.1177/10459602013003004
- Giger, J. N., & Haddad, L. (2020). *Transcultural Nursing* - E-Book, 8th Edition.
- Giger, J.N., & Davidhizar, R.E., (1999). *Transcultural Nursing. Assessment and Intervention*. 3rd Edition. Mosby, St Louis, (4).
- Godinho, N. (2020). *Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações: norma APA*. Centro de Documentação e Biblioteca da ESEL. Disponível em: https://www.esel.pt/sites/default/files/guia_b_2020.pdf.
- Godinho, S. M. (2010). *Novos possíveis: Estratégias identitárias de mulheres oriundas da Guiné-Bissau em Portugal*. (Teses: 30). Lisboa: Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural.
- Gómez G., & Pérez C. (2012). *Significado de la experiencia de los padres de niños sometidos a cirugía cardiovascular*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de la Sabana, Faculdade de Enfermagem e Reabilitação, Bogotá.
- González P. (2009). Barreras para el cuidado y la comunicación en cuidados intensivos de pediatría. *Index Enferm*, 18(4) 234-8.
- Grupo Português de Triagem (2010). *Triagem no Serviço de Urgência – Protocolo de Triagem de Manchester*. 2^a Edição. Amadora.
- Guerra M., & Muñoz L. (2013). Expresiones y comportamientos de apego madre-recién nacido hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. *Enferm Univ*. 10(3) 84-91.

- Guiton G., Dunne J. & Finlay F. (2017). *Lost in Translation. Community Practitioner*. Redactive Publishing Ltd.
- Hamilton, R., Kleinpell, R., Lipman, J., & Davidson, J. E. (2020). International facilitators and barriers to family engagement in the ICU: Results of a qualitative analysis. *Journal of Critical Care*, 58, 72–77. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2020.04.011>.
- Hassankhani, H., Haririan, H., Porter, J. E., & Heaston, S. (2018). Cultural aspects of death notification following cardiopulmonary resuscitation. *Journal of Advanced Nursing*, 74(7), 1564–1572. <https://doi.org/10.1111/jan.13558>.
- Instituto Nacional de Estatística (2020). *Estatísticas Demográficas 2020*. Instituto Nacional de Estatística, I.P. Edição digital. Lisboa: População e Sociedade.
- Kaplow R., & Hardin S. (2009). *Cardiac Surgery Essentials for Critical Care Nursing*. Jones and Bartlett Boston.
- Knopov, A., Wong, K. & Merri, R. (2020). Communicating Through COVID-19: Keeping Patients Connected to Loved Ones. *Rhode Island medical journal*. (September), p.10.
- Leão, J., R., M. (2012). *Percepções e atitudes dos imigrantes da Guiné-Bissau acerca das doenças crónicas cardiovasculares*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <https://run.unl.pt/handle/10362/13995>.
- Lei n.º 15/2014 (2014). Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Assembleia da República. *Diário da República*, I série, (N.º. 57 de 21-03-2014), 2127 – 2131. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/15/2014/3/21/p/dre/pt/html>.
- Lei n.º 156/2015 (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o

regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da República, 1ª série* (n.º. 181 de 16/09/2015), 8059 – 8105.

Leininger M. (1991). Transcultural nursing: the study and practice field. *Imprint*, 38 (2) 55-66.

Leininger, M. (2001). *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. New York: Jones and Bartlett Publishers.

Leininger, M.; & McFarland, M. (2006) – *Culture Care Diversity and Universality. A Worldwide Nursing Theory* (2nd ed.). Boston: Jones and Barlett Pubs. ISBN: 0-7637-3437-3.

Listerfelt, S., Fridh, I., & Lindahl, B. (2019). Facing the unfamiliar: Nurses' transcultural care in intensive care – A focus group study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 55, 102752. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.08.002>

Machado, R., Estrela, J., Lopes, S. Sousa, P. & Menezes, A. (2022). *Relatório de imigração, fronteiras e asilo 2021*. Oeiras: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras.

Marssid, N. (2009). *Cultural beliefs and health behaviours of Roma patients in Finland* (Bachelor's thesis). Pirkanmaa University of Applied Sciences, Finland.

Mendes, M., Magano, O., & Candeias, P. (2014). *Estudo nacional sobre as comunidades ciganas*. Lisboa: Alto Comissariado para as Migrações (ACM, I.P.).

Oliveira, C. (2020). *Indicadores de integração de imigrantes: Relatório estatístico anual 2020*. (Coleção Imigração em Números do Observatório das Migrações). Lisboa: ACM.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor: Guia orientador de boa prática*. Cadernos OE, Série I. N.º1. Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-972-99646-9-5. Disponível em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/caderno-soe-dor.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidadedos-cuidados.pdf>.

Ordem dos Médicos (2008). *Transporte de Doentes Críticos Recomendações*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. Lisboa.

Pereira, M. N. A. (2015). *Cosmovisão e biomedicina na Guiné-Bissau: Leituras à depressão*. (Tese de doutoramento). Disponível em: <https://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/1857/1/Tese.pdf>.

Pereira, R. P. G. (2021). Eficácia clínica e prática baseada em evidências: avaliação de atitudes, competências e práticas. In R. S. Molin (Org.). *Teoria e Prática de Enfermagem: Da atenção básica à alta complexidade* (Cap. 1, pp. 15–35), UICISA/UMinho: Editora Científica Digital. DOI: 10.37885/210303903.

Pereira, R.; Cardoso, M.; Martins, M. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*. 3 (7) 55-62.

Pittet, D., Allegranzi, B., Storr, J., Nejad, S. B., Dziekan, G., Leotsakos, A., & Donaldson, L. (2008). Infection control as a major World Health Organization priority for developing countries. In *Journal of Hospital Infection*. Vol. 68 (4) 285–292. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2007.12.013>.

Purnell L.D., & Paulanka B.J. (2008). *Transcultural health care*, (2nd ed.) Philadelphia: F. A. Davis.

- Queirós, P.; Figueiredo, M. B. (2015). Enfermagem, de ciência aplicada a ciência humana prática: Da racionalidade técnica à prática reflexiva. *ResearchGate*.
- Ramos, M. N. P. (2012). Comunicação em saúde e interculturalidade - Perspectivas teóricas, metodológicas e práticas. *Reciis – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, 6(4). Doi: 10.3395/reciis.v6i4.672pt.
- Ramos, N. (2008). *Saúde, Migração e Interculturalidade*. João Pessoa: EDUEPB.
- Regulamento n.º 533/2014 (2014). Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª Série (Nº 533/2014 de 02/12/2014), 30247-30254.
- Regulamento n.º 429/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Ordem dos enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª Série (N.º 135 de 16-07-2018), 19359–19370.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das competências Comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos enfermeiros. *Diário da República*, 2ª Série (Nº26 de 06-02-2019), 4744–4750.
- Resolução de Conselho de Ministros nº154/2018. (2018). Aprova a revisão da estratégia nacional para a integração das comunidades ciganas 2013-2020 (ENICC). XXI Governo Constitucional. *Diário da República*, 1.ª série (N.º 230 — 29-11-2018), 5450-5462. [0545005463.pdf \(dre.pt\)](https://dre.pt/0545005463.pdf)
- Rodrigues, M. D. S., Galvão, I. M., & E Santana, L. F. (2017). Utilização do ABCDE no atendimento do traumatizado. *Revista de Medicina*, 96 (4), 278.

- Rodriguez R., Navarrete E., Schwaber J., McKleroy W., Clouse A, Kerrigan S., et al (2008). A prospective study of primary surrogate decision makers' knowledge of intensive care. *Crit Care Med.* 36(5). 1633-1636. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31816a0784>.
- Santos, M. T. (2016). *Cuidados Intensivos Pediátricos – Olhares sobre um percurso*. Lisboa. Climepsi Editores. (1) 19-55. ISBN 978-972-796-350-8.
- Santos, C., & Moreira, L. (2017). Aprofundamento do estudo sobre as comunidades ciganas. *ACM - Especial Comunidades Ciganas*, (5) 35-40.
- Smith, T. B., Constantine, M. G., Dunn, T. W., Dinehart, J. M., & Montoya, J. A. (2006). Multicultural education in the mental health professions: A meta-analytic review. *Journal of Counseling Psychology*, 53(1), 132–145. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.132>.
- Society of Trauma Nurses (2018). *Advanced Trauma Care for Nurses. Student Manual*. 8ª Edição.
- Sue, D. W., Arredondo, P., & McDavis, R. J. (1992). Multicultural counseling competencies and standards: A call to the profession. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 20(2), 64–88. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1912.1992.tb00563.x>.
- Sue, W, D., & Sue, D. (2008). *Counseling the culturally diverse: Theory and practice*. (5th ed.). John Wiley & Sons, Inc.
- Suresh, D., Flatley, K., McDonough, M., Cochran-Caggiano, N., Inglis, P., Fordyce, S., Schachter, A., ... Jacob, J. (2020). Providing Compassionate Care: The Role of Medical Students and Videoconference Technology in the COVID- 19 Pandemic. *Journal of Patient Experience*, 7(6), 1002–1006.

- Taylor C., Lillis C., & Lynn P. (2019). *Fundamentals of nursing: the art and science of person-centered nursing care*. Wolters Kluwer Philadelphia 73-90 157, 580-582, 906.
- Valderrama M. L., & Muñoz L. (2016). Needs of parents in caring for their children in a pediatric intensive care unit. *Investigacion y Educacion En Enfermeria*, 34(1) 29-37. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n1a04>.
- Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., Ghahramanian, A., Aghajari, P., & Foronda, C. (2017). Factors influencing nurse-to-parent communication in culturally sensitive pediatric care: a qualitative study. *Contemporary Nurse*, 53(4), 474–488. <https://doi.org/10.1080/10376178.2017.1409644>.
- Van Keer, R. L., Deschepper, R., Huyghens, L., & Bilsen, J. (2019). Challenges in delivering bad news in a multi-ethnic intensive care unit: An ethnographic study. *Patient Education and Counseling*, 102(12), 2199–2207. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.06.017>.
- Varcarolis E. (2006). *The clinical interview and communication skills. Foundations of psychiatric mental health nursing*. (5th ed). Philadelphia: Saunders.
- Vilelas, M. S. J., & Janeiro, S. I. D. (2012). Transculturalidade: o enfermeiro com competência cultural. *RemE-Rev. Min. Enferm*, 16(1) 120–127. <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/509>.
- World Health Organization (2009). *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge Clean Care Is Safer Care*.
- Yager, P. H. (2020). Remote Parent Participation in Intensive Care Unit Rounds. *Pediatric Clinics of North America* 67 (4), 655–659.

- Yager, P. H., Clark, M., Cummings, B. M. & Noviski, N. (2017). Parent Participation in Pediatric Intensive Care Unit Rounds via Telemedicine: Feasibility and Impact. *The Journal of Pediatrics*. 185, 181-186.
- Yu, Y., Xiao, L., & Chamberlain, D. J. (2021). Perceptions of care in patients from culturally and linguistically diverse background during acute and critical illness: A integrative literature review. In *Australian Critical Care*, 34 (5), 486–495. Elsevier Ireland Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.11.004>.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Protocolo de Revisão Integrativa da Literatura

O cuidado cultural: Estratégias de comunicação à pessoa em situação crítica e família – Protocolo de Revisão Integrativa da Literatura

Cultural care: Communication strategies to critical ill patient and family - Integrative literature review protocol

Carina Vieira Sereno ¹

Maria Augusta Grou Moita ²

¹ Mestranda no Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, Enfermeira Sénior no Serviço de Urgência Pediátrica Hospital Luz Lisboa.

² Professora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Resumo

Enquadramento: Com o aumento das migrações e o crescimento da multiculturalidade, os enfermeiros devem estar equipados de competências culturais, nomeadamente na comunicação, pelo que devem implementar estratégias para uma comunicação culturalmente competente.

Objetivo: Conhecer as estratégias facilitadoras da comunicação à pessoa em situação crítica e família, para um cuidado de enfermagem culturalmente competente.

Metodologia: Revisão integrativa da literatura, de acordo com a mnemónica PICO (população, intervenção, contexto e outcome), cuja colheita de dados vai ser realizada em dezembro 2021, nas bases de dados CINAHL e MEDLINE, através da plataforma de agregação de bases EBSCO, em inglês.

Palavras-Chave: Cultura; Estratégias de comunicação; Pessoa em situação crítica; Família.

INTRODUÇÃO

O aumento da globalização e dos fluxos migratórios desenvolveram os contatos interculturais e a coabitação com a diversidade cultural (Ramos, 2013).

A cultura é uma questão pertinente no cuidado de saúde sendo, com frequência, sinónimo de etnicidade, nacionalidade e linguagem (Kleinmam & Benson, 2006, citados por Moita e Silva, 2016). As mesmas autoras mencionam que o conceito de cultura é, tradicionalmente, definido como um modelo integrado de crenças e comportamentos aprendidos, que podem ser partilhados entre os grupos e moldados. Desta forma, a cultura é observada como algo homogéneo, estático e definido, representando uma lista de características estereotipadas que se associam a um determinado grupo étnico-cultural (Kleinmam, 2004; Kleinmam et al, 2006 citados por Moita et al, 2016).

Para Leininger (2002), a competência cultural pode ser descrita como um processo contínuo em que o indivíduo se esforça para se tornar cada vez mais auto consciente, para valorizar a diversidade e tornar-se um perito em conhecimento sobre os pontos fortes da cultura. Os enfermeiros descrevem como competência cultural a capacidade de compreender as diferenças culturais, no sentido de prestar cuidados de qualidade a uma diversidade de pessoas (Leininger, 2002).

Para Campinha-Bacote (2002) a competência cultural é definida como um processo contínuo, em que os profissionais de saúde vão progressivamente adquirindo a capacidade para trabalhar dentro do contexto cultural da pessoa individual, família e/ou comunidade.

Para Dobrowolska, Gutysz-Wojnicka e Ozga, (2019), as UCI's são locais em que os cuidados de enfermagem culturalmente sensíveis e seguros são ainda mais importantes. Para os mesmos autores, nestes contextos, a complexidade e a vulnerabilidade do cliente assim como, o extremo envolvimento familiar, exigem um elevado nível de competência cultural por parte dos enfermeiros.

A comunicação é uma componente básica dos cuidados de saúde, da educação em saúde, da mudança comportamental e da competência intercultural, assim como, da organização e gestão em saúde e das políticas de saúde, constituindo igualmente um bom indicador da qualidade dos cuidados e dos próprios sistemas de saúde (Ramos, 2004, 2007, 2008; Thomas, 2006; Berry, 2007). No entanto, a comunicação é considerada como

uma habilidade básica no cuidado de doentes críticos (DeGrande et al., 2018 & Halligan 2006 citado por Dobrowolska et al, 2019), mas os enfermeiros que cuidam de doentes com línguas e culturas diferentes vivenciam um desafio constante em serem compreendidos. Para Listerfelt, Fridh & Lindahl (2019), a barreira linguística era o principal problema na comunicação com cliente de outras culturas e sua família na UCI.

Algumas das dificuldades comunicacionais em contexto de cuidados de saúde têm a ver com a falta de conhecimentos e de respeito dos profissionais de saúde sobre as representações e as crenças de saúde e doença do cliente e sobre as relações deste com o seu mundo social, espiritual e cultural (Ramos, 2013).

Como multiculturalismo e aceitação de uma sociedade pluralista com diferentes valores e transações, os enfermeiros precisam de ser culturalmente competentes para prestar cuidados de congruência cultural (Giger & Davidhizar, 1999).

Estudos qualitativos têm mostrado que os problemas relacionados com a comunicação foram os principais motivos pelos quais os enfermeiros tiveram dificuldade em prestar cuidados culturalmente competentes (Vilelas et al, 2012). Os enfermeiros relataram que não estavam preparados para cuidar de clientes de diferentes culturas, dadas as barreiras linguísticas (Vilelas et al, 2012). Embora seja pouco provável que os enfermeiros dominem vários idiomas, a compreensão do significado de alguns sinais de comunicação não-verbais utilizados por diferentes culturas pode ser muito benéfico para a prestação culturalmente competente de cuidados de enfermagem (Vilelas et al, 2012). Segundo os mesmos autores, são estratégias de comunicação: o contato com os olhos, o toque, o silêncio, o espaço, a distância e as crenças de saúde.

Segundo Lipson & Steiger (1990) citado por Cioffi (2003), a comunicação transcultural envolve estratégias afetivas, cognitivas e comportamentais. As estratégias afetivas incluem a afetividade, a apreciação e o conforto com as diferenças culturais, o prazer de aprender através do intercâmbio cultural, a capacidade de observar o comportamento sem julgamento, a consciência dos próprios valores e preconceitos culturais e a crença na relatividade cultural (Cioffi, 2003). Para o mesmo autor, as estratégias cognitivas envolvem o conhecimento de culturas diferentes, a capacidade de reconhecer quando existe uma explicação cultural para um problema interpessoal e a compreensão de que existem diferentes significados para a mesma questão. Nas estratégias comportamentais, as aptidões de comunicação, envolvem a flexibilidade nos

estilos de comunicação verbal e não-verbal, a capacidade de falar devagar e claramente sem excesso de linguagem, a capacidade de encorajar o outro a exprimir-se, a capacidade de comunicar através da empatia e da paciência (Cioffi, 2003). Estas estratégias mostram que a linguagem é apenas uma parte do processo de comunicação e indicam que as referências culturais e a realidade do cliente também estão envolvidas (Seelye, 1994 citado por Cioffi, 2003).

O estudo conduzido por Dobrowolska et al (2019), conclui que os enfermeiros da UCI mostraram um nível moderado de competência cultural com melhores resultados na consciência cultural e sensibilidade do que com a comunicação centrada no paciente, orientação prática e comportamento cultural. Os mesmos autores referem que estar exposto à diversidade cultural de diferentes formas, como viver num país multicultural, falar uma segunda língua e visitar outros países influenciou o desenvolvimento da competência cultural. Para Dobrowolska et al (2019), a recomendação para um cuidado de enfermagem culturalmente competente passa pela educação profissional dos enfermeiros, com programas Erasmus+ da UE e outros programas que favorecem a prática clínica em outros ambientes multiculturais uma vez que podem ajudar a desenvolver a competência cultural, considerada crucial no trabalho dos enfermeiros de UCI.

Por estas razões, parece pertinente a realização de uma revisão integrativa da literatura que responda à questão: Quais as estratégias de comunicação para um cuidado de enfermagem culturalmente competente à pessoa em situação crítica e família?

METODOLOGIA

Este protocolo de revisão integrativa da literatura foi desenvolvido com a finalidade de agrupar e sintetizar achados de estudos realizados, mediante diferentes metodologias, com o intuito de contribuir para o aprofundamento do conhecimento relativo ao tema investigado (Soares, Hoga e Peduzzi, 2014 citado por Ribeiro, Martins, Tronchin, 2016). A revisão integrativa inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica (Benefield, 2003 citado por Mendes, Silveira, Galvão, 2008) possibilitando a síntese do estado do conhecimento

de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (Polit & Beck, 2006). Este método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma área particular de estudo (Mendes et al, 2008).

Esta revisão integrativa da literatura vai ser realizada através do processo descrito por Whitemore & Knafl (2005), em quatro fases: identificação do problema, estratégias de pesquisa bibliográfica, revisão crítica de artigos de pesquisa selecionados, e integração dos resultados.

A formulação da questão para a elaboração deste protocolo de revisão integrativa da literatura foi feita através da mnemónica PICO – População, Intervenção, outcome. Assim, foi definido como População – Pessoa em situação crítica e família; Intervenção – Estratégias de comunicação e Outcome - Cuidado de enfermagem culturalmente competente. A presente revisão teve como questão norteadora: Quais as estratégias de comunicação para um cuidado de enfermagem culturalmente competente à pessoa em situação crítica e família?

Estratégia de Pesquisa

Irá ser realizada uma pesquisa inicial utilizando o motor de busca Google Académico e as bases de dados MEDLINE e CINAHL, que permitirá a identificação de alguns artigos pertencentes ao tópico em estudo, dos quais será efetuada uma breve leitura do título e resumo e dos termos indexados utilizados, para a definição dos termos e sinónimos para os conceitos em estudo.

As palavras-chave serão: *Cultura; Estratégias de comunicação; Pessoa em Situação crítica; Família; Enfermagem.*

Será feita uma primeira pesquisa nas bases de dados MEDLINE e CINAHL através de uma plataforma de agregação de bases de dados EBSCO. A estratégia de pesquisa utilizada combinará descritores, através do operador booleano “AND” e “OR”. Aos resultados desta pesquisa serão aplicados os critérios de inclusão: Últimos 5 anos, idioma inglês e português, artigos com texto integral. Após avaliação dos artigos quanto a sua validade metodológica e adequação dos critérios de inclusão, será feita a extração dos

dados através de uma tabela contendo o título, autores, ano de publicação, idioma, tipologia do estudo, objetivos, métodos, resultados e conclusões.

Título/Autor/Ano	Metodologia	Objetivos	Resultados e conclusões	Limitações/recomendações
-------------------------	--------------------	------------------	--------------------------------	---------------------------------

REFERÊNCIAS

- Berry, D. (2007). Health Communication. Theory and Practice. *Open University Press*. Maidenhead, England.
- Campinha-Bacote J. (2002). The purpose of cultural competency in the delivery of healthcare services: A model of care. *J Trans Nurs*.
- Cioffi, R. (2003). Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting: nurses experiences. *Int J Nurs Stud*.
- Dobrowolska, B., Gutysz-Wojnicka, A., Ozga, D., Barkestad, E., Benbenishty, J., Breznik, K., ... Blackwood, B. (2020). European intensive care nurses' cultural competency: An international cross-sectional survey. *Intensive and Critical Care Nursing*, 60. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102892>
- Giger, J.N., & Davidhizar, R.E., (1999). *Transcultural Nursing. Assessment and Intervention*. (3rd Edition). Mosby, St Louis.
- Kirkham, S.R. (1998). Nurses descriptions of caring for culturally diverse clients. *Clinical Nursing Research* 7(2), 125–146.
- Kurtz, S. M., Silverman, J., & Draper, J. (2005). Teaching and learning communication skills in medicine. *Radcliffe Medical Press Publishing*. Oxford.
- Leininger, M. (1995). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories and Practices*, 2nd.Edition. McGraw-Hill, New York, (14,15).
- Leininger, M. (2002). Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *J Trans Nurs*.

- Listerfelt, S., Fridh, I., & Lindahl, B. (2019). Facing the unfamiliar: Nurses' transcultural care in intensive care – A focus group study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 55, 102752. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.08.002>
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. de C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(4), 758–764. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072008000400018>
- Moita, M. A. G., & Silva, A. L. da. (2016). Modelos de Competência Cultural: Uma Análise Crítica. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 72–89. http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Doc4_72_88.pdf
- Polit D. F., & Beck C. T. (2006). Using research in evidence-based nursing practice. *Essentials of nursing research*, (457-94). Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins.
- Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Univ. Aberta.
- Ramos, N. (2007). Comunicação e interculturalidade nos cuidados de saúde. *Psychologica*, 45 (147-169).
- Ramos, N. (2008). *Saúde, Migração e Interculturalidade*. João Pessoa: EDUEPB.
- Ramos, N. (2013). Cuidados de saúde e comunicação na sociedade multicultural: discutindo interculturalidade (s), práticas e políticas em saúde. *Revista Inter-Legere*, 1(11).
- Ribeiro, O., Martins, M., & Tronchin, D. (2016). Nursing professional practice models: an integrative literature review. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série (10) 125–134. <https://doi.org/10.12707/riv16008>
- Thomas, R. K. (2006). *Health Communication*. New York: Springer Science.

Vilelas, M. S. J., & Janeiro, S. I. D. (2012). Transculturalidade: o enfermeiro com competência cultural. *RemE-Rev. Min. Enferm*, 16(1), 120–127.
<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/509>

**Apêndice 2 – Adaptação do Algoritmo de Avaliação Inicial
ATCN (2018)**

A - Via Aérea	• Avaliar permeabilidade da via aérea e manter imobilização da coluna cervical em posição neutra; • Procurar lesões da/obstrução da via área; Via aérea patente e coluna cervical protegida? Sim ↓	Não →	• Manter imobilização da coluna cervical – se necessário usar colar cervical; • Desobstruir via aérea através de aspiração; • Inserir adjuvantes da via aérea orofaríngea ou nasofaríngea; • Realizar entubação orotraqueal conforme indicado; • Antecipar cricotiroidectomia; • Aliviar pneumotórax hipertensivo com agulha seguido de descompressão com dreno torácico;
B - Respiração e ventilação	• Administrar O₂ em alto fluxo usando máscara facial sem reinalação; • Avaliar frequência, profundidade e esforço respiratório; • Inspeccionar a parede torácica simetria e bilateralidade, movimento, retrações, uso de musculatura acessória e cianose;	Não →	• Selar o pneumotórax aberto com curativo oclusivo.

	• Auscultar os sons respiratórios e avaliar tons cardíacos; • Palpar o tórax bilateralmente para avaliar movimento da parede torácica, crepitações, enfisema subcutâneo e ou lesões; • Percutir a parede torácica avaliando hiperrresonância ou embotamento. Respiração e ventilação adequadas? Sim ↓		
C Circulação	• Identificar sinais de hemorragia; • Avaliar estado de consciência; • Auscultar tons cardíacos abafados; • Avaliar se há sinais de tamponamento cardíaco;	Não ⇒	• Aplicar pressão direta para controlar a hemorragia externa; • Colocar acesso venoso periférico ch14/ch16; • Colher sangue para hemograma, bioquímica e coagulação, tipagem e alcoolemia/tóxicos;

	• Avaliar cor da pele quanto à palidez e cianose; • Avaliar temperatura da pele e humidade; • Avaliar pulso periférico e central, frequência, qualidade e regularidade. Circulação adequada ou sem hemorragia? Sim ↓		• Teste de gravidez em mulher em idade fértil; • Infundir solução cristalóide aquecido conforme indicado; • Administrar sangue conforme indicado; • Aplicar dispositivo de estabilização pélvica ou tala de tração dos Mi's; • Preparar para intervenção cirúrgica de hemorragia interna; • Antecipar e preparar E-FAST, pericardiocentese e toracotomia de emergência, conforme necessário.
D- Disfunção neurológica	• Avaliar estado de consciência – escala de coma de Glasgow ou AVDS; • Avaliar pupilas quanto ao tamanho, igualdade e reatividade; • Avaliar sinais de défice de lateralização sensório/motor;	Não ⇨	• Antecipar intubação orotraqueal com ventilação se GCS inferior > 8; • Prevenir lesão cerebral secundária mantendo oxigenação, ventilação e perfusão adequadas; • Administrar fluidos e sangue conforme indicado;

		Avaliar glicemia. Sim ↓		Consultar neurocirurgia se lesão suspeita da cabeça.
E Exposição	–	- Despir e examinar completamente o cliente; - Aplicar medidas de aquecimento para prevenir hipotermia. Sim ↓		

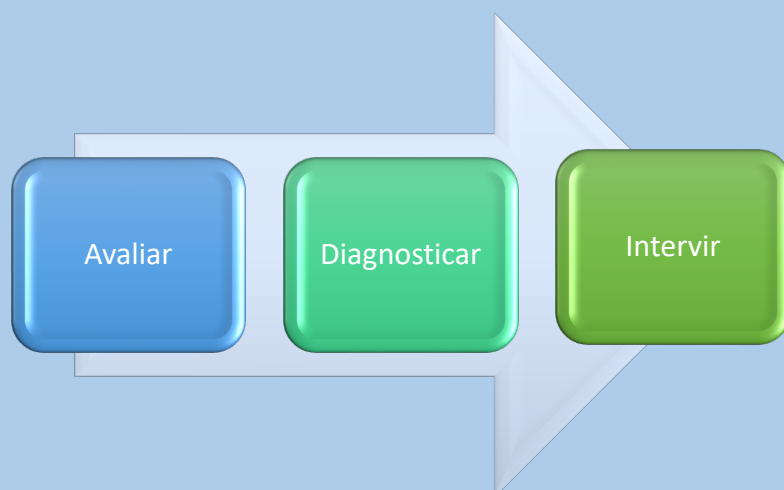
Adjuvantes e outras considerações à avaliação primária:

Avaliar sinais vitais, SATO2, Temperatura central, ECG, gasimetria arterial.

E-FAST, sonda gástrica e sonda vesical. RX tórax e pélvis.

Avaliação secundária sistemática Céfalo-caudal, com ênfase na identificação de todas as lesões, após estabilização hemodinâmica.

Transferência para cuidados definitivos, não atrasando o transporte e fazendo a transmissão de informações e segundo a metodologia ISBAR.



ANEXOS

**Anexo 1 – Certificado de participação na formação “Saúde em
Igualdade”**

cis _iscte

Centro de Investigação
e Intervenção Social

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Para os devidos efeitos, certificamos que **Carina Sereno** participou na Formação “Saúde em Igualdade”, num total de 36 horas de formação. Esta **7ª edição** decorreu em formato on-line, nos dias 26, 27 Novembro, 3, 4, 9, 10, 11, 17 e 18 de Dezembro 2021



SANDRA ROBERTO
COORDENADORA DO PROJECTO

Organização

cis _iscte
Centro de Investigação
e Intervenção Social

Parcerias



Financiamento

PT/2019/FAMI/439

