



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

**Cuidar Multiculturalmente Competente em Saúde Infantil
e Pediatria - Intervenção do Enfermeiro Especialista**

Rozilany Araújo Lima dos Santos



**Lisboa
2022**



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

**Cuidar Multiculturalmente Competente em Saúde Infantil
e Pediatria - Intervenção do Enfermeiro Especialista**

Rozilany Araújo Lima dos Santos



Orientadora: Cristina Maria Rosa Jeremias



**Lisboa
2022**

PENSAMENTO

Saber Viver

*“Não sei... Se a vida é curta
Ou longa demais pra nós,
Mas sei que nada do que vivemos
Tem sentido, se não tocamos o coração das pessoas.*

Muitas vezes basta ser:

Colo que acolhe,

Braço que envolve,

Palavra que conforta,

Silêncio que respeita,

Alegria que contagia,

Lágrima que corre,

Olhar que acaricia,

Desejo que sacia,

Amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo,

É o que dá sentido à vida.

É o que faz com que ela

Não seja nem curta,

Nem longa demais,

Mas que seja intensa,

Verdadeira, pura... Enquanto durar”

Cora Coralina, 1965, *Contos Brasileiros*.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Maria Gorete (*in memória*) e José, que sempre sentiram um enorme orgulho por cada conquista alcançada ao longo da vida.

Ao Paulo, meu companheiro há quase 20 anos, pela presença, apoio, amor e muita tolerância todos os dias da nossa vida.

Aos meus filhos, Mateus e Luísa, que apesar de serem crianças pequenas, conseguiram compreender as minhas ausências, mesmo quando eu estava em casa a estudar.

À minha vizinha Catarina, que leu todos os meus trabalhos no decorrer deste percurso.

À Professora Cristina, pelo apoio e incentivo constante, pela partilha de conhecimentos e pela disponibilidade demonstrada durante toda a orientação do percurso desenvolvido.

Às Enfermeiras Orientadoras Clínicas, pela orientação e interesse demonstrado no decorrer dos estágios.

Às minhas Enfermeiras Gestoras, que apoiaram a realização deste Mestrado.

Aos colegas de trabalho, que compreenderam e aceitaram os muitos pedidos de trocas.

À todas as famílias e crianças que conheci e prestei cuidados ao longo deste percurso, especialmente às famílias imigrantes.

A todos vocês, um muito obrigado!

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

CCF - Cuidados Centrados na Família

CDI - Consultas de Desenvolvimento Infantil

DGS - Direção Geral da Saúde

EE - Enfermeiro Especialista

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

IPFCC - Institute for Patient and Family-Centered Care

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNSIJ - Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SIP - Serviço de Internamento de Pediatria

SUP - Serviço de Urgência Pediátrica

UCIN - Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais

USF - Unidade de Saúde Familiar

PALOP - países africanos de língua oficial portuguesa

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

RESUMO

Atualmente as fronteiras entre os países são cada vez mais permeáveis, existindo um maior contacto entre culturas do que outrora, devido à facilidade de mobilidade indivíduos e famílias. Deste modo, observam-se cada vez mais mutações profundas ao nível cultural, social e tecnológico, tornando as sociedades cada vez multiculturais, sendo que, a realidade portuguesa não é exceção.

Nos últimos anos têm-se observado um aumento considerável de imigrantes em Portugal, oriundos de países como o Brasil, países africanos de língua portuguesa e países asiáticos como é o Paquistão, o Nepal e Bangladesh. Independentemente da sua proveniência a pessoa é e sempre será o centro dos cuidados de enfermagem, no entanto, as diferenças que a diversidade cultural transporta, mais do que as semelhanças, têm implicações significativas no que concerne à relação entre o enfermeiro e o cliente, podendo colocar em causa a qualidade dos cuidados prestados. Desta realidade, emerge a necessidade de desenvolver esforços no sentido da compreensão das diferenças culturais, de forma que promover cuidados culturalmente sensíveis, respeitando a identidade cultural da criança/jovem e família.

A formação avançada constitui uma ferramenta essencial para a compreensão da complexidade associada à multiculturalidade e à interculturalidade, contribuindo assim para o cuidado de enfermagem culturalmente competente. Deste modo, no decorrer deste relatório procurou-se, com base no processo de enfermagem, prestar cuidados culturalmente competentes a clientes pediátricos em diferentes processos de saúde/doença, sustentados pela Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, pelo Modelo do Cuidado Culturalmente Competente de Campinha-Bacote e, também, pela Filosofia de Cuidados Centrados na Família.

O presente relatório reflete o desenvolvimento de competências específicas e comuns de EEESIP, recorrendo a uma metodologia reflexiva, com os seguintes objetivos gerais: 1) Desenvolver competências comuns e específicas de EEESIP que possibilitem a prestação de cuidados à criança, jovem e família nos processos de saúde e de doença, nas suas diferentes fases de desenvolvimento como nos mais diversos contextos de cuidados pediátricos; 2) Desenvolver a competência cultural no cuidar da criança/jovem e família imigrante, nos diferentes contextos pediátricos.

A análise crítica e reflexiva foi uma constante em todas atividades realizadas nos diferentes contextos de estágio, tendo-se evidenciando o desenvolvimento de competências, a contribuição de saberes e de estratégias no âmbito da enfermagem no que concerne a temática central do presente relatório e, por conseguinte, o desenvolvimento da enfermagem.

Palavras-Chave: Criança, Família, Competência Cultural, Enfermagem Transcultural, Cuidado Culturalmente Competente.

ABSTRACT

Nowadays, the borders between countries are more and more permeable and there is a great contact between different cultures due to the mobility of families. In this way, profound cultural, social, and technological mutations are increasingly being observed, leading to more and more varied societies at cultural level, and the Portuguese reality is no exception.

In recent years there has been a considerable increase of immigrants in Portugal, coming from countries such as Brazil, Portuguese speaking African countries and Asian countries such as Pakistan and Nepal. However, the differences brought by cultural diversity, more than the similarities, have significant implications regarding the relationship between the nurse, the child and his/her family, and may jeopardise the quality of care. Thus, efforts should be made to understand the cultural differences to reduce the possible cultural shock, while maintaining and respecting the families' cultural identity.

The constant and in-depth training constitutes an essential tool for understanding the complexity associated with multiculturalism and interculturalism, thus contributing to a culturally competent nursing care, integrated into the philosophy of care offered by the Campinha-Bacote's Model of Culturally Competent Care, Madeleine Leininger's Theory of the Diversity and Universality of Cultural Care and also the Philosophy of Family Centred Care.

The present report presents the entire pathway for the development of specific and common competencies of the EEESIP, using a reflective methodology, with the following objectives 1) Development of common and specific competencies of the EEESIP which enable the provision of care to children and young people as well as their families in health and disease processes, in their different developmental stages as well as in the most diverse paediatric care settings; 2) Development of multiculturally competent care to migrant children and young people and their families, in the different paediatric settings. The critical and reflective analysis was a constant factor in all activities carried out in the different internship contexts, thus highlighting the development of skills and the contribution of the best strategies in nursing about the main topic of this report.

Keywords: Child, Family, Cultural Competence, Cross-cultural Nursing, Culturally Competent Care.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
1. JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA.....	15
2. REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM.....	18
3. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	25
3.1. Competência e Competência Cultural	25
3.2. Cultura e Diversidade Cultural	27
3.3. Inibidores ao Desenvolvimento da Competência Cultural	30
4. METODOLOGIA	32
5. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL.....	35
5.1. Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais.....	35
5.2. Internamento de Pediatria	41
5.3. Consulta de Desenvolvimento Infantil.....	46
5.4. Unidade de Saúde Familiar	50
5.5. Serviço de Urgência Pediátrica.....	56
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67

ANEXOS

Anexo I - Curso de Suporte Básico de Vida

Anexo II - Triagem De Prioridades na Urgência

Anexo III - Orientação de Estudante da Licenciatura de Enfermagem

APÊNDICES

APÊNDICE I - Projeto de Estágio

APÊNDICE II - Sessão de Formação “Cuidar Multiculturalmente Competente em Saúde Infantil e Pediatria - Intervenção do Enfermeiro Especialista”

APÊNDICE III - Estudo de Caso

APÊNDICE IV - Reflexão - Internamento de Pediatria

APÊNDICE V - Reflexão - Consulta de Desenvolvimento Infantil

APÊNDICE VI - Reflexão - Unidade de Saúde Familiar

APÊNDICE VII - Sessão de Formação “Cuidar Multiculturalmente Competente em Saúde Infantil e Pediatria - Intervenção do Enfermeiro Especialista”

APÊNDICE VIII – Projeto do Folheto “Comunicação em Urgência Pediátrica num contexto Multicultural”

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 12º Curso de Mestrado na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. A sua realização teve como finalidade o desenvolvimento das competências científicas, técnicas, relacionais e comunicacionais para a prestação, gestão, e supervisão de cuidados de enfermagem especializados às crianças, jovens e, também, às suas famílias (ESEL, 2020).

Deste modo, no decorrer do presente documento será apresentado todo o percurso formativo realizado durante a implementação do projeto de estágio com o título “Cuidar Multiculturalmente Competente em Saúde Infantil e Pediatria - Intervenção do Enfermeiro Especialista”, tendo, deste modo, possibilitado o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista (EE) e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP). A realização deste relatório tem como finalidade demonstrar o percurso vivenciado, através da junção da teoria a prática de cuidados desenvolvida no decorrer dos estágios. Onde, foram sendo desenvolvidas e adquiridas competências necessárias para ser um EE e EEESIP.

Vivemos na era da globalização, onde as fronteiras são cada vez mais esbatidas e a mobilidade das famílias é altamente facilitada devido a uma sociedade em constante mutação, tanto ao nível cultural, como social e tecnológico; observando-se cada vez mais comunidades multiculturais, sendo esta a realidade portuguesa atual. De facto, nos últimos anos têm-se observado um aumento considerável de imigrantes em Portugal, oriundos de países como o Brasil, países africanos de língua oficial portuguesa e países asiáticos, nomeadamente do Paquistão e do Nepal.

Independentemente da sua proveniência a pessoa é e sempre será o centro dos cuidados de enfermagem. No entanto, as diferenças que a diversidade cultural transporta, mais do que as semelhanças, têm implicações significativas no que concerne à relação entre o enfermeiro, a criança e a sua família, podendo colocar em causa a qualidade da prestação de cuidados. O interesse pelo tema “*Cuidar Multiculturalmente Competente em Saúde Infantil e Pediatria*”, surge do facto de a autora do presente relatório de estágio ser, ela própria, uma imigrante, pretendendo assim, mitigar o aparecimento de barreiras na prestação de cuidados de enfermagem

relacionadas a raça, etnia, classe social, língua, padrões culturais, normas religiosas, entre outros.

Deste modo, será necessário desenvolver competências que permitam a compreensão das diferenças culturais, prevenir o possível choque cultural, respeitando a identidade cultural das famílias. A formação contínua constitui uma ferramenta essencial para a compreensão da complexidade associada à multiculturalidade e à interculturalidade, contribuindo assim para o cuidado de enfermagem culturalmente competente, integrado em teorias, modelos e filosofias de enfermagem, a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, o Modelo do Cuidado Culturalmente Competente de Campinha-Bacote, como e a Filosofia de Cuidados Centrados na Família.

A Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2010) considera que um Especialista é o enfermeiro com “conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (p.2). Assim, no âmbito da enfermagem, o desenvolvimento de competências é considerado essencial, não só para a evolução profissional, assim como para o desenvolvimento pessoal, através da consciencialização dos atos realizados e da reflexão das situações vividas.

Além da prestação de cuidados de enfermagem especializados numa determinada área, o enfermeiro especialista detém quatro domínios de competências comuns: “responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.3). Evidencia-se, assim, a importância da formação de enfermeiros especialistas (EE), uma vez que, têm havido diversas mudanças e rápida evolução científica e técnica, exigindo que o enfermeiro possua “conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

O presente relatório desenvolveu-se tendo como base uma metodologia reflexiva, cada vez mais aceite no seio da enfermagem, como um método de desenvolvimento profissional e agregador de conhecimento. Como refere Leite (2006), é esperado que um enfermeiro especialista seja um profissional reflexivo, ou seja, que seja capaz de mobilizar os seus conhecimentos e saberes adquiridos ao longo da sua experiência, de modo que a sua intervenção seja desenvolvida como um todo e com um nível elevado de qualidade. Neste relatório faz-se, então, a apresentação, organização e reflexão das atividades realizadas durante todo o processo de estágio, contribuindo, deste modo, ativamente para o desenvolvimento e aquisição de competências do Enfermeiro Especialista assim como, competências do EEESIP.

Para desenvolver as competências de EEESIP definiu-se dois objetivos gerais para o percurso formativo: 1) Desenvolver competências comuns e específicas de EEESIP que possibilitem a prestação de cuidados à criança, e jovem assim e família nos processos de saúde e de doença, nas suas diferentes fases de desenvolvimento como nos mais diversos contextos de cuidados pediátricos; 2) Desenvolver a competência cultural no cuidar da criança/jovem e família imigrante, nos diferentes contextos pediátricos.

As atividades para atingir objetivos definidos, foram desenvolvidas durante 18 semanas de estágio, num total de 450 horas, concretizado em diferentes contextos de cuidados pediátricos e de saúde infantil: Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais Serviço de Internamento de Pediatria Médica, Unidade de Saúde Familiar, Consulta de Desenvolvimento Infantil e Serviço de Urgência Pediátrica. As experiências vivenciadas nestes contextos, em conjunto com a prática reflexiva contínua permitiram a análise e o desenvolvimento de competências que caracterizam EE e do EEESIP que se encontram definidas pelo Regulamento n.º 140/2019 (2019) e no Regulamento n.º 422/2018 (2018) pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

Este relatório encontra-se organizado nos seguintes capítulos: introdução, a justificação da problemática, o referencial teórico de enfermagem, o enquadramento conceptual, a metodologia, o percurso de desenvolvimento profissional de aquisição de competências de EEESIP e, por fim, as considerações finais.

Para a pesquisa bibliográfica deste relatório realizou-se várias pesquisas em diferentes bases de dados como a MEDLINE, CINAHL, ScienceDirect, Google Académico, obras técnicas e literatura cinzenta.

Este relatório foi elaborado de acordo com as orientações do Regulamento de Mestrado da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL, 2019) e com o Guia Orientador para elaboração de trabalhos escritos da ESEL (Godinho, 2020), seguindo a norma de realização de citações em texto e referências bibliográficas da APA 7.^a edição.

1. JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

A problemática que sustenta o percurso formativo, surgiu da dificuldade observada, durante a minha experiência profissional, relativamente à comunicação entre os enfermeiros e o cliente pediátrico de diferentes culturas, colocando em causa, muitas vezes a qualidade de cuidados de saúde. O idioma geralmente constitui a principal barreira, não só junto de famílias que falam em idiomas diferentes do português, mas também em famílias brasileiras e dos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP) que, apesar de falarem português, o sotaque, as expressões e o significado de algumas palavras são profundamente diferentes.

Através de contatos informais com outros colegas enfermeiros, pude constatar que o sentimento era comum, ou seja, havia uma dificuldade percebida ao nível de comunicação com pessoas de outras culturas, devido aos diferentes idiomas, como já foi referido, mas também, por algum desconhecimento do modo como estas percecionam os processos de doença e saúde. Também ficou patente que este desconhecimento, podia ser devidamente colmatado através da aquisição de conhecimento sobre diferentes culturas, crenças, hábitos de vida e de saúde, assim como a adequação de estratégias de comunicação, tendo em conta as necessidades do cliente, corroborando o que é sugerido pela OE (2001, p.9) quando refere que “na gestão dos recursos de saúde, os enfermeiros promovem, paralelamente, a aprendizagem da forma de aumentar o repertório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde” (p. 9).

À medida que a sociedade se torna cada vez mais culturalmente diversificadas, a probabilidade de os profissionais de saúde prestarem cuidados a uma população cada vez mais culturalmente heterogenia aumentou significativamente. Na atualidade, observa-se um grande número de famílias de diferentes culturas que procuram cuidados de saúde nas instituições de saúde portuguesas, exigindo o desenvolvimento da competência cultural dos profissionais de saúde, para que possam oferecer cuidados de saúde culturalmente adequados.

De acordo com dados de 2019, presentes no Plano Nacional da Saúde 2021 – 2030, o número de imigrantes legais, ou seja, com estatuto legal de residentes em Portugal, ascende em 2019 aos 588.976 estrangeiros, cerca do dobro da população estrangeira que se encontrava registada em 2014. Em termos do país de origem, em 2019, e tendo em conta os países com maior representação, destaca-se, em primeiro

lugar, o Brasil, (25,6 % da totalidade da população estrangeira), países europeus como é o caso do Reino Unido, mas também países do leste da Europa, como a, Roménia, Ucrânia e República da Moldávia (que perfaziam, no conjunto, 17,0 % do total), alguns dos PALOP (Cabo Verde, Angola, Guiné-Bissau e São Tomé e Príncipe (no conjunto, 15,0 %) e a China (4,7 %). Cerca de metade desta população, 50.6%, encontra-se na Área Metropolitana de Lisboa, concentrando, especialmente, cidadãos oriundos do Brasil e dos PALOP, seguindo-se o Algarve, com 15,7%, especialmente imigrantes do Reino Unido. Já no Norte de Portugal, metade da população estrangeira aí a residir tinha nacionalidade brasileira e no Alentejo as nacionalidades mais frequentes identificadas foram a romena, ucraniana e moldava.

A necessidade de cuidados de saúde, é uma necessidade básica a qualquer ser humano, no entanto, para algumas populações existem desigualdades significativas, ao nível da acessibilidade e de qualidade dos cuidados de saúde, nomeadamente os imigrantes e refugiados (Guzder et al., 2013). O acesso à saúde constitui-se, assim num dos maiores desafios no que concerne à promoção da integração e inclusão das comunidades imigrantes, sendo que existem várias barreiras que são experienciadas pelos mesmos, nomeadamente (Almeida, 2018):

- Relacionadas com os serviços de saúde: disponibilidade, acessibilidade, organização e capacidade de resposta às necessidades da população imigrante;
- Relacionadas com os fatores individuais do imigrante: país de origem, tempo de residência, crenças culturais e atitudes face a doença e saúde, perceção sobre a necessidade de utilização dos serviços de saúde, experiências, expectativas e conhecimento;
- Relacionadas com os profissionais de saúde: dificuldades linguísticas, desconhecimento sobre determinantes culturais, postura dos profissionais, ausência de competências e desconhecimento sobre o enquadramento legal do acesso destas populações aos serviços.

A saúde dos imigrantes é, então, considerada por muitos especialistas como sendo uma temática central no âmbito das problemáticas políticas nacionais e internacionais, surgindo cada vez mais preocupações associadas aos efeitos dos processos de imigração na saúde das populações imigrantes (com especial atenção nos imigrantes em situação ilegal) e o impacto das migrações nos sistemas de saúde dos países de acolhimento (Fonseca e Silva, 2010). Por exemplo, a Câmara Municipal

de Lisboa (2018), identificou estratégias para a resolução de problemas relacionados aos cuidados de saúde da população imigrante, nomeadamente, a capacitação dos profissionais de saúde relativamente à prestação de cuidados da população imigrante. Onde, estes devem aprender a lidar com barreiras de conceitos, hábitos e sensibilidades, enquanto se disponibiliza intérpretes nas unidades de saúde e se promove a literacia em saúde nas diversas comunidades imigrantes.

É neste sentido, e tendo em conta um contexto cada vez mais globalizado das sociedades atuais que surge a enfermagem transcultural. Segundo Okeya (2021) a enfermagem transcultural é uma área essencial de estudo e prática centrada nas crenças de cuidados culturais, valores e formas de vida dos clientes dos serviços de saúde, com o intuito de ajudar na manutenção e recuperação da sua saúde. Ou seja, essencialmente, a enfermagem transcultural concentra-se na compreensão das culturas e das suas necessidades e especificidades de cuidados, permitindo providenciar cuidados que se adaptem à vida dos clientes (Okeya, 2021).

A enfermagem transcultural vai, então, permitir que o enfermeiro desenvolva uma visão abrangente e holística do cuidar, ao estudar o comportamento humano na perspetiva dos diferentes contextos culturais. Brito et al. (2015), ressalta a importância de se encarar a diversidade cultural como algo positivo e enriquecedor, contudo, assumir que este tipo de diversidade constitui um desafio no âmbito da prestação de cuidados. De acordo com Moreira e Motta (2016) é fundamental que o enfermeiro desenvolva a competência cultural para que exerça funções com competência, em contextos em que exista uma diversidade cultural cada vez mais presente.

No entanto, temos de estar conscientes de que a competência cultural apenas pode ser desenvolvida se os enfermeiros estiverem disponíveis para a compreensão de outras culturas, intervindo com uma postura flexível, de aceitação e respeito pelo próximo. Para Fontana (2019) é através da compreensão e do exercício profissional do cuidado culturalmente competente que é possível respeitar os direitos de igualdade e equidade nos cuidados de saúde.

2. REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM

Para a elaboração do presente relatório de estágio foi utilizado como quadro conceptual de enfermagem a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, Modelo do Cuidado Culturalmente Competente de Campinha-Bacote e, também, a Filosofia de Cuidados Centrados na Família (CCF) que servirão de orientação para a aquisição de competências comuns e específicas do EEESIP.

As diferentes teorias e modelos de competência cultural no âmbito da enfermagem, ao relacionarem os conceitos de cuidado e de saúde com o conceito de cultura, procuram servir de suporte para o desenvolvimento do conhecimento que oriente e fundamente a prática clínica dos enfermeiros a trabalhar em contextos multiculturais (Vandenberg, 2010).

Uma das principais teorias desenvolvidas no âmbito das competências culturais em enfermagem é a **Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural**, também conhecida pela *Teoria da Enfermagem Transcultural*, desenvolvida por Madeleine Leininger com a finalidade de se prestar um cuidado “culturalmente coerente e responsável que seja razoavelmente adequado às necessidades de cultura, valores, crenças e realidades do modo de vida do cliente” (Welch, 2004, p.569). A Enfermagem Transcultural é, portanto, a área da enfermagem que estuda e compara as diferentes culturas, no que concerne ao comportamento e às atitudes relacionadas com a saúde, mais especificamente com os cuidados de enfermagem (Leininger, 1990; Leininger, 1991), com a finalidade de se conceber uma estrutura de conhecimento científico, mas também, humanizado com a capacidade de implementar uma prática de cuidados universal e culturalmente específica (Moura et al., 2005).

Na Enfermagem Transcultural há que ter em consideração que a saúde é uma condução estabelecida culturalmente, ou seja, definida pelas construções sociais e pessoais dos diferentes contextos etnoculturais (Purnell e Paulanka, 2010). Só as decisões tomadas de forma culturalmente competente, pelos enfermeiros, é que possibilitam às famílias com uma cultura diferente da cultura dominante, praticarem as suas atividades de forma culturalmente definida, garantindo, deste modo, o seu bem-estar, restabelecendo-as de situações de doença e lidando com situações limite como a morte (Crespo et al., 2014).

A teoria desenvolvida por Leininger é conhecida por teoria da diversidade e da universalidade. Da diversidade uma vez que, de acordo com Leininger, todos os indivíduos que se encontrem integrados numa determinada cultura possuem crenças, costumes, hábitos e modos de vida que são específicas à sua cultura. Já a universalidade refere-se ao facto de que todas as culturas apresentarem algumas características comuns (McFarland, 2018).

O conceito de cuidado adquire uma importância primordial na teoria desenvolvida por Leininger, pois, de acordo com a autora, os cuidados são a essência ou o foco central da enfermagem que requer que o ambiente cultural, além de compreendido, seja também utilizado (Leininger, 1991). Neste sentido, a autora apresentou os conceitos metaparadigmáticos que suportam a sua teoria: pessoa, enfermagem, saúde e ambiente.

Em vez de pessoa, o termo utilizado foi humano, indo de encontro ao facto de que muitas culturas não ocidentais não utilizarem o termo pessoa, sendo, portanto, termo humano mais aceite transculturalmente. Já a enfermagem, nesta teoria é conceitualizada como uma profissão humanista apreendida, que tem como principal foco os cuidados humanos que permitem que indivíduos ou grupos de indivíduos sejam capazes de recuperar o seu bem-estar ou enfrentar situações complicadas (McFarland, 2018).

O conceito de saúde é determinado como um estado de bem-estar definido culturalmente, que deve ser mantido de forma que os indivíduos sejam capazes de desenvolver as suas atividades diárias de dentro da normalidade. Por fim, a autora reconheceu, também, a influência do ambiente na saúde, afirmando que esta é uma construção que representa uma situação ou experiência que afeta as interpretações individuais e as interações sociais num determinado contexto cultural (Leininger, 1991).

A Teoria da Enfermagem Transcultural defende que tanto os enfermeiros como os pacientes apresentam padrões culturais e práticas específicas, sendo que por vezes os padrões dos enfermeiros diferem dos padrões dos clientes, podendo originar uma incongruência entre os cuidados que são necessários e os cuidados que são efetivamente prestados. A literatura revela que a maioria dos enfermeiros possui conhecimentos insuficientes no que concerne à diversidade e universalidade das culturas, levando, muitas vezes, a que prestem cuidados de saúde ineficazes

(McFarland e Leininger, 2018). Para colmatar este facto, a referida teoria, destaca conceitos simples e possíveis de serem mobilizados pelos enfermeiros em diferentes contextos socioculturais.

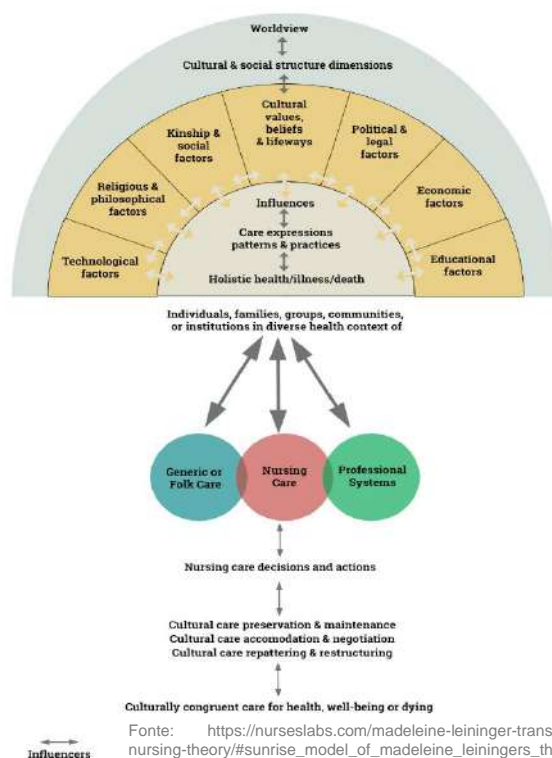
Pela sua contemporaneidade, esta é uma teoria que continua a ser aplicada em investigações a nível mundial, dando um cariz global e transcultural à prática da enfermagem. Neste sentido, e para complementar a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, Leininger (2006) desenvolveu o chamado Modelo *Sunrise* (Modelo “Nascer do Sol”) (figura 1), concebido para servir como um quadro holístico orientador, permitindo aos investigadores explorar vários aspetos relevantes relacionados com os princípios teóricos da Teoria da Enfermagem Transcultural.

Como se pode observar, o modelo é bastante distinto relativamente aos diferentes elementos descritos na teoria. Contudo, o modelo *sunrise* não reproduz exatamente a teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural, mas sim apresenta aspetos que necessitam de estudo relativamente aos diferentes componentes da teoria e dos fenómenos específicos da transculturalidade.

Outro dos elementos de quadro concetual mobilizado no presente relatório de estágio é o **Modelo do Cuidado Culturalmente Competente de Campinha-Bacote** (2002), um dos vários modelos teóricos que deriva da teoria apresentada anteriormente.

Este modelo olha para a competência cultural como sendo um processo em que o prestador de cuidados de enfermagem, desenvolve um esforço contínuo para alcançar a capacidade de efetuar o seu trabalho dentro do contexto cultural do cliente, tanto ao nível individual, familiar como a nível comunitário. O autor refere que, este modelo requer que os prestadores de cuidados de saúde façam uma autoanálise da

Figura 1 - Modelo Sunrise de Madeleine Leininger



sua intervenção, estando a tornarem-se progressivamente culturalmente competentes em vez de se considerarem já culturalmente competentes (Campinha-Bacote, 2002).

Este processo envolve a integração de várias dimensões, como a consciência, o conhecimento cultural, a habilidade cultural, os encontros culturais e o desejo cultural que serão apresentados com mais pormenor posteriormente. Pode-se, então, considerar os seguintes pressupostos do modelo (Campinha-Bacote, 2002):

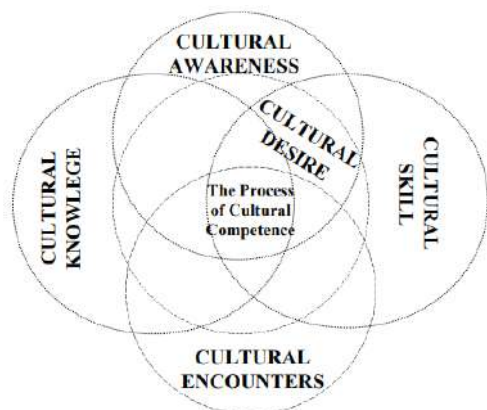
1. A competência cultural não é um evento, mas sim um processo contínuo.
2. A competência cultural implica o desenvolvimento e construção de cinco dimensões: a consciência cultural, o conhecimento cultural, a habilidade cultural, os encontros culturais e o desejo cultural.
3. Existe mais variações dentro de grupos étnicos do que entre grupos étnicos.
4. Verifica-se uma relação direta entre o nível de competência dos prestadores e cuidadores de saúde e a sua capacidade de proporcionar cuidados de saúde culturalmente adequados.
5. A competência cultural é uma componente essencial na prestação de serviços eficazes e culturalmente recetivos a serviços culturais a clientes etnicamente diversos.

Relativamente às dimensões do modelo em causa, a consciência cultural surge quando o enfermeiro se torna sensível aos valores, crenças, estilo de vida e práticas culturais do seu cliente, explorando, ao mesmo tempo os seus próprios valores, preconceitos e estereótipos. Quando o enfermeiro se torna culturalmente consciente, este encontra-se ciente da sua própria identificação cultural, crenças, valores, suposições e pontos de vista sobre a diferença e a diversidade, onde se devem incluir os próprios estereótipos e preconceitos. O conhecimento cultural, processo no qual o enfermeiro aprende sobre outras culturas e sobre as diferentes visões que as pessoas de outras culturas têm relativamente ao mundo. A compreensão dos valores, das práticas, crenças e estratégias de resolução de problemas de grupos culturalmente e etnicamente diversos permite que os enfermeiros ganhem confiança nos seus encontros com clientes culturalmente diferentes. Para tal Campinha-Bacote (2011) refere que é necessária a identificação dos elementos culturais que definem, influenciam os comportamentos, atitudes e valores fundamentais, onde se destacam a religião, a raça/etnia, a história, a

nacionalidade, a família, sistema educacional, mídia, economia, profissão e linguagem. A habilidade cultural encontra-se relacionada com a realização da avaliação cultural, tendo como base os conhecimentos culturais adquiridos. Deste modo, o enfermeiro será capaz de realizar a avaliação cultural em parceria com o cliente, encontrando-se continuamente a desenvolver e a aperfeiçoar um conjunto de competências, tanto pessoais como profissionais, que permitem a compreensão, comunicação e interação eficaz com pessoas de outras nacionalidades, culturas, religião, etnias, estatutos socioeconómicos, raça, género e orientação sexual. Os encontros culturais constituem o processo que proporciona uma exposição experimental primária a interações culturais cruzadas com pessoas que são culturalmente e ou etnicamente diferentes de si próprios. Deste modo, num encontro cultural competente, o enfermeiro encontra-se consciente da sua própria identidade cultural, crenças valores suposições e preconceitos, devendo estar, também, consciente da diversidade e especificidades das outras culturas. O desejo cultural, representa a automotivação dos indivíduos e organizações para desenvolver formações relativamente ao processo de desenvolvimento da competência cultural (Campinha-Bacote, 2011).

As dimensões apresentadas são interdependentes, sendo que, as cinco devem ser abordadas e experimentadas, sendo que este pode trabalhar qualquer uma destas dimensões de modo a melhorar o equilíbrio relacional entre todos. No entanto, é a intersecção destas construções que retrata o verdadeiro processo de competência cultural. À medida que a área de intersecção das dimensões aumenta, é sinal de que as construções em que as competências culturais se baseiam encontram cada vez mais internalizadas (figura 2).

Figura 2 - O Processo de Competência Cultural



Fonte: Campinha-Bacote, 2002, p.183

O último dos elementos do quadro conceitual do presente relatório de estágio é a **Filosofia de Cuidados Centrados na Família**. O enfermeiro necessita de ter conhecimento da definição do conceito de família, uma vez que é um conceito complexo, podendo ter vários significados que diferem de pessoa para pessoa e de cultura para cultura. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS,

2016) o conceito de família não pode ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adoção, qualquer grupo cujas ligações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum, deve ser considerado como uma família.

Tendo em conta a importância da família surgiu em enfermagem a Filosofia dos Cuidados Centrados na Família. A abordagem central desta filosofia é a compreensão de que as famílias as crianças formam uma unidade que não deve ser dividida, sendo que a família desempenha um papel vital na garantia da saúde e bem-estar das suas crianças (Sellán et al., 2018). Este movimento surgiu do reconhecimento de que a separação dos pais e das crianças durante a hospitalização é responsável por danos significativos nas mesmas. Para contrariar esta situação esta filosofia propôs a tomada de decisões partilhada, as hospitalizações conjuntas, as portas abertas (visita/ acompanhamento 24 horas), as visitas dos irmãos, a gestão da dor, a lactação e o apoio à amamentação foram gradualmente permitidas e estimuladas (Séllan et al., 2018).

O Institute for Patient and Family-Centered Care (IPFCC, 2022) define os cuidados centrados na família como parcerias mutuamente benéficas entre prestadores de cuidados de saúde, pacientes e famílias no planeamento, prestação e avaliação de cuidados de saúde. Já, Hockenberry e Barrera (2014) definem os cuidados centrados na família como um sistema organizado de cuidados de saúde, educação e serviços sociais oferecidos às famílias, permitindo o desenvolvimento de cuidados coordenados entre sistemas. Os princípios desta filosofia são os seguintes (Davidson et al., 2017): Escutar e respeitar cada criança e sua família, tendo em conta as suas diferenças sociais, culturais, étnicas, entre outras; Assegurar que as políticas e práticas das organizações de saúde possam ser adaptadas às necessidades, crenças e valores de cada criança e da sua família, favorecendo sempre as suas escolhas no que respeita às abordagens aos cuidados; Partilhar a informação de forma completa, honesta e imparcial, permitindo, deste modo, facilitar a tomada de decisão por parte das famílias; Reconhecer e aproveitar os pontos fortes das crianças e das suas famílias, permitindo que estas descubram os seus pontos fortes. É muito importante o desenvolvimento de uma relação de colaboração em todos os níveis dos cuidados de saúde.

De acordo com a filosofia de cuidados centrados na família, descrita por Hockenberry e Barrera (2014), a família e a criança são inseparáveis, e esta relação deve ser apoiada e incentivada pelos profissionais de saúde, que devem também, reconhecer as diversidades inerentes a cada família. Os profissionais de saúde devem capacitar a família, de forma que as suas habilidades para cuidar das crianças sejam melhoradas e sejam também, adquiridas novas competências, de acordo com a necessidade de cuidados. Ainda na filosofia de cuidados centrados na família, esta descrito a importância do empoderamento da família, onde os profissionais de saúde proporcionam um sentido de controle para a família, de forma que estas sintam que controlam as ações e a valorização das suas habilidades. Hockenberry e Barrera (2014),

Deste modo, e para o bem-estar da criança, os cuidados centrados na família devem desenvolver uma parceria essencial e significativa com a família, nomeadamente, com os pais da criança, de modo a assegurar cuidados mais seguros, de qualidade e satisfatórios, com os melhores resultados possíveis. É vital que a interação entre enfermeiros e pais ocorram em todas as fases da do processo de saúde, sendo que, a um nível mais amplo, as políticas, diretrizes e programas de saúde devem refletir e apoiar o compromisso de promover esta parceria na prestação de cuidados (Quiroga, 2018).

3. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Neste capítulo serão abordados os conceitos centrais da temática em estudo, nomeadamente: competência, competência cultural, cultura, diversidade cultural, estereótipo, preconceito e choque cultural. Também serão descritos os elementos inibidores ao desenvolvimento da competência cultural.

3.1. Competência e Competência Cultural

Ao longo dos anos, o conceito de competência tem-se constituído como objeto de estudo de vários investigadores e académicos, sendo abordado em várias áreas científicas devido à sua importância no âmbito do desempenho humano.

A definição apresentada por Câmara (2016) refere que as competências dizem respeito a um conjunto de qualidades e comportamentos que mobilizam os conhecimentos técnicos do indivíduo, originando perfis de elevado desempenho, por exemplo, durante o processo de ensino/aprendizagem ou em contexto laboral. Normalmente, as competências podem ser classificadas em três grandes grupos: Comportamentais e Pessoais; Liderança e Gestão e Técnicas e Profissionais.

As competências pessoais, dizem respeito às aptidões individuais de cada pessoa. No entanto, geralmente não se trata de saber se se tem tal competência, mas sim o quanto forte é no indivíduo o seu desempenho na sua área profissional. As competências pessoais relacionam-se com valores e atitudes particulares. Estas, por sua vez, influenciam o comportamento em situações da vida (Madriz & Parra, 2016). Resiliência, autoconhecimento, autoconfiança, pensamento analítico, consciência do risco, etc. são algumas das "competências transversais" mais necessárias para uma vida equilibrada, tanto ao nível pessoal como profissional.

A construção de competência profissional relaciona-se com a aquisição de habilitações académicas e com os processos de aprendizagem informal que decorrem da experiência profissional. No âmbito do trabalho que se apresenta, a competência profissional está interligada com a aquisição de aptidões/habilidades adequadas à execução de determinadas tarefas ou com a capacidade de decidir. Tendo em conta o preconizado por Simões e Borges (2013), a formação/qualificação ganha destaque no âmbito das organizações do terceiro setor, com o intuito de as mesmas, serem constituídas por colaboradores com mais conhecimento e qualidades ao nível

comportamental, de forma a ficarem aptos para resolver os problemas que os envolvem.

Os conhecimentos acadêmicos e as experiências em contexto de trabalho que tornam os sujeitos aptos para desempenharem as suas funções, são as componentes que constituem as competências, sendo que, as mesmas estão relacionadas com os conhecimentos, com as habilidades para desenvolver as tarefas, e com as atitudes. A junção destas componentes de forma estratégica irá permitir a prossecução com sucesso dos objetivos delineados pela organização (Müller, 2021). As competências académicas são, então, necessárias para que os estudantes concluam com sucesso os seus estudos, criem uma carreira, e serem capazes de aprender ao longo da vida e da atividade profissional.

Ceutil (2010), divide competências em competências transversais e competências específicas. As competências transversais são aquelas que podem ser aplicadas a diversas tarefas, ou seja, não são específicas apenas para uma. São exemplo de competências transversais a capacidade de trabalhar em equipa, a liderança, a comunicação, entre outras. Já as competências específicas, tal como o próprio nome sugere encontram-se diretamente relacionadas com a execução de uma determinada tarefa ou função. Existem, assim, cinco componentes fundamentais para que o indivíduo consiga desenvolver os comportamentos associados às competências constituintes do perfil de exigência, a saber (Ceutil, 2010):

1. O saber, que corresponde aos conhecimentos;
2. O saber-fazer, que diz respeito às habilidades e destrezas que o indivíduo possui;
3. O saber-estar, que se relaciona com os comportamentos, interesses e atitudes;
4. O querer-fazer, que consiste na motivação;
5. O poder fazer, que diz respeito à agregação de recursos e meios necessários para o desempenho de determinados comportamentos ligados com a execução da tarefa ou da função.

Se o indivíduo não apresentar estas cinco componentes, terá um vazio ao nível das suas competências, sendo da sua responsabilidade o preenchimento deste vazio da forma mais adequada, atendo ao perfil de exigência em causa.

No âmbito da prática de enfermagem num mundo globalizado, as competências culturais são muito relevantes. Segundo Papadopoulos (2006), a competência cultural é um processo contínuo que o indivíduo se compromete a desenvolver ao longo da sua vida, comprometendo-se a melhorar continuamente a sua capacidade de prestar cuidados sociais e de saúde eficazes, considerando a grande diversidade cultural, atitudes e necessidades das pessoas, para além dos efeitos que as estruturas sociais e organizacionais podem ter sobre elas. Campinha-Bacote (2011) descreve as competências culturais não como algo adquirido e estagnado, mas sim um processo em constante desenvolvimento com o objetivo de se atingir a capacidade e aptidões para trabalhar eficazmente com grupos e comunidades culturalmente diversos, com consciência, respeito pessoal e profissional pelas particularidades culturais dos outros, quer pelas suas diferenças como pelas suas semelhanças.

De acordo com Jirwe (2008) os cuidados prestados por parte dos enfermeiros devem ser sempre culturalmente competentes, independentemente da cultura e dos antecedentes culturais dos clientes. Neste sentido, a competência cultural aparece como uma importante ferramenta para avaliar, planear e implementar cuidados de enfermagem adequados e de qualidade em comunidades e sociedades etnicamente diversas, devendo os enfermeiros ter competências sobre as principais culturas que constituem o contexto onde presta cuidados (Jirwe, 2008).

A aquisição de competências culturais em enfermagem compreende diferentes prestadores de cuidados de saúde, agências e organizações adequadas, de modo a reconhecer e responder aqueles cuja identidade cultural difere da cultura ~~dominante~~ dominante. O conhecimento das perspetivas culturais dos clientes permite que os enfermeiros prestem cuidados holísticos, enquanto prestam cuidados culturalmente congruentes (Prosen, 2014).

3.2. Cultura e Diversidade Cultural

Definir o termo cultura constitui um desafio, uma vez que esta definição pode variar de acordo com o contexto onde se aplica. De um modo geral, a cultura consiste em formas padronizadas de pensar, de sentir, de reagir, sendo adquirida e transmitida principalmente por símbolos, que constituem as realizações distintivas dos grupos humanos, incluindo as suas personificações em artefactos, sendo que o núcleo

essencial da cultura consiste nas ideias tradicionais, construídas e selecionadas historicamente, assim como nos valores a elas associadas (Lebrón, 2013).

A cultura refere-se, então, à sociedade e ao seu modo e vida, definindo-se como um conjunto de valores e crenças ou como um conjunto de comportamentos apreendidos que são partilhados com os outros numa determinada sociedade, dando, deste modo, um sentido de pertença e de identidade ao indivíduo. (Lebrón, 2013).

A cultura pode ser definida como o conjunto de valores, crenças e pressupostos acerca da vida, que normalmente são mantidos entre um grupo de pessoas, e são posteriormente transmitidos através de novas gerações. McFarland & Wehbe-Alamah (2018). Para Purnell (2010) a cultura pode ser entendida “como sendo a totalidade de padrões comportamentais socialmente transmitidos, as artes, as crenças, os valores, os costumes, as formas de vida, e todos os outros produtos de trabalho humano e características de pensamento de uma população que orienta a sua visão do mundo e as suas tomadas de decisão” (Purnell, 2010). Já para Geertz (2018), a cultura pode ser entendida como um conjunto de símbolos, normas e valores que são partilhados e herdadas, que caracterizam um determinado grupo de pessoas.

A cultura é algo bastante complexo, operando a vários níveis, sendo um elemento essencial para a compreensão dos sistemas sociais uma vez que a cultura influencia tanto as normas e os valores de tais sistemas, como o comportamento dos grupos nas suas variadas interações dentro e através dos mais variados sistemas a que pertencem. (Kanungo, 2006)

As diferenças culturais manifestam-se de vários modos. De forma a identificar estas manifestações Schein (2010) analisou a cultura tendo em conta três níveis, dos quais o fenómeno cultural é visível ao observador:

1. Artefactos: inclui todos os fenómenos que são vistos, ouvidos e sentidos quando um indivíduo se confronta com uma nova cultura, onde se incluem produtos visíveis tais como a arquitetura do seu ambiente físico, a linguagem, a tecnologia, os seus produtos, estilos de vida, entre outros. A este nível, a cultura é facilmente observada, mas dificilmente decifrada.

2. Valores: dizem respeito aos valores declarados responsáveis pelas regras do comportamento, valendo tanto para os próprios indivíduos como para os outros. Toda a aprendizagem em sociedade ou grupo acaba por refletir as crenças e os valores originais de alguém.

3. Pressupostos: dizem respeito à essência de cada cultura. Estes podem ser definidos como comportamentos profundamente enraizados, normalmente inconscientes, mas constituindo a base para o desenvolvimento de uma determinada cultura.

Após a descrição do significado do conceito de cultura, é essencial definir o conceito de diversidade cultural, que pode ser definida como a diferença visível e secreta entre pessoas que pertencem a diferentes grupos, com crenças, valores, linguagem, padrões gerais de comportamento e características físicas, assim como, modos de vida dos membros de uma sociedade, incluindo o modo como se vestem, as suas formas de casamento e de família, os seus padrões de trabalho, cerimônias religiosas e atividades de lazer (Giddens, 2014). A globalização contribuiu amplamente para o enriquecimento de diferentes grupos de pessoas com diferentes culturas em todo o mundo. O conceito de diversidade inclui respeito e aceitação, ou seja, reconhecer que todos são únicos e que se deve reconhecer as suas diferenças. As diferenças que constituem a diversidade cultural incluem dimensões como a raça, etnia, género, orientação sexual, estatuto socioeconómico. Idade, capacidades físicas, crenças religiosas, crenças políticas outras ideologias (Patrick & Kumar, 2012).

A diversidade apresenta diversas dimensões, conferindo-lhe um carácter bastante complexo. No seu trabalho Mateescu (2018) descreve as diferentes dimensões da diversidade, tais como as dimensões primárias, que incluem as diferenças inatas, como idade, raça, etnia, sexo e incapacidade. Estas dimensões dão forma a uma autoimagem básica do indivíduo e às suas visões fundamentais sobre o mundo. A dimensão secundária relaciona-se com a religião, crenças, antecedentes familiares, orientação sexual, estilo de vida e educação, entre outros (Mateescu, 2018). Mazur (2020) explica que esta dimensão secundária é menos visível e tem um impacto na autoestima e na sua autodefinição. Finalmente, as dimensões terciárias baseiam-se em crenças, suposições, perceções, atitudes, sentimentos e valores, sendo que estas dimensões, são resultados de momentos históricos vivenciados (Mateescu, 2018; Mazur, 2020).

Na declaração universal sobre a diversidade cultural, a UNESCO (2002, p3) considera que:

“A cultura adquire formas diversas através do tempo e do espaço. Essa diversidade manifesta-se na originalidade e na pluralidade de identidades que

caracterizam os grupos e as sociedades que compõem a humanidade. Fonte de intercâmbios, de inovação e de criatividade, a diversidade cultural é, para o gênero humano, tão necessária como a diversidade biológica para a natureza. Nesse sentido, constitui o patrimônio comum da humanidade e deve ser reconhecida e consolidada em benefício das gerações presentes e futuras.

Associa-se, portanto, a diversidade cultural à diferença, à variedade e à pluralidade, sendo que todos os indivíduos são, efetivamente diferentes, com a sua cultura e formas de ver o mundo, devendo-se, por isso, e num mundo cada vez mais globalizado, desenvolver o respeito, a tolerância e a aceitação relativamente à diferença.

3.3. Inibidores ao Desenvolvimento da Competência Cultural

O desenvolvimento da competência cultural encontra determinados obstáculos que poderá dificultar o processo, entre estes encontram-se os inibidores ao desenvolvimento da competência cultural; sendo os mais comuns, o preconceito, a estereotipagem, o racismo, o etnocentrismo, a imposição cultural, o conflito cultural e o choque cultural.

Um estereótipo pode ser definido como sendo uma crença amplamente disseminada, simplificada e essencialista acerca de um determinado grupo específico. De um modo geral, os grupos são estereotipados tendo como base o sexo, identidade de género, raça e etnia, nacionalidade, idade, estatuto socioeconómico, língua, entre outros. Os estereótipos estão profundamente enraizados nas instituições sociais e na cultura dominante. São frequentemente evidentes, até mesmo durante as etapas iniciais da infância, influenciando e moldando a forma como as pessoas interagem umas com as outras (Rommes, 2006). O estereótipo também é definido como uma série de predicados fixos que são atribuídos ao objeto, isto é, a ideia preconcebida, padronizada e generalizada de que uma pessoa, só porque pertencer a um determinado grupo, é de delimitada forma ou possui determinadas características (Maia & Cerqueira-Santos, 2019).

O preconceito pode ser entendido como uma atitude negativa ou hostil face a determinado grupo e é assente em generalizações distorcidas ou incompletas (Aronson, 1999). Pereira et al. (2003), existem dois tipos de preconceitos: o preconceito clássico, aquele que se manifesta através de uma expressão de atitudes

e comportamentos hostis perante determinado grupo; e um novo preconceito em que a sua expressão é manifestada de forma menos aberta e mais encoberta. Efetivamente, o preconceito aporta vários elementos, como a atribuição de características, comportamentos e julgamentos; a generalização das características, as quais são atribuídas, de igual forma, a todos os elementos que pertencem a um mesmo grupo.

O choque cultural remete, essencialmente, para a distância cultural existente entre a cultura de origem e a cultura de destino. De acordo com Avril e Magnini (2007), este tipo de choque resulta de diversas reações que são induzidas pelo *stress*, as quais apresentam efeitos nos vários comportamentos do indivíduo, derivando, sobretudo, de situações de incerteza, com as quais se depara de um modo constante. Já em 2004, Briscoe e Schuler consideravam que o choque cultural consiste no conjunto de respostas emocionais e psicológicas decorrentes da experiência do indivíduo, nomeadamente quando se verifica uma compreensão e conhecimento bastante reduzidos da nova cultura. Assim, o choque cultural ocorre quando se verificam atitudes inapropriadas, as quais são acompanhadas por manifestações negativas, tal como é a ansiedade, a frustração, a depressão ou a raiva (Briscoe e Schuler, 2004).

No âmbito dos cuidados de saúde, os diferentes aspetos culturais e sociais podem gerar dificuldades ou até mesmo, constituírem-se como obstáculos. Uma vez que, o modo de conceber a saúde e doença nas diferentes culturas podem ser distintos, destaca-se ainda, as dificuldades que os enfermeiros têm em lidar com pessoas de diferentes culturas, nomeadamente ao nível linguístico e comunicacional, relacional e cultural (Ramos, 2016).

Junto dos enfermeiros são vários os fatores que podem contribuir para o surgimento de reações negativas, tais como, a associação das diferentes culturas a estereótipos e preconceitos, discriminação, assim como frustração e rejeição de cuidados por parte do enfermeiro, por nível insuficiente de competência cultural (Ramos, 2016). Muitas destes comportamentos e atitudes tem como causa as barreiras linguísticas que, naturalmente, impedem o desenvolvimento de uma comunicação mais eficaz.

4. METODOLOGIA

Coutinho (2020) refere-se que a metodologia tem um sentido mais amplo que o “método”, consistindo, assim, num conjunto dos métodos e técnicas que orientam a elaboração do processo de investigação científica; reforçando que se trata de um plano criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas aos objetivos propostos. Desta forma, a metodologia é por isso, os métodos e as técnicas utilizadas para estudar determinado fenómeno, sendo que, estas vão sempre depender do tipo de trabalho que se pretende realizar. Tratando-se este trabalho de um relatório de estágio, a metodologia selecionada é a do Ciclo PDCA: Plan, Do, Check e Act/Adjust, proposta pela Ordem dos Enfermeiros (2013).

A primeira etapa, “Plan” (planeamento) diz respeito à fase onde se procede à identificação e compreensão do problema. Na segunda fase “Do” (fazer) vai ser aplicado e concretizado tudo o que foi considerado na fase de planeamento, executando-se, deste modo, as tarefas e atividades propostas. Na etapa seguinte “Check” (verificar) serão avaliados os resultados recorrendo para tal à prática de análise reflexiva, realizando-se, o relatório final. Por último, na etapa “Act/Adjust” (atuar/ajustar) vai-se partilhar o conhecimento obtido com todo o processo formativo com a restante equipa de enfermagem, de forma a contribuir para mudança e para a melhoria dos cuidados, desenvolvendo-se, assim, cuidados culturalmente congruentes. É também nesta última fase que se divulga o conhecimento obtido com a comunidade científica.

Fazendo o paralelismo entre a apresentação do ciclo PDCA e o percurso formativo realizado, pode-se dizer que na etapa “Plan”, o primeiro passo foi a identificação e descrição da problemática a desenvolver, sendo que, para a sua compreensão e justificação realizaram-se várias pesquisas em bases de dados científicas, sobretudo, na MEDLINE e CINAHL e, também, em livros de autores de referência de enfermagem e de outras disciplinas afins. Atualmente, o processo de enfermagem está em permanente evolução como resultado das alterações metodológicas adotadas pela comunidade científica. Desta forma, o processo de enfermagem desenvolve-se em diversas etapas, nomeadamente na apreciação do cliente, no diagnóstico, no planeamento, na execução e na avaliação da eficácia da intervenção; sustentadas na evidência científica e na sua aplicação. Com a utilização desta metodologia foi possível proporcionar cuidados de saúde científicos e

humanizados, de forma a melhorar organização clínica, ao conciliar a teoria e a prática de enfermagem, resultando em cuidados de enfermagem otimizados baseados na evidência científica, tendo como objetivo principal a transformar de forma interativa e recíproca dos atores que prestam o cuidado no processo de satisfação de necessidades dos clientes (Toney-Butler & Thayer, 2020).

No decorrer da referida pesquisa bibliográfica foi possível fazer o enquadramento de todo o projeto num referencial teórico de enfermagem, anteriormente apresentado, de modo que a prática dos cuidados e a reflexão sobre estes fossem devidamente sustentados cientificamente. Assim, após a identificação da problemática, a da sua conceção teórica e análise das competências comuns e específicas do enfermeiro especialistas, definiu-se os seguintes objetivos gerais e específicos do presente projeto de estágio:

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

1.1. Compreender a cultura organizacional, a filosofia de cuidados e a prática diferenciada de cuidados do EESIP nos vários contextos de saúde;

1.2. Desenvolver competências referentes ao processo de crescimento e desenvolvimento da criança/jovem e família;

1.3. Desenvolver competências no âmbito das doenças frequentes e situações de risco que possam afetar a criança/jovem e família;

1.4. Desenvolver competências de comunicação adequadas ao estádio de desenvolvimento e à cultura da criança/jovem e família;

1.5. Prestar cuidados à criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;

1.6. Assistir à criança/jovem e família na maximização da sua saúde.

2. Objetivo geral: Desenvolver competências no âmbito do cuidar da criança/jovem e família de diversas origens culturais, nos diferentes contextos pediátricos.

2.1. Prestar cuidados à criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;

2.2. Implementar estratégias de intervenção ao nível da promoção de comportamentos de saúde saudáveis à criança, adolescente e família de origem imigrante.

Na etapa seguinte, correspondente ao “Do”, e tendo como base os objetivos definidos anteriormente, foram definidas as atividades a realizar, considerando os contextos de estágio definidos, que integraram o presente percurso formativo, sendo estes: numa Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais (UCN), num Serviço de Internamento de Pediatria (SIP), numa Consulta de Desenvolvimento Infantil (CDI), numa Unidade de Saúde Familiar (USF) e no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP).

Na terceira fase, correspondente à fase do “Check” foi realizada a avaliação dos resultados no que concerne à aquisição de competências comuns e específicas do EEESIP, recorrendo para tal à prática reflexiva. Esta fase correspondeu à fase final do estágio, onde se refletiu sobre todas as experiências vivenciadas, tendo fundamentos na evidência científica. Nesta etapa foi, então, concretizado o presente relatório de estágio.

Por fim, na quarta e última etapa “Act/Adjust”, desenvolveram-se atividades para disseminação do conhecimento dirigidas às equipas de enfermagem, tendo como finalidade a formação das mesmas, de forma que sejam implementadas mudanças no âmbito do cuidado de enfermagem e, assim, melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem que são prestados a crianças/jovens e famílias de diferentes culturas. Esta etapa encontra-se especialmente refletida no capítulo da conclusão, nomeadamente no que respeita aos projetos futuros a realizar, mas também nas atividades de formações que foram realizadas, direcionadas às equipas multidisciplinares, em especial à equipa de enfermagem.

5. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

No decorrer deste capítulo, dividido em subcapítulos, encontram-se descritas as competências de EE e de EEESIP desenvolvidas ao longo do período de Estágio. A descrição e análise de cada contexto de estágio foi realizada por ordem cronológica, com o intuito de proporcionar uma melhor compreensão das competências desenvolvidas de acordo com as oportunidades de aprendizagens referentes a cada contexto.

As aprendizagens em contexto de prática clínica são reconhecidas como sendo essenciais para que o enfermeiro seja capaz de responder com qualidade e assertividade às exigências com que se vai deparando. O percurso descrito e analisado ao longo deste capítulo, reflete o início de um processo de desenvolvimento profissional, que me irá conceder competências específicas para prestar cuidados *“de nível avançado com segurança e competência à criança/ jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, (...) identifica e mobiliza recursos de suporte à família/ pessoa significativa. Tem como desígnio o trabalho em parceria (...) em qualquer contexto (...)”* (OE, 2017, p.3).

A fase inicial do projeto de estágio, foi a definição dos locais de estágio, com o objetivo de cumprir o plano de estudos preconizado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sendo que, as opções foram limitadas, devido aos constrangimentos que sofreram devido a Pandemia Covid-19. No entanto, os locais definidos proporcionaram aquisição de competências que deram resposta aos objetivos definidos no projeto de estágio para as competências preconizadas pela Ordem do Enfermeiros para EE e EEESIP.

5.1. Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais

Este estágio foi desenvolvido numa Unidade de Cuidados Intermédios Neonatologia de referência a nível Nacional. Após a definição deste local, foi efetuada uma pesquisa sobre as características do mesmo. A UCIN dispõe de condições para receber nascidos de pré-termo e grandes prematuros. A equipa de enfermagem que integra esta unidade de neonatologia é composta por aproximadamente 80 enfermeiros. Aproximadamente 50% da equipa de enfermagem é composta por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e os

restantes são Enfermeiros Generalistas, conta ainda, a Enfermeira Gestora, responsável pelo serviço. O método de trabalho desta equipa de enfermagem é o de Enfermeiro Responsável. Nesta Unidade, também é efetuado o *follow up* pós-alta dos recém-nascidos e lactentes. Esta Unidade sendo uma referência em Neonatologia, recebe clientes de diferentes origens culturais, proporcionado o cuidar de crianças/famílias de contextos multiculturais.

No primeiro dia de estágio, foi efetuada uma reunião com a Enfermeira Gestora da Unidade e com a Enfermeira Orientadora Clínica, de forma a apresentar o projeto de estágio (Apêndice I), os objetivos propostos, as atividades planeadas e os resultados esperados. Nesta reunião foi feito o ajuste ao planeamento das atividades e oportunidades de aprendizagem de acordo os objetivos propostos, as características do contexto e a realidade da pandemia Covid-19.

Após a reunião, foi efetuada uma consulta sobre os protocolos e normas existentes no serviço, o método de trabalho e o tipo de interação da equipa de enfermagem e multidisciplinar. Neste local, o método de trabalho utilizado é o de enfermeiro responsável, onde no início dos turnos, o Enfermeiro Responsável de Equipa distribuí os clientes pelos Enfermeiros da equipa¹.

No decorrer da prestação de cuidados, foi notório que são realizados com base na filosofia de cuidados centrados na família e modelo de parceria de cuidados, com base nos quais o planeamento de cuidados era elaborado de acordo com as necessidades e as competências da família das crianças. Com base na referida filosofia de cuidados e modelo, estabeleceu-se uma relação de parceria empoderando, também, os cuidadores. Desta forma consegue-se proporcionar ganhos em saúde para todos os envolvidos e a maximização do potencial da família².

Esta filosofia e modelo de cuidados, em conjunto, promovem um cuidado de excelência, ao reconhecer a criança e sua família como o cliente alvo de cuidados. Desta forma, ao promover a parceria entre os enfermeiros e a família da criança, quer nos cuidados, quer na tomada de decisão a intervenção do enfermeiro terá de

¹ Competência Comum B: Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. A1: Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. A1.1: Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4746).

² Competência Comum A: Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. A2.1 — Promove a proteção dos direitos humanos. (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4746).

considerar que o processo do nascimento de um filho que sofre intercorrências, como um internamento numa UCIN, faz emergir sentimentos de vulnerabilidade, fragilidade e de medo, uma vez que é restringida ou, mesmo, retirada a autonomia parental relativamente aos cuidados prestado à criança. Assim, os cuidados de enfermagem baseados na filosofia de cuidados centrados na família e no modelo de parceria de cuidados, assumem um papel fundamental para a aproximação da família à equipa prestadora de cuidados, o envolvimento da mesma no planeamento e nos próprios cuidados, capacitando-a e com o intuito de diminuir os sentimentos negativos que este processo pode causar nos envolvidos.

Na UCIN foi possível colaborar na prestação de cuidados adequados ao crescimento e desenvolvimento recém-nascido e do lactente, em parceria com família. Para a mesma, foi feita a apreciação dos conhecimentos dos pais e ações de educação de acordo com as suas necessidades a promoção da sua participação nos cuidados prestados aos filhos³. Na Unidade são desenvolvidas, também, intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento do recém-nascido prematuro, nomeadamente no que concerne à neuroprotecção e ao neurodesenvolvimento⁴.

A comunicação é uma das áreas mais importantes a desenvolver no âmbito da prática do EEESIP sendo que, para comunicar com as crianças há que ter em consideração a sua fase de desenvolvimento e o grupo etário. Simultaneamente, o EEESIP, atendendo à filosofia dos cuidados centrados na família, o enfermeiro terá de mobilizar princípios e técnicas de comunicação adequados ao cliente pediátrico tendo em conta o que esta preconizado no Regulamento n.º 351/2015. Onde o enfermeiro direciona-se para o desenvolvimento das competências na área da comunicação relativamente a crianças, mas também no que concerne aos pais ou cuidadores, com especial destaque para famílias de diferentes culturas, uma vez que

³ Competência Específica 3: Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais. E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento. E3.1.2. Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem. E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil. E3.2.1. Avalia o desenvolvimento da parentalidade. (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19194).

⁴ Competência Específica 2: Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade. E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriado. E2.1.1. Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória. (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19193).

a temática do projeto de estágio esta relacionada com o cuidar culturalmente competente.

Durante a prestação de cuidados, a principal barreira encontrada para a prestação de cuidados culturalmente competente foi a barreira da comunicação, bastante comum quando a idioma do enfermeiro é diferente do idioma do cliente e da sua família. Mesmo nos casos em que profissionais e clientes partilham o mesmo idioma, como os clientes de países de língua oficial portuguesa, a comunicação por vezes é difícil. Uma das situações que representa esta realidade, decorreu no estágio na UCIN, durante a qual se verificou uma franca dificuldade na comunicação entre os enfermeiros e uma mãe de nacionalidade brasileira que não compreendia as informações que lhe eram fornecidas. Embora, a sua língua materna seja o português, este idioma falado no Brasil integra expressões idiomáticas e vocabulário que assumem um significado distinto dos do português de Portugal. Este facto é desconhecido pela maioria dos profissionais de saúde. Durante a interação com os enfermeiros e restantes profissionais de saúde, a senhora acenava com a cabeça, em sinal de afirmação e concordância relativamente ao que lhe era dito, mas não agia em consonância. Ao mobilizar a técnica da escuta ativa, identifiquei que a barreira na comunicação era as diferenças entre o português europeu e o português do Brasil, especialmente nos casos dos imigrantes brasileiros, que se encontram em Portugal há pouco tempo. Uma vez que existem às referidas variações no português, além dos múltiplos sotaques brasileiros e portugueses, estes clientes têm dificuldade em perceber os profissionais de saúde em Portugal. Pelo que, a equipa de enfermagem foi informada durante a passagem de ocorrências, acerca deste obstáculo/constrangimento na comunicação com a referida senhora e, também, sensibilizada acerca da importância da comunicação ser efetuada de forma explícita, concisa e pausada, para que a transmissão de informação fosse eficaz. Em poucos dias, foi notório a eficácia destes princípios de comunicação nas intervenções de enfermagem com esta cliente, uma vez que passou a demonstrar com atitudes a compreensão da informação fornecidos e ter referido que já conseguia manter um diálogo com os enfermeiros ⁵.

⁵ Competência Específica 3: Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura. E3.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família. (Regulamento n.º

De forma a desenvolver as técnicas e estratégias de comunicação no âmbito da Saúde Infantil e Pediatria, para promover a melhoria na prestação de cuidados, desenvolveu-se um aprofundamento teórico sobre esta temática, tendo em conta as diferentes idades e estádios de desenvolvimento⁶. De acordo com o Regulamento n.º 351/2015, o EEESIP deve procurar, estratégias para desenvolver uma relação empática com a criança, recorrendo a técnicas adequadas à idade, ao estágio do desenvolvimento, mas também à sua identidade cultural. Hockenberry (2014) refere alguns princípios fundamentais quando se pretende estabelecer uma comunicação adequada com a criança e jovem, nomeadamente, falar de um modo simples, mas claro e concreto, com frases curtas e objetivas; ser honesto e transparente; dar tempo à criança para que ela se possa sentir confortável; quando houver essa possibilidade, dar oportunidade de escolha à criança; caso a criança esteja envergonhada, falar com os pais; comunicar recorrendo a um objeto de transição (por exemplo, um boneco); facilitar e estimular a partilha de emoções e preocupações; assumir uma posição ao mesmo nível da criança e, no caso dos adolescentes, dar a oportunidade para que estes falem sem a presença dos pais. Além da comunicação verbal, a comunicação não-verbal, em pediatria, tem uma importância vital, uma vez que as crianças mais novas fazem passar a sua mensagem com maior facilidade através deste tipo de comunicação. Além disso, alguns signos da comunicação não-verbal assumem diferentes significados consoante as culturas dos clientes.

Após ser identificada e relatada pela equipa, uma lacuna de conhecimento relacionada com a comunicação e aos elementos organizadores das diversas culturas de clientes pediátricos, foi efetuado o planeamento e implementação de uma ação de formação no âmbito da multiculturalidade e do cuidado culturalmente competente dirigida à equipa de multiprofissional (Apêndice II). A formação dos profissionais de

422/2018, 2018, p.19194). Competência Comum B: Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade. B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade. B1.1.2 — Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso. B1.1.3 — Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados. (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4746)

⁶ Competência Comum D: Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade. — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. D1.1 — Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro. D1.1.1 — Otimiza o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar. D1.1.3 — Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais. (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4749)

saúde no âmbito da multiculturalidade é fundamental para o desenvolvimento de cuidados culturalmente competente. Sendo geralmente uma competência pouca e/ou ainda não desenvolvida, é essencial para dar resposta de forma congruente às necessidades da população imigrante, em crescendo na sociedade portuguesa⁷.

Foi possível efetuar intervenções associadas as competências acrescidas com a supervisão da EEESIP, através da demonstração de conhecimentos e sensibilidade para lidar com a diversidade cultural na prestação direta de cuidados, de forma a proporcionar cuidados adequados à cultura de cada cliente, ao respeitar todos os aspetos que compõem as famílias cuidadas naquela unidade⁸.

De acordo com o Regulamento n.º 351/2015 (2015), o que difere o enfermeiro generalista do EE são as competências acrescidas para além da prestação de cuidados de qualidade, nomeadamente: chefia/responsável de equipa; elaboração e promoção de ações de formação em serviço; desenvolver guias orientadores de boas práticas; organização e gestão de cuidados diferenciadas; supervisão da prestação de cuidados; tomada de decisão e participação nas tomadas de decisões relativas ao funcionamento do serviço; participação nas reuniões multidisciplinares; colaborar na gestão de recursos humanos; gerir materiais e colaborar na melhoria contínua de qualidade.⁹

No decorrer do estágio neste contexto, foi proporcionado experiências relevantes e essenciais para o desenvolvimento de competências de EE e EEESIP, através da colaboração nos cuidados prestados com perícia e competência diferenciada, evidenciando a distinção dos enfermeiros generalistas. De acordo com

⁷ Competência Comum B: Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade. B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua. B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua. B2.2.1 — Identifica oportunidades de melhoria. B2.2.3 — Seleciona estratégias de melhoria. (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4747) Competência Comum D: Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica. D2.1 — Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho. D2.1.1 — Atua como formador oportuno em contexto de trabalho. D2.1.2 — Diagnostica necessidades formativas. D2.1.3 — Gere programas e dispositivos formativos. D2.1.4 — Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. D2.1.5 — Avalia o impacto da formação. (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4749)

⁸ Competência Específica 3: Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura. E3.3.2. Relaciona -se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura. (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19194)

⁹ Competência Comum C: Domínio da gestão dos cuidados. C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde. C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. C1.2 — Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade. (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4748)

Benner, Queirós, Lourenço e Dias (2005) a caracterização de um enfermeiro perito pode ser definida pela capacidade de adaptação e flexibilidade perante as situações decorridas durante a sua prestação de cuidados, em que a ação desenvolvida não requer a utilização de regras ou protocolos para desempenhar uma prática correta. Desta forma, pode-se caracterizar um EEESIP como um enfermeiro de prática avançada¹⁰.

5.2. Internamento de Pediatria

O Hospital onde decorreu este estágio, está localizado numa zona geográfica do país onde residem grandes comunidades imigrantes. O Serviço de Internamento de Pediatria é composto por cerca de 36 enfermeiros, destes 11 são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. O internamento está dividido em duas alas, o que favorece uma maior organização da dinâmica do serviço, uma vez que o mesmo possui grandes dimensões físicas.

No primeiro dia estágio, foi proporcionada uma apresentação aos estudantes, experiência muito enriquecedora, uma vez que durante a qual foram apresentadas as principais valências do hospital, área geográfica abrangente, normas, protocolos, parcerias e aspetos gerais relativos ao normal funcionamento de uma unidade hospitalar.

Posteriormente, os estudantes foram direcionados aos respetivos serviços onde iriam iniciar os respetivos estágios. Já no Serviço onde realizei estágio, foi efetuada uma reunião com o Enfermeiro Orientador Clínico, onde o Projeto de Estágio (Apêndice I) foi apresentado e foram definidas estratégias para que fossem alcançados os objetivos de estágio e a aquisição de competências de EE e EEESIP.

Definiu-se então que neste contexto, seria realizado um estudo de caso (Apêndice III) de um cliente pediátrico com uma patologia prevalente neste serviço e uma reflexão crítica (Apêndice IV). Foi, também, efetuada uma consulta das normas

¹⁰ Competência Específica 1: Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; Competência Específica 2: Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; Competência Específica 3: Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19192/3/4).

e protocolos do serviço, com o intuito de perceber como proceder nas situações decorrentes durante o estágio¹¹.

Neste serviço, é possível identificar as competências acrescidas dos EEESIP, onde estes são os responsáveis/chefes de equipa, sendo que é designado um responsável de equipa para a ala A e um responsável de equipa para a ala B, durante o mesmo turno, dada a grande dimensão do serviço.

Durante a minha intervenção, na qualidade de estudante, consegui compreender a diferença entre a intervenção de um enfermeiro generalista e um EEESIP, pois o EEESIP preocupava-se com todas as dimensões da criança e família, independente do motivo do internamento. Como por exemplo, eram avaliadas as etapas de desenvolvimento infantil, de forma a identificar desvios de desenvolvimento precocemente¹². Para Simão, Vieira e Oliveira (2022), é atribuída ao enfermeiro a função de detetar precocemente alterações no desenvolvimento infantil, pois este, assiste a criança e família de forma longitudinal e contínua, pois os clientes portadores de doenças crónicas vivenciam a realidade de internamentos recorrentes e prolongados. Desta forma, o enfermeiro deve possuir competências adequadas para que a sua intervenção seja eficaz e baseada na evidência científica, com a intenção intervir precocemente em caso de desvios no desenvolvimento infantil.

A internamento de uma criança é um fenómeno de desequilibra a dinâmica familiar, uma vez que são necessárias adaptações da criança e do familiar que estão em internamento e, também, dos outros membros da família que se mantém no domicílio. Quando uma criança está doente, a família também adoce, pois são necessárias várias adaptações e gestão de expectativas, juntamente com o tratamento da criança. A intervenção do enfermeiro, torna-se essencial neste

¹¹ Competência Comum D: Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica. D2.3 — Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho D2.3.2 — Revela conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes. D2.3.3 — Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas. D2.3.4 — Usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados. D2.3.5 — Assegura a formulação e a implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica. (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4750)

¹² Competência Específica 3: Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. E.3.1: Promove o crescimento e desenvolvimento infantil. E3.1.2. Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19194)

processo de situacional, devido a ter contacto direto, contínuo e privilegiado com a família (Costa, Goulart, Calcagno, Oliveira e Miranda, 2019).

No internamento, foi possível diminuir a angústia e ambiguidade de sentimentos vivenciada pelos pais, com momentos de escuta ativa. Para Cruz e Ângelo (2018) o enfermeiro deve reconhecer a família como sujeito de cuidados, através da promoção de momentos de escuta ativa, com a finalidade de se inteirar das suas necessidades, de forma a desenvolver estratégias para que a família se sinta acolhida e reconheça na equipa multiprofissional uma parceria de cuidados. Durante a prestação de cuidados, a estratégia utilizada foi diálogo e a técnica de comunicação a escuta ativa, então, foi possível amenizar sentimentos de angústia, solidão e medo, vivenciados pela criança e família, ao mobilizar intervenções de cuidados não traumáticos, tal como, intervir a nível do ambiente de forma a deixá-lo mais acolhedor, como por exemplo colar na cabeceira da cama desenhos pintados pela criança¹³.

Ser enfermeiro especialista preconiza desenvolver um saber especializado com base num conhecimento aprofundado sobre o cliente, nomeadamente, sobre a criança e família, ou seja, promover a realização do projeto de saúde que cada cliente pediátrico considera ser melhor para si, tendo em conta a sua identidade cultural (Ordem dos Enfermeiros, 2007)¹⁴.

Para que seja efetuada uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados, é necessário reconhecer a gestão dos cuidados de enfermagem tendo como objetivo a resposta individualizada às necessidades dos clientes, o contexto e a gestão dos recursos disponíveis. Uma importante ferramenta para a gestão de cuidados no âmbito da enfermagem transcultural é a realização de uma apreciação cultural do doente e família, de modo a obter informações pertinentes sobre as suas perspetivas, crenças, tradições e cuidados de saúde inerentes à sua cultura. Aprender e compreender as dinâmicas familiares é importantíssimo para a gestão dos cuidados,

¹³ Competência Específica 1: Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde. E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde. (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19193)

¹⁴ Competência Comum B: Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade. B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro. B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo B3.1.1 — Fomenta a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo. B3.1.2 — Envolve a família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais. (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4747)

visto que a família constitui a unidade básica do cuidado. Deste modo, a apreciação cultural contribui para a gestão dos cuidados de enfermagem, uma vez que oferece o *insight* aos enfermeiros sobre os sistemas de apoio da criança e das suas famílias (Vielas e Janeiro, 2011), integrados numa determinada cultura, podendo planear os cuidados tendo em consideração a manutenção, a adaptação ou negociação e, se necessário, a reestruturação de cuidados culturais (Leininger e McFarland, 2018).

Durante o decorrer do estágio foi notório a função do Enfermeiro Orientador Clínico, EEESIP, na gestão dos cuidados de enfermagem, realizada através de um trabalho desenvolvido pela equipa multidisciplinar, tendo sempre em consideração as necessidades e a identidade cultural dos clientes a gestão dos recursos humanos disponíveis ao bom funcionamento do Serviço¹⁵.

Segundo Pombo, Fonseca e Leal (2021), o sucesso na prestação de cuidados de saúde, está intimamente relacionado com a gestão eficiente da equipa multiprofissional envolvida, sendo que, é necessário a realização de avaliação constante das intervenções desenvolvidas e flexibilidade de todos os profissionais envolvidos, de forma a reorganizarem o plano de cuidados, quando os objetivos não são alcançados.

Um dos cuidados evidentes na prestação de cuidados, devido as manifestações inerentes às patologias dos clientes internados é o controlo contínuo da dor, que é desenvolvido pela equipa multiprofissional. Foi efetuada uma reflexão acerca de intervenções autónomas de enfermagem no controlo da dor, nomeadamente das diversas técnicas de comunicação, controlo do ambiente, posicionamentos adequados, proporcionar a melhoria da qualidade do sono, entre outras. Refletir sobre as práticas desenvolvidas proporcionam o desenvolvimento de competências necessárias ao EE e EEESIP¹⁶.

No decorrer do estágio neste contexto, uma das situações vivenciadas que a reflexão (Apêndice IV) descreve a ansiedade de uma mãe, com o filho em internamento, cujo seu maior receio era de o filho sentisse dor física ou emocional. O

¹⁵ Competência Comum C: Domínio da gestão dos cuidados. C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados. C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados. (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4748)

¹⁶ Competência Específica 2: Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade. E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas. (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19193)

sentimento de angústia era tão intenso e avassalador, que a senhora não conseguia sair do quarto para fazer as suas refeições, passando dias em jejum ou a comer alimentar-se apenas com lanches dentro do quarto, devido ao receio de deixar o filho desacompanhado. Após o início do estabelecimento de uma relação terapêutica, foi efetuada a identificação do problema e foram mobilizadas estratégias promotoras de melhoria da qualidade de vida desta mãe, ao ser assegurado acompanhamento do filho durante os seus períodos de ausência necessários para as refeições¹⁷. Os enfermeiros de pediatria ao prestar cuidados, com base na filosofia dos cuidados centrados na família, consideram as necessidades do cliente pediátrico e da sua família. Nesta situação foi proporcionar oportunidade da mãe, da criança, se ausentar do Serviço para tomar as suas refeições, conforto e descanso, para garantir o seu bem-estar físico e emocional. Com esta experiência, foi possível evidenciar o benefício dos cuidados baseados na filosofia dos cuidados centrados na família, ao serem valorizadas as preocupações e as particularidades de cuidados relevantes para a mãe desta criança.

Outra experiência vivenciada no presente contexto de estágio, que motivou a realização de um estudo de caso (Apêndice III), foi o caso de um adolescente portador de anemia falciforme. Uma vez que, prestar cuidados á crianças com anemia falciforme, requer a articulação de uma equipa multiprofissional e multidisciplinar, para que sejam efetuadas intervenções necessárias à melhoria da qualidade de vida destes adolescentes, com a prestação de cuidados de saúde de qualidade. Durante o estágio, prestei cuidados a este adolescente, com base na metodologia do processo de enfermagem, de acordo com a tomada de decisão a ações do cuidar culturalmente competente. Foi feita a atualização constante do plano de cuidados devido à sintomatologia e à gestão da evolução da situação de doença deste cliente¹⁸.

De acordo com Barros (2010), é necessário que o profissional compreenda e valorize as necessidades da criança e família a quem presta cuidados, que seja

¹⁷ Competência Específica 1: Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde. E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem. E1.2.3. Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico E1.2.7. Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde. E1.2.8. Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família. (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19193)

¹⁸ Competência Específica 2: Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade. E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade. (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19193)

efetuado questionamentos, demonstração de interesse e de interação frequente, com a finalidade de avaliar a eficácia das estratégias/intervenções desenvolvidas, de forma a serem reavaliadas e ajustadas para se atingir os resultados esperados. Uma vez que, em cada internamento a criança e família necessitam de uma nova readaptação ao meio ambiente e aos profissionais de saúde, cabe à equipa multiprofissional promover estratégias para que esta adaptação seja efetuada de acordo com a aceitação demonstrada por parte do cliente pediátrico.

O estágio desenvolvido no internamento de pediatria promoveu a aquisição e de novas competências, pois executei uma grande variedade de intervenções ao prestar cuidados a diferentes clientes com diversas patologias associadas; integrada, como foi referido anteriormente, num grupo de EEESIP que presta cuidados diferenciados avançados, com intervenções diversas, incluindo a coordenação da equipa de enfermagem e a articulação com recursos disponíveis na comunidade ¹⁹. Os EEESIP, são responsáveis por assegurar a continuidade da aprendizagem das crianças/jovens internados, realizando a articulação com as escolas frequentadas pelas crianças, de forma que a continuidade das atividades escolares sejam mantidas, de acordo com a situação clínica, disponibilidade e vontade da criança e família.

5.3. Consulta de Desenvolvimento Infantil

O hospital onde decorreu o estágio deste contexto é uma referência a nível nacional e de excelência no diagnóstico, intervenção terapêutica, formação e investigação, numa perspetiva holística e multidisciplinar no que diz respeito ao desenvolvimento do recém-nascido, lactentes e da criança pequena. Na consulta de desenvolvimento infantil é possível contactar com clientes pediátricos com diferentes patologias e integrados em diversas culturas. As crianças e famílias que frequentam as consultas de desenvolvimento deste Serviço têm idades compreendidas entre os 0 e os 18 anos, existindo exceções de acompanhamento até aos 21 anos. Os encaminhamentos das crianças para as consultas de desenvolvimento são efetuados através da articulação entre o Serviço com a própria unidade hospitalar, outras instituições de cuidados de saúde diferenciados e de cuidados de saúde primários,

¹⁹ Competência Comum C: Domínio da gestão dos cuidados. C2.2 — Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando -o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos. (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4749)

quando são identificadas alterações no desenvolvimento. O acompanhamento das crianças e famílias é efetuado por uma equipa multiprofissional e multidisciplinar que trabalha em parceria com recursos disponíveis na comunidade. Para a avaliação do desenvolvimento infantil, nesta consulta, são utilizadas a Schedule of Growing Skills II e a escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada, que podem ser aplicadas por pediatras ou por dois enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediatria deste serviço.

No início deste contexto de estágio, foi realizada uma reunião, durante a qual foi apresentado o projeto de estágio desenvolvido (Apêndice I) à Enfermeira Orientadora Clínica que, também, é a responsável pela gestão do serviço. Tal apresentação, teve como finalidade discutir as atividades prioritárias a serem desenvolvidas, tendo em conta os objetivos propostos para este contexto, de forma a ajustá-los à realidade do serviço e ao curto período que decorreu esta experiência²⁰.

O método de trabalho da equipa de enfermagem, neste Serviço é o método de enfermeiro de referência. Este método de trabalho é privilegiado pelo Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem nº351/2015, de acordo com o qual é atribuído um conjunto de crianças/ famílias à um enfermeiro, sendo este o principal responsável pela gestão dos cuidados, segundo a metodologia do processo de enfermagem²¹.

No que concerne à filosofia de cuidados, no âmbito dos cuidados de enfermagem de saúde infantil e pediatria nesta unidade, a filosofia que prevalece é a dos Cuidados Centrados na Família. Esta filosofia reconhece a importância da dinâmica entre a criança e a sua família.

Colaborei com a Enfermeira Orientadora Clínica na gestão de cuidados a crianças e família, prestando cuidados de enfermagem especializados, cumprindo as

²⁰ Competência Comum D: Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade. D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. D1.2 — Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional. D1.2.1 — Otimiza a congruência entre auto e heteropercepção. D1.2.2 — Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente. D1.2.3 — Atua eficazmente sob pressão. (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4749)

²¹ Competência Comum A: Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal. A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. A1.2 — Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade. A1.2.1 — Desempenha o papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade. A1.2.2 — Recolhe contributos para a análise dos fundamentos das tomadas de decisão. A1.2.3 — Suscita a reflexão sobre os processos de tomada de decisão. A1.2.4 — Reconhece a sua competência na área da sua especialidade. (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4746)

várias etapas do processo de enfermagem. Nesta experiência pude transpor da teoria para a prática, uma das competências do EEESIP, é a gestão das equipas de enfermagem e respetivas funções no serviço, e também, desenvolver estratégias para a promoção da segurança das crianças e família. Colaborei, também, na função do EEESIP, relativamente ao processo de programação de consultas.

Semanalmente, é efetuada uma reunião multiprofissional e multidisciplinar, onde todos os profissionais discutem o plano de cuidados dos clientes pediátricos que acompanham, de forma a proporcionar cuidados de qualidade e fazer a articulação com os profissionais de outras instituições da comunidade que prestam cuidados a crianças/jovens com problemas de desenvolvimento, numa parceria entre as famílias, hospital e comunidade.

O planeamento e a realização consultas de desenvolvimento constituiu um momento central para a aprendizagem de competências associadas com a prática do EEESIP, tendo-se feita a aplicação de Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada, sendo que, uma vez que no decorrer da minha prática profissional, ainda não tinha tido a oportunidade de fazer uma avaliação do desenvolvimento aplicando a referida escala. Nos gabinetes de consulta, existem vários brinquedos que estão dispostos e organizados para utilizar durante a aplicação das escalas de desenvolvimento, mobilizando o método do brincar terapêutico, como recomendado pela DGS (2013)²². De acordo com Oliveira (2008), através do ato de brincar, a criança têm a possibilidade de expressar o seu estado emocional, permitindo a superação de medos e angústias, uma vez que a brincadeira apresenta o potencial de se reviver sentimentos, emoções e desejos, o que permite, muitas vezes, revelar experiências traumáticas ao outro, além de ser um momento de relaxamento, promovendo-se, assim, a saúde mental e emocional da criança. Simultaneamente, o método do brincar terapêutico facilita a avaliação de competências de desenvolvimento da criança, segundo um “padrão de referência da

²² Competência Específica 2: Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade. E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência. E2.4.1. Demonstra conhecimento sobre as posições da Ordem dos Enfermeiros relativamente às terapias na prática de enfermagem. E2.4.2. Demonstra conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/jovem. E2.4.3. Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar. (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19193)

normalidade”. Uma das consultas de desenvolvimento em que colaborei, pela sua particularidade, foi objeto de uma reflexão (Apêndice V). Tratou-se de uma criança com problemas de comportamento, cuja avaliação resultou na sua referenciação para instituições/serviços de suporte da comunidade. Tendo em conta os problemas de comportamento identificados e as causas subjacentes dos mesmos e considerando que a intervenção se desenvolve em articulação com outros profissionais de saúde este cliente pediátrico foi encaminhado para a Consulta de Psicologia Infantil²³.

Para Brazelton (2009), a relação afetiva entre a criança e o cuidador é um dos fatores primordiais para o desenvolvimento das capacidades de mentais e para a promoção de um desenvolvimento saudável, nomeadamente através do estabelecimento de uma relação de confiança, de amor e de sentimento de pertença. Assim, para Valadares e Silva (2011), os enfermeiros devem utilizar o método do brincar terapêutico nas consultas, mobilizando técnicas como o jogo, contar histórias, a brincadeira dirigida, a brincadeira livre, entre outros, de forma a fortalecer uma relação forte e saudável entre as crianças e o enfermeiro proporcionando à criança momentos de alegria e espontaneidade.

Foi necessário efetuar pesquisa de evidência científica mais recente, para compreender as intervenções do EEESIP neste contexto pela sua diferenciação e especificidade. O planeamento e a operacionalização do plano de cuidados são cuidadosamente efetuados pela EEESIP, que conhece de forma aprofundada cada criança e família que acompanha²⁴. Nas reuniões multiprofissionais, onde os processos dos clientes são apresentados e discutidos, foi possível observar a participação do EEESIP, sendo esta essencial na partilha de resultados da intervenção da equipa.

Com a pesquisa da evidência científica e o aprofundamento de conhecimentos para fomentar as intervenções, foi possível realizar consultas de desenvolvimento, de forma autónoma, com a supervisão da EEESIP, Orientadora

²³ Competência Comum B: Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade. B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro. B3.2 — Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais. B3.2.1 — Colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados. (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4748)

²⁴ Competência Comum A: Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal. A1.3 — Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão. A1.3.1 — Afere os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada. A1.3.2 — Fomenta a avaliação e partilha dos resultados dos processos de tomada de decisão. (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4746)

Clínica. Estas consultas foram momentos essenciais na consolidação das aprendizagens e competências em desenvolvimento²⁵. Foi possível, efetuar registos no programa *SClínico*, onde estão inseridas as escalas de desenvolvimento utilizadas nas consultas. Contudo, é importante referir que, a Direção Geral de Saúde (2013) reforça que, embora existam escalas de avaliação de desenvolvimento infantil, as crianças desenvolvem-se de forma diferente e que nem todas as crianças atingem a mesma idade, com o mesmo estágio de desenvolvimento.

5.4. Unidade de Saúde Familiar

A Unidade de Cuidados de Saúde Primários onde decorreu o estágio é uma Unidade de Saúde Familiar (USF), na qual se prestam cuidados de saúde personalizados à população inscrita, com qualidade, eficiência, em continuidade e com cordialidade, procurando a participação ativa de cada um na sua própria saúde e bem-estar. A maioria da população da área de abrangência desta Unidade, é constituída por comunidades de diferentes origens culturais e nacionais, sendo assim uma população maioritariamente multicultural, formada por famílias de diferentes classes sociais. Alguns clientes que estão inscritos na Unidade não têm nacionalidade portuguesa e estão em situação irregular no país.

A EEESIP é responsável pela gestão dos cuidados de enfermagem da área da mulher e da criança, e trabalha em articulação com a Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. A equipa de enfermagem é formada por sete Enfermeiras, uma EEESIP, uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e quatro Enfermeiras Generalistas.

O Sistema informático utilizado na Unidade, é o MedicineOne, onde estão inseridos instrumentos de apreciação e de registo como, a Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada e as curvas de crescimento infantil. Este sistema, integra também os cuidados antecipatórios para casa idade chave, nas quais são realizadas as consultas de vigilância de saúde infantil entre outras. O

²⁵ Competência Específica 3: Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil. E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura. (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19194)

programa informático utilizado dispõe de forma organizada toda a informação de saúde da criança, com os registos de enfermagem e médicos, assim como dos demais profissionais da equipa multiprofissional que acompanham as famílias. Embora as intervenções estejam pré-definidas a nível informático, de forma a personalizar os cuidados, é possível associar em notas livres qualquer informação relevante para a prestação e continuidade de cuidados.

No primeiro dia de estágio neste contexto, foi efetuada uma reunião com a Enfermeira Orientadora Clínica, onde foi apresentado o projeto de estágio (Apêndice I) e discutido os objetivos. Realizei pesquisa sobre normas e protocolos em vigor unidade, uma vez algumas normas e protocolos estavam em constantes atualizações, devido ao estágio ter sido desenvolvido durante a pandemia de Covid -19²⁶.

O método de trabalho da equipa de enfermagem desenvolvido desta USF é o método de enfermeiro responsável; de acordo com o qual o enfermeiro acompanha famílias, nas diferentes etapas do ciclo de vida. Cada equipa é constituída por um médico, um enfermeiro e um administrativo. Contudo, como na Unidade em questão existe apenas uma EEESIP, os enfermeiros generalistas ou de outras especialidades, quando necessitam de esclarecer alguma situação específica na área da saúde infantil e pediatria, recorrem ao elemento da equipa especialista nesta área de especialidade.

O facto de apenas haver uma EEESIP na equipa de enfermagem, faz com que uns números restritos de crianças tenham a oportunidade de serem acompanhados pela referida EE. Porém, como a equipa de enfermagem integra enfermeiros de diferentes áreas de especialidade, existe a oportunidade de partilha de experiências e conhecimentos entre os elementos da equipa, o que favorece um acompanhamento das famílias de forma eficaz. O enfermeiro de família é o responsável por dar resposta as mais diversas situações de saúde/doença das famílias que acompanha, desde a conceção à etapa final de vida. Desta forma, precisa utilizar técnicas e estratégias de comunicação adaptados a todas as etapas de

²⁶ Competência Comum D: Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica. D2.3 — Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho. D2.3.2 — Revela conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes. D2.3.4 — Usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados. (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4750)

desenvolvimento e características culturais dos clientes, de forma a garantir cuidados de enfermagem de qualidade.²⁷

Durante as consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil, é da responsabilidade do enfermeiro a promover a saúde da criança e do jovem, com base nas orientações do PNSIJ e da evidência mais recente, utilizando técnicas e estratégias de comunicação, para favorecer a compreensão das orientações antecipatórias, especialmente numa população multicultural, para a qual será necessário perseverar, negociar e ou reestrutura formas culturais de cuidados de saúde às crianças e jovens. Nestas consultas são realizadas intervenções de apreciação do crescimento e do desenvolvimento infantojuvenil, de orientação antecipatória, de registo no sistema informático e nos instrumentos em suporte físico que acompanham a criança/jovem/família (Boletim de Saúde Infantil e Juvenil e Boletim Individual de Saúde) e de planeamento das próximas consultas, entre outras intervenções individualizadas às necessidades específicas do cliente.

Uma das estratégias para a obtenção de altas taxas de vacinação infantil, é o planeamento das consultas de vigilância infantil, de acordo com as idades chave, abrangerem as idades de vacinação. Assim, a criança/jovem é vacinada durante a consulta e evita-se múltiplas deslocações dos clientes à USF.

De acordo com a Convenção dos Direitos da Criança (UNICEF, 1990), no artigo 6º, “todas as crianças têm o direito de estar vivas. Os governos devem garantir que as crianças sobrevivam e se desenvolvam da melhor maneira possível”. Neste sentido, os enfermeiros surgem como profissionais com a responsabilidade de promover e avaliar o desenvolvimento infantil, nos vários momentos de interação com a criança e família (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Para dar respostas às minhas necessidades aprendizagem para este contexto de estágio, foi efetuado aprofundamento teórico do plano nacional de saúde infantil e juvenil, do plano nacional de vacinação, das características de cuidados e de

²⁷ Competência Específica 3: — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura. E3.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família. E3.3.2. Relaciona - se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura. E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19194)

comunicação culturais da população cliente, com o intuito de adquirir competências para desenvolver intervenções de enfermagem de qualidade ao cliente de saúde infantil e pediátrico. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010), para que seja efetuada uma intervenção de enfermagem efetiva, com o objetivo de promover o desenvolvimento da criança, é necessário que o enfermeiro mobilize o conhecimento de acordo com a criança/jovem/família na sua totalidade como Pessoa e cliente de saúde infantil e pediátrico (nas dimensões fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual), utilizando para isso, a melhor evidência e instrumentos fiáveis, validos, seguros e de fácil utilização durante as intervenções.

Após a realização do estudo sobre o tema do crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil, foi possível uma melhor compreensão relativamente às etapas de desenvolvimento infantil, sendo possível, então, perceber as tomadas de decisão do EEESIP, tendo posteriormente, mobilizado esse conhecimento durante as consultas de enfermagem de vigilância de saúde infantil e juvenil que realizei de forma autónoma, com a supervisão da EEESIP Orientadora Clínica.

Durante as consultas de enfermagem de vigilância de saúde infantil e juvenil, tive a oportunidade de participar em ações de educação para a saúde, esclarecendo as dúvidas dos pais e de outros cuidadores no que concerne às doenças mais comuns em cada grupo etário.²⁸ Uma das intervenções de educação para a saúde foi sobre a prevenção de quedas e de outros acidentes não domésticos. Os acidentes domésticos com crianças constituem situações bastante complexas, sendo que, em 90% dos casos podem ser evitados, se forem aplicadas medidas adequadas de prevenção. Por provocarem custos económicos, sociais e emocionais, os acidentes não intencionais em crianças são considerados um problema de saúde pública (Dao & McMullin, 2019). Deste modo, a intervenção do EEESIP é determinante para na prevenção e controlo desta situação, uma vez que este, é um profissional de saúde que possui competências para o estabelecimento de uma relação de parceria no âmbito dos cuidados a crianças e jovens, promovendo, ao mesmo tempo, a sua saúde e o bem-estar através do desenvolvimento de planos que contribuem para uma parentalidade positiva, que integra comportamentos potenciadores de saúde (Ordem dos

²⁸ Competência Específica 1: Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem. (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19193)

Enfermeiros, 2018). Assim, o EEESIP é o profissional fundamental na promoção de estratégias de promoção da saúde, através da concepção e implementação de programas de educação para a saúde, tendo como finalidade o empoderamento parental de forma a promover o desenvolvimento e o crescimento saudável as crianças/jovens, através da criação de ambiente seguro (Passos & Santos, 2016) ²⁹.

Tendo em conta o tema central do projeto de estágio, cuidados de enfermagem culturalmente competentes, nesta USF foi possível acompanhar crianças e suas famílias de diversas origens culturais, sendo que um dos casos vivenciados foi relevante para o desenvolvimento da minha competência cultural, descrito numa reflexão realizada neste contexto de estágio (Apêndice VI)³⁰

O referido tema de estágio, despertou a atenção dos profissionais de saúde, desta USF, relativamente à dificuldade de comunicação com pessoas de diferentes nacionalidade e origens culturais. Assim, para que as consultas decorrem de forma eficiente, foi necessária utilização de diferentes técnicas de comunicação, uma vez que a diversidade cultural e linguística da população atendida na unidade é significativa. Assim, foi aceite com agrado, por parte da equipa de saúde, a proposta da realização de uma sessão de formação (Apêndice VII), onde fossem abordados aspetos relacionados com as diferenças culturais na comunicação, constituindo este conhecimento uma mais-valia para a prestação de cuidados na unidade.³¹

Conforme esta descrito no artigo 88.º do Código Deontológico (2005), na alínea c) o enfermeiro deve “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”. Assim, para o planeamento desta sessão de formação, foi realizada pesquisa sobre os elementos culturais da comunicação de

²⁹ Competência Comum A: Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal. 2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. A2.2 — Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente. A2.2.2 — Implementa medidas de prevenção e identificação de práticas de risco. A2.2.3 — Adota conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente. A2.2.4 — Acompanha incidentes de prática insegura para prevenir recorrência (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4756)

³⁰ Competência Específica 3: Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil. E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura. (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19194)

³¹ Competência Comum B: Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade. B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua. B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua. (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4747)

diversas comunidades de clientes inscritos na USF. A realização desta sessão de formação, proporcionou aprendizagens no âmbito da enfermagem transcultural e a reflexão sobre a necessidade do desenvolvimento da competência cultural³². A sessão de formação teve uma excelente adesão. Durante a qual foi feita partilha de situações e intervenções decorridas no âmbito da prestação de cuidados a clientes de diferentes origens culturais.

As aprendizagens desenvolvidas em contexto académico, assim como em contexto de estágio são fundamentais para o desenvolvimento de competências de EE e EEESIP e dos outros profissionais de saúde durante a intervenção a famílias culturalmente diversa, sendo esta uma realidade dos clientes de muitas instituições de saúde em Portugal.

Durante a interação com as crianças e famílias imigrantes, foi sempre abordado o tema vacinação e a importância da atualização da mesma de acordo com o Plano Nacional de Vacinação das crianças e dos adultos. Esta intervenção é fundamental junto dos clientes imigrantes, muitos dos muitos dos recém-chegados que não têm a vacinação de acordo com o plano de vacinação vigente em Portugal e nem com o plano do país de origem. Foi necessária uma consulta frequente da adaptação dos diversos planos de vacinação estrangeiros para o plano português. Para dar suporte a esta atividade existem normas com a descrição da forma correta de efetuar correspondência dos planos de vacinação relativos à maioria dos países do mundo, tendo cada Unidade as normas que dão resposta às necessidades da população imigrante mais prevalente em Portugal. Participei na vacinação de crianças, adolescentes e jovens, demonstrando, de forma autónoma, com a supervisão da EEESIP, competências cognitivas, técnicas e relacionais nesta atividade. Durante a vacinação, foi sempre efetuada a explicação sobre a necessidade da mesma, a forma de administração e os possíveis efeitos secundários, às crianças, adolescentes e jovens e respetivos familiares, de acordo com a sua compreensão, de forma a transmitir orientações explícitas e concisas, com o objetivo de diminuir a ansiedade relacionada ao momento da administração da vacina e a dor causada pela mesma. A

³² Competência Comum B: Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade. B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua. B2.3 — Lidera programas de melhoria contínua. B2.3.2 — Incrementa a normalização e a atualização de soluções eficazes e eficientes. (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4747)

atividade de vacinação contribui para o desenvolvimento de competência na gestão da dor, sendo esta uma competência essencial na prestação de cuidados do EEESIP³³. Durante a vacinação, foram mobilizadas técnicas, como a distração, a brincadeira e o toque, de acordo com a receptividade e aceitação da criança e família, respeitando as características culturais. Estas técnicas foram fundamentais para a redução da ansiedade, medo e desconforto do cliente de saúde infantil.

5.5. Serviço de Urgência Pediátrica

O estágio em contexto de urgência pediátrica decorreu em uma unidade hospitalar conceituada, sendo uma referência na Região da Grande Lisboa, Algarve, Ilhas e de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, no tratamento de crianças com doenças complexas na grande Lisboa, Algarve, Ilhas e alguns países. A equipa de enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), desta unidade hospitalar, é composto por aproximadamente 40 enfermeiros, sendo que nos últimos anos tem existido uma grande rotatividade nos membros da equipa. Em períodos de maior afluência, como aconteceu durante o estágio (durante a plena segunda vaga da Pandemia Covid-19), as equipas foram reforçadas para colmatar as necessidades decorrentes do aumento da afluência dos clientes pediátricos.

Este serviço de urgência passou a utilizar como procedimento de triagem o Canadian Paediatric Triage Acuity Scale (CPTAS), desde 2016, e o método de trabalho da equipa de enfermagem é o método individual.

O serviço de urgência desta instituição, atende clientes entre os 0 e os 18 anos situações clínicas de diversas especialidades, com exceção da cardiologia pediátrica e não recebem politraumatizados complexos. Contudo, este limite de idade pode ser prolongado até aos 21 anos, em situações de clientes com doença crónica. Maioritariamente os clientes pediátricos que recorrem a esta serviço de urgência têm diversas origens culturais, constituindo uma população pediátrica multicultural.

No primeiro dia estágio, foi apresentado o projeto de estágio (Apêndice I) deste contexto ao EEESIP e Orientador Clínico. Foi ainda, possível inteirar-me do

³³ Competência Específica 2: Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade. E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas. E2.2.3. Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19193)

funcionamento do serviço, nomeadamente, as metodologias de organização e a filosofia de cuidados adotada; das competências acrescidas no que concerne à organização e gestão dos cuidados do enfermeiro especialista. Também, tive a oportunidade de colaborar com o EEESIP nos cuidados prestados à criança e família, em situação de doença aguda.

A etapa de integração foi facilitada pelo prévio conhecimento do espaço físico, organização do serviço, normas, protocolos e da dinâmica da equipa de enfermagem, devido a ter exercidas funções neste serviço durante alguns turnos, na qualidade de elemento de reforço da equipa, durante a Pandemia Covid-19, enquanto enfermeira desta instituição de saúde.

Quando uma criança/jovem é leveda a um serviço de urgência, é suposto que o motivo seja uma situação de doença urgente ou emergente. Contudo, a maioria das situações observadas no SUP são casos relacionados com doenças comuns da infância e pequenos traumatismos.

Neste contexto de estágio, os primeiros turnos foram realizados na Sala de Triagem, onde é efetuado o primeiro contacto do criança e família com o profissional de saúde. Esta experiência, proporcionou uma aquisição e consolidação de conhecimentos relativamente às doenças mais comuns que acometem as crianças e jovens e que são motivo de deslocamento ao serviço de urgência. No entanto, há que referir que, devido à situação pandémica Covid-19, o serviço de urgência estava dividido em Doentes Respiratório e Doente não Respiratório, o que proporcionou a oportunidade de participar na apreciação de clientes pediátricos nas duas valências.

Na sala de triagem o enfermeiro tem a função de identificar, interpretar e intervir perante as alterações de saúde do cliente de forma eficiente. A sua função na triagem exige um grau elevado de competência, para apreciação de situações de saúde/doença e tomada de decisão, demonstrando “raciocínio clínico rápido, destreza manual e resolubilidade dos problemas que se apresentam, tendo em vista o grande número de procedimentos a serem desenvolvidos, o estado de saúde do doente e a limitação do fator tempo” (Silva, Santos e Brasileiro, 2013, p.12). Desta forma, poderá estabelecer o grau de prioridade, de acordo com a gravidade da situação clínica da criança/jovem/família. Colaborei nos cuidados de acordo com o procedimento de triagem, sob supervisão da EEESIP. Esta experiência fez emergir a vontade de exercer funções num SUP, de tal forma que fui evoluindo na aquisição de

competências necessárias para desempenhar estas funções até à realização do Curso de Triagem de Manchester, com sucesso (Anexo II) ³⁴.

Posteriormente, realizei turnos na Sala de Tratamentos, onde se prestam cuidados, a número elevado de crianças, com diferentes necessidades e situações de doença. Neste contexto de cuidados do SUP, o enfermeiro tem a oportunidade de fornecer informação sobre cuidados antecipatórios, de forma a promover a saúde e prevenir complicações da doença e promover a saúde. São realizadas ações de educação para a saúde com a finalidade de capacitar os pais das crianças a darem uma resposta eficaz no desempenho da parentalidade, no que concerne a necessidade de recorrer a um SUP (Direção Geral de Saúde, 2013). Esta atividade promove a aquisição de competências parentais, aumentando a literacia em saúde, sobre temas como, por exemplo: obstipação e cólicas nos lactentes, febre, vómitos, diarreia, controlo da dor, dosagem e vias de administração da medicação.

No SUP, foi possível prestar cuidados as crianças com doenças raras, sendo estas definidas como as doenças com incidência de 1 caso em cada 2000. Em Portugal, existe uma estimativa de que haja 800,000 pessoas portadoras de doenças raras, sendo que, 80% das patologias são derivadas de alterações genéticas (raras.pt, 2020). Esta experiência exigiu a realização pesquisa porque desconhecia a maioria das doenças raras cujos cliente pediátricos, a quem prestei cuidados, eram portadores; de forma a proporcionar uma resposta adequada e sensível às suas necessidades dos mesmos³⁵.

Uma das situações que contribuiu para o meu desenvolvimento de competências no cuidar de clientes com doença rara, foi a de um jovem que recorre frequentemente ao SUP, por síndrome do intestino curto. Esta patologia caracteriza-se pela incapacidade de absorção de nutrientes e líquidos no intestino delgado. Desta forma, os portadores desta síndrome são nutridos através da utilização de cateter venoso central, onde perfunde nutrição parentérica (Ansic, 2022). Este jovem, recorreu ao SUP devido a febre. Como é portador de cateter venoso central e

³⁴ Competência Específica 1: Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde. E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem. (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19193)

³⁵ Competência Específica 2: Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade. E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados. (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19193)

experiências anteriores neste tipo de situações, antecipadamente previu que iria ficar internado para cumprir antibioterapia, o que levou a demonstrar zanga na admissão para a triagem, respondendo com uma atitude agressiva perante a recolha de informação feita os profissionais que estavam a efetuar a triagem. Particpei no processo de triagem e posterior acompanhamento do jovem durante o percurso feito no SUP. Na interação estabelecida com o jovem, este expressou a frustração que sentia por estar a vivenciar novamente uma situação de internamento. O jovem verbalizava ininterruptamente, e foi gradualmente diminuindo o tom de agressividade, passando a ter um discurso mais ponderado e calmo, pois o processo de aceitação da situação já estava iniciado. A escuta ativa foi uma ferramenta essencial nesta situação, pois o jovem necessitava de expressar as suas emoções, nesta situação a raiva devido à frustração sentida. Foi efetuado o reforço positivo acerca da capacidade de resiliência do jovem e este demonstrou, de forma explícita, os conhecimentos que possui sobre a doença que é portador, demonstrando vontade de se fazer compreender³⁶.

A prática profissional em enfermagem diária deve ser pautada pelo Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, REPE (2015), cumprindo os valores, direitos e deveres que constam no Código Deontológico dos Enfermeiros e os princípios éticos em saúde, como o princípio da autonomia, da beneficência, da não maleficência e a da justiça.

Num mundo globalizado e com o aumento da mobilidade das pessoas, aumentou também a convivência com diferentes modos de vida e formas de encarar o mundo, pelo que é fundamental que as instituições de saúde estejam preparadas para lidar com clientes culturalmente diversos (Lopes et al., 2009). O enfermeiro assume-se assim como um olhar reforçado sobre a sua profissão, do ambiente institucional e coletivo, mantendo uma relação baseada na empatia, respeito pelo cliente que cuida. Assim, compreender como cuidar do cliente pediátrico com

³⁶Competência Específica 3: — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde. E3.4.1. Facilita a comunicação expressiva de emoções. E3.4.2. Reforça a imagem corporal positiva se necessário. E3.4.3. Identifica os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis. (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19194)

diferentes culturas e/ou que professe crenças distintas das conhecidas do profissional de saúde, constitui um desafio para a enfermagem³⁷.

A oportunidade de efetuar estágio num contexto com clientes de diferentes culturas em situações de doença aguda, muitas vezes exigindo cuidados altamente especializados, proporcionou momentos de reflexão e de pesquisa, que constituem como mais-valia na abordagem de situações complexas vivenciadas no dia a dia profissional³⁸. A prática de enfermagem deve ser acompanhada pela procura contínua do conhecimento, de modo a dar espaço a uma praxis humanista dos cuidados, fundamentada na melhor evidência. Desta forma o enfermeiro afirmar-se-á como um elemento de referência na equipa multiprofissional no cuidado ao cliente pediátrico em situações de vulnerabilidade acrescida e em contexto de multiculturalidade.

O desenvolvimento de competência cultural é “processo onde o prestador de cuidados de saúde se empenha incessantemente de forma a adquirir a habilidade e disponibilidade para trabalhar eficazmente no contexto cultural do seu cliente” (Campinha-Bacote, 2011:45), essencial para a prática do cuidado cultural.

Como já referido, no SUP onde se desenvolveu o estágio, os profissionais de saúde prestam cuidados a clientes pediátricos de diferentes culturas. Para ultrapassar as barreiras linguísticas, estas profissionais recorrem a tradutores oficiais ou simplesmente à ferramentas de tradução online e, também, a mediadores culturais. Contudo, a barreira do idioma não constitui o único obstáculo ao cuidado cultural. Para que os enfermeiros e outros profissionais de saúde tenham uma intervenção culturalmente competente, têm de desenvolver a competência cultural. Para tal, além de tomar consciência de que são culturalmente incompetentes e, para desenvolverem o processo até atingirem o nível de inconscientemente competentes, têm de ultrapassar determinados inibidores ao desenvolvimento da competência cultural comum o preconceito, a estereotipagem, o racismo, o etnocentrismo, a imposição cultural, o conflito cultural e o choque cultural. Alguns destes inibidores estão presentes no discurso de profissionais de saúde, o que conduziu discutir esta

³⁷ Competência Comum B: Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade. B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro. B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo. (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4747)

³⁸ Competência Comum A: Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal. A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. A1.1 — Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas. (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4746)

problemática com a Enfermeira Orientadora Clínica e a Enfermeira Gestora do Serviço. Desta discussão foi identificadas as necessidades dos elementos da equipa multiprofissional desenvolverem a competência cultural, com vista a estarem capacitados para uma práxis culturalmente competente. Neste sentido, com a finalidade de contribuir para incentivo dos profissionais de saúde desenvolverem a competência cultural, foi realizado um folheto sobre o impacto da cultura nos cuidados de saúde, no qual é apresentados elementos sobre a comunicação, terapêuticas alternativas e principais variações biológicas de indivíduos de cultura da brasileira, guineense e chinesa (Apêndice VIII)³⁹. Esta foi uma iniciativa bem recebida não só pelos enfermeiros e outros profissionais de saúde, uma vez que a divulgação do folheto permitiu disseminar informação acerca da importância de se conhecer a cultura dos clientes pediátricos, promovido o interesse pelo desenvolvimento da competência cultural.

De acordo com Fernandes e Monteiro (2015), dado as características da sociedade cada vez mais multicultural será essencial que os enfermeiros e demais profissionais de saúde, pratiquem cuidados de forma abrangente, dando ênfase ao desenvolvimento da competência cultural, tanto nos diferentes ciclos de formação superior, como na formação contínua. No entanto, uma das principais conclusões num estudo realizado por Moreira e Motta (2016) revela que os profissionais de saúde não se sentem preparados e treinados para lidar com a diversidade cultural existente no contexto profissional.

Com a aquisição de novas competências decorrentes deste contexto de estágio, foi possível estabelecer um paralelismo o referido por Benner (2001), sobre enfermeiro experiente ter a capacidade de reconhecer pequenas alterações fisiológicas, e até pequenos sinais que possam sugerir uma situação de choque, antes mesmo de haver uma alteração dos sinais vitais, além de alterações a nível de outras

³⁹Competência Comum D: Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. D2 — Baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica. D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica. D2.2.1 — Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos. D2.2.2 — Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação. D2.2.3 — Investiga e colabora em estudos de investigação. D2.2.4 — Interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. D2.2.5 — Discute as implicações da investigação. D2.2.6 — Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4749)

dimensões da Pessoa. Desta forma, torna-se evidente que para se ser EEESIP competente, é necessário aliar a experiência profissional aos conhecimentos teóricos e o resultado da produção científica, assim como, efetuar discussão de casos com os enfermeiros mais experientes, de forma que a tomada de decisão seja eficiente.

A EEESIP Orientadora Clínica neste contexto de estágio, estava a participar de um projeto sobre a melhoria dos registos de enfermagem na avaliação do controlo dor, para promover a melhoria da qualidade de cuidados prestados⁴⁰. Foi-me proporcionada a oportunidade de participar nas reuniões, de metas do projeto, contudo, não foi possível acompanhar a continuidade do mesmo, devido ao término deste contexto de estágio.

A realização deste contexto de estágio marcou positivamente a minha vida profissional. Como referido anteriormente, durante esta experiência emergiu a vontade de exercer funções num SUP, devido à variedade e complexidade de situações vivenciadas, o que me levou a fazer uma transição de instituição e integrar uma equipa de enfermagem num SUP. Desta forma, dou continuidade ao desenvolvimento de competências no cuidar de clientes pediátricos com vulnerabilidade acrescida, em situações de urgência e de emergência, no decorrer do meu exercício profissional.

⁴⁰ Competência Comum B: Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade. B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. B1.2 — Orienta projetos institucionais na área da qualidade. B1.2.1 — Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional. B1.2.2 — Agiliza a análise e o planeamento estratégico da qualidade dos cuidados. (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4747)

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS

A base da Enfermagem é a arte do cuidar, suportada por conhecimentos científicos que se encontram em constante desenvolvimento, com o intuito de proporcionar cuidados de saúde humanizados. O crescente avanço tecnológico coloca novos desafios no cuidar humanizado, sendo necessário um desenvolver competências crescidas, tendo sempre como objetivo melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem. Tendo em conta as exigências profissionais que esta profissão acarreta, realizar este percurso de formação profissional, e também pessoal, foi um grande desafio e continuará a ser, uma vez que a procura pela melhoria na prestação de cuidados continuara presente.

Ao terminar este percurso de aprendizagem, fiquei com uma visão diferente do papel do EEESIP e a melhor compreensão sobre a sua intervenção em situações de cuidados de complexidade acrescida, o que exige saberes especializados e a capacidade de mobilizá-los, de forma individualizada, na prática clínica dirigida ao cliente pediátrico. Além, disso, consegui fazer a diferenciação entre a intervenção do enfermeiro especialista e a da intervenção do enfermeiro generalista, como também, o nível avançado de competência implicada.

É esperado que o EEESIP tenha a capacidade para de selecionar metodologias que permitam mobilizar o conhecimento teórico para os diferentes contextos de cuidados pediátricos, fomentando a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à criança/jovem e família, estando assim num contínuo processo de aprendizagem e de aperfeiçoamento profissional. Como futura EEESIP, no processo de aquisição e desenvolvimento de competências é fundamental ter presente o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, de forma a desenvolver a minha performance que se traduz na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação do cliente pediátrico, procurando responder globalmente ao seu contexto, bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efetivo e gestão da segurança do cliente (Ordem Dos Enfermeiros, Regulamento n.º 422/2018).

O estágio é facilitador, por excelência, de formação, construção e desenvolvimento de saberes e competências, uma vez que, as aprendizagens em realizadas possibilitaram a integração do conhecimento teórico na prática clínica,

permitindo a reflexão sobre as diferentes situações e experiências vivenciadas nos vários contextos de estágio.

Assim, além da organização de conceitos teóricos realizada em ambiente de estágio, durante a prestação de cuidados a crianças, jovens e família com diversas origens culturais, possibilitou a contextualização da ação, como base na evidência científica; permitindo, simultaneamente, o desenvolvimento de competências culturais, de forma a dar resposta às necessidades de saúde de clientes pediátricos integrados numa sociedade cada vez mais multicultural.

No âmbito da multiculturalidade EEESIP deve ser um profissional atento, sensível e responsável por adequar os cuidados de saúde a situações de maior complexidade, seja pelas especificidades culturais da criança, jovem e família em causa ou pelas diferenças de idioma falado pelos mesmos, de modo que os cuidados de saúde sejam prestados com excelência, promovendo, a qualidade dos mesmos. Como apresentado no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica n.º 422/2018, é da competência do EEESIP assistir a criança e sua família na maximização da sua saúde, através da negociação da participação no processo de cuidar, da comunicação através de técnicas apropriadas à cultura e da promoção da adoção de comportamentos potenciadores de saúde.

A seleção da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, do Modelo do Cuidado Culturalmente Competente de Campinha-Bacote e da Filosofia dos Cuidados Centrados na Família, como pilares orientadores do meu processo de desenvolvimento de competências, permitiu uma reflexão fundamentada da prática de cuidados nos ambientes complexos de estágio, possibilitando uma compreensão relativamente aos diferentes contextos e situações de saúde e doença, assim como das formas de cuidar de diferentes culturas. A adoção da Filosofia de Cuidados Centrados na Família, contribuiu para uma ação humanizada junto das crianças, jovens e famílias, ajudando-os na compreensão das suas necessidades, baseada na construção de relações interpessoais alicerçadas na confiança, na capacitação, cooperação e segurança.

O decorrer do processo de aquisição de competências foi complexo, contudo, ressalto que apesar de todas as constrangimentos vividos, devido a situação de exceção durante este percurso decorrente da Pandemia Covid-19, as competências

fundamentais necessárias para exercer funções como EEESIP, estimulando a investigação da prática clínica, com finalidade da melhoria dos cuidados de enfermagem, foram adquiridas e estão em constante desenvolvimento.

Para a realização do percurso de estágio descrito no presente relatório, foi definido, para além, do objetivo desenvolver competências comuns e específicas de EEESIP que possibilitem a prestação de cuidados à criança, e jovem e família dos nos processos de saúde e de doença, nas suas diferentes fases de desenvolvimento como nos mais diversos contextos de cuidados pediátricos; foi definido, também, o objetivo desenvolver a competência cultural no cuidar da criança/jovem e família imigrante, nos diferentes contextos pediátricos, de forma a contribuir para a humanização dos cuidados de enfermagem a clientes de outras nacionalidade e culturas residentes em Portugal.

Embora a elaboração deste relatório tenha tido como finalidade a reflexão sobre o desenvolvimento de competências específicas e comuns de EEESIP, seria impossível espelhar todas as emoções, sentimentos e experiências vivenciadas durante os últimos dois anos e meio de percurso. Deste emergiram mudanças não só na minha vida profissional, mas também no quotidiano da minha vida pessoal, uma vez que as aprendizagens e o desenvolvimento de competências estarão sempre presentes.

No que diz respeito a prestação de cuidados de enfermagem especializados a crianças, jovens e família de diferentes nacionalidades, culturas e credos; acredito ter estimulado o interesse dos profissionais de saúde, relativamente ao desenvolvimento da competência cultural, nos diversos contextos de estágio que realizei. Neste percurso desenvolvi competências para prestar cuidados culturalmente competentes e, partilhei conhecimento sobre métodos e estratégias, de forma que os profissionais de saúde possam ultrapassar as dificuldades sentidas na intervenção junto de clientes com diferentes origens culturais.

Apesar dos constrangimentos causados pela Pandemia Covid-19, que exigiram adaptações, mudanças e reorganizações do planeamento do estágio, foi possível desenvolver a maioria das atividades planeadas. Realizar formação avançada em pleno período pandémico, proporcionou-me desenvolver capacidades de resiliência, fundamentais para a conclusão deste percurso.

No que concerne aos projetos futuros, pretendo concluir e publicar a Revisão Scoping iniciada neste percurso; colaborar na realização de projetos para a melhoria dos cuidados de saúde dirigidos a clientes pediátricos de diferentes origens culturais e credos; dar continuidade à divulgação da importância do desenvolvimento da competência cultural; e, na procura do saber sobre cuidados de enfermagem culturalmente competentes e, simultaneamente, na procura do meu desenvolvimento pessoal e profissional, planeio, à distância de médio prazo, candidatar-me ao Programa de Doutoramento em Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2003). *Supervisão, Qualidade e Ensinos clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde?* Formasau.
- Almeida, C.M. (2018). Plano Municipal De Integração De Migrantes De Almada. *Almada Somos Nós*.
- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Revista Texto & Contexto - Enfermagem*. 14 (3), 373-382.
- Aydogdu, Ana Luiza Ferreira. Ensino de Enfermagem Transcultural para Estudantes de Graduação: *Revisão Integrativa de Enfermagem*. Editora PucMinas. ISSN 2238-7218.
- Amaral, P. (Ed.). (2015). Manual de Semiologia Médica: A prática do Exame Físico. Editora da Universidade Federal do Pará.
- Associação Nacional da Síndrome de Intestino Curto (2022). Disponível em: <https://www.ansic.pt>, acessado em 27/10/2022.
- Avril, A. B., & Magnini, V. P. (2007). A Holist approach to expatriate success. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 19, 53-64.
- Borba, L., Paes, M., Guimarães, A., Labronici, L., & Maftum, M. (2011). A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 45(2), 442-449.
- Benner, P., Queirós, A., Lourenço, B. e Dias, A. (2005) *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.
- Brazelton, T. B., & Greenspan, S. I. (2002). *A criança e o seu mundo: requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem*. Editorial Presença
- Brazelton, T.B. (2009) – *O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. Editorial Presença.

- Barros, L. (2010). *Família, saúde e doença: intervenção dirigida aos pais*. *Alicerces III* (3):207-21.
- Bodley, J. (1999). *Cultural Anthropology: Tribes, States, and the Global Systems*. Mayfield Publishing Company.
- Briscoe, D. R., & Schuler, R. S. (2004). *International human resource management – Policy and practice for the global enterprise*. *Routledge*.
- Brito, A., Vicente, B., Reis, A., & Amendoeira, J. (2015). Intervenções de enfermagem culturalmente congruentes em imigrantes. *Revista da UI-IP Santarém*. 3(5). 75-90.
- Caballo, V. (1987). *Teoría, Evaluaton y entrenamiento de las Habilidades sociales*. *Promoíbro*.
- Câmara, P. (2016). *Os Sistemas de Recompensas e a Gestão Estratégica de Recursos Humanos*. Dom Quixote.
- Câmara Municipal de Lisboa (2018). *Plano municipal para a integração de migrantes de Lisboa 2018-2020*. Câmara Municipal de Lisboa.
- Carvalho, P. O, Andrade L. S, Oliveira W. A, Masson L, Silva J. L, Silva M. A. (2021) Competências essenciais de promoção da saúde na formação do enfermeiro: revisão integrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*. 34: eAPE02753. DOI <http://dx.doi.org/10.37689/actaape/2021AR02753>
- Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184.
- Campinha-Bacote, J. (2011), "Coming to Know Cultural Competence: An Evolutionary Process". *International Journal for Human Caring*, 15(3), 42-48.
- Chell, E. (2013). Review of skill and the entrepreneurial process. *International Journal of Entrepreneurial Behaviour & Research*, 19(1), 615-628.

- Crespo, S., Rodrigues, R., Vicente, C., Amendoeira, J., & do Céu, M. (2014). Teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural: análise segundo o método sintético de McEwen e Wills. *Revista da Unidade de Investigação do IP Santarém*. 2, 1-20.
- Coutinho, C. P. (2020). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas - Teoria e Prática* (2.^a ed.). Almedina
- Cruz, Andréia e Angelo, Margareth. Bom relacionamento com famílias no contexto neonatal e pediátrico: definição na perspectiva de enfermeiros. *Revista Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica*. v.18, n.2, p 69-77 DOI: <http://dx.doi.org/10.31508/1676-3793201800011>
- Comité Português para a UNICEF (2019). *Convenção sobre os direitos da criança e protocolos facultativos*. www.unicef.pt, consultado no dia 15/10/2022
- Costa AR, Nobre CMG, Gomes GC, Nornberg PKO, Rosa GSM. Sentimentos gerados na família pela internação hospitalar da criança. *Journal Nursing Health*. 2019;9(2): e 199206
- Damigella, D., & Licciardello, O. (2014). *Stereotypes and Prejudices at School: a Study on Primary School Reading Books*. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 127 – 213.
- Geertz, C. (2018). *A interpretação das culturas*. Livros Técnicos e Científicos. Editora S.A.
- Diogo, P. (2012). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. Lusociência.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil 2013. – Norma nº 010/2013 de 31/05/2013*. DGS
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Plano Nacional de Saúde 2021 – 2030*. Direção Geral da Saúde.

Doenças Raras (2020) Disponível em: <https://raras.pt/news/doencas-raras-2020>,
acedido em 23/09/2022.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2019). *Regulamento de Mestrado em Enfermagem e Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização*. ESEL.

Farias, D., Gomes, G., Almeida, M., LerchLunardi, V., Xavier, D. e Queiroz M. (2019) *Barreiras presentes no processo de construção do cuidado familiar cultural à criança no hospital: abordagem transcultural*. Editora Aquichan

Fernandes, A., e Monteiro, A. P. (2015). Contributo para o estudo de competência cultural em saúde mental de enfermeiros em Portugal. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing*, (14), 39–47.

Fonseca, Simone Alves da., Silveira, Aline Oliveira., Franzoi, Mariana André Honorato e Motta., Elaine. *Cuidado centrado na família na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN): experiências de enfermeiras*. Enfermería.170-190.

Fonseca, M.L., & Silva, S. (2010). *Saúde e Imigração: utentes e serviços na área de influência do Centro de Saúde da Graça, Coleção de Estudos do Observatório da Imigração*. ACIDI.

Fontana, R. T. (2019). A Interculturalidade Na Formação Dos Profissionais De Enfermagem. *Revista Contexto e Educação*, 34(109), 36–51.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusociência.

Godinho, N. (2020).

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2020) *Guia Orientador para Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações - Normas APA*. ESEL

- Guzder, J., Yohannes, S., & Zelkowitz, P. (2013). Helpseeking of immigrant and native-born parents: a qualitative study from a montreal child day hospital. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22(4), 275–281.
- Hockenberry & D. Wilson (Eds), *Wong – Enfermagem da criança e do adolescente* (9ªed.) (pp.1-20). Lusociência.
- Hofstede, G. J., Pedersen, P. B., & Hofstede, G. (2002). Exploring culture. *Intercultural Press*.
- Institute for Patient and Family-Centered Care (2022). Patient- and Family-Centered Care. Disponível em: <https://www.ipfcc.org/about/pfcc.html>.
- Kanungo RP (2006). Cross culture and business practice: are they conterminous or cross verging? *Cross Cultural Management*, 13(1), 23.
- Kaslow, N. J., Grus, C. L., Campbell, L. F., Fouad, N. a, Hatcher, R. L., & Rodolfa, E. R. (2009). Competency Assessment Toolkit for professional psychology. *Training and Education in Professional Psychology*, 3/4, Suppl), S27-S45.
- Leal, Isabel e Ribeiro, José (2021) *Manual de Psicologia da Saúde*. Pactor Pp310-325. ISBN: 978-989-693-105-6
- Leininger, M. (2006). *Culture care diversity and universality theory and evolution of the ethnonursing method*. In M. Leininger & M. McFarland, *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory* (pp.1-41). Jones & Bartlett Publishers.
- Leininger, M. (1991). *Culture Care Diversity and Universality: a theory of Nursing*. National League for Nursing Press.
- Leininger, M. (1990). Ethnomethods: the philosophic and epistemic bases to explicate transcultural nursing knowledge. *Journal of Transcultural Nursing*.1(2). 40-51.

- Lebrón, A. (2013). What is Culture? Merit Research. *Journal of Education and Review*, 1(6), 126-132.
- Madriz, J. & Parra, J. (2016). Personal And Professional Competences Applied By Managers Under Scenarios Of Economic Uncertainty. *Revista Científica Electrónica de Ciencias Gerenciales*, 33(11), 69-98.
- Maia, L., & Cerqueira-Santos, E. (2019). *Preconceito e Exclusão Social – Estudos em Psicologia no Brasil*. EduFPI.
- Mateescu, V. (2018). Cultural Diversity In The Workplace - Discourse And Perspectives. *Journal Modelling The New Europe*, 23-35.
- Matorell, G., Papalia, D., & Feldmn, R. (2020). *O Mundo da Criança - Da Infância à Adolescência*. Artmed.
- Mazur, B. (2020). Cultural Diversity in Organisational Theory and Practice. *Journal Of Intercultural Management*, 2(2), 5-15.
- McFarland, M. (2018) Transcultural nursing: History, focus, and future directions. In M. McFarland & H. Wehbe-Alamah, *Leininger's transcultural nursing: Concepts, theories, research & practice* (pp.3-12). McGraw-Hill Education.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company
- Moreira, G. de O., e Motta, L. B. (2016). Competência Cultural na Graduação de Medicina e de Enfermagem. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 40(2), 164–171.
- Müller, M. (2021). The development of students' academic skills from the aspect of a pandemic Covid-19. *Proccedings of the First Workshop on Technology*

Enhanced Learning Environments for Blended Education (teleXbe2021), 21–22.

Oberg, K. (1960). Culture shock: Adjustments to new cultural environments. *Practical Anthropology*, 7, 177-182.

Okeya, O. (2021). Perceptions of Student Nurses about Transcultural Nursing. *International Journal of Science and Healthcare Research*, 6(1), 7-20.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. *Cadernos da OE*, 1(3). Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2017). *Parecer N.º 10 / 2017 - Diferenciação das Intervenções de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em relação ao Enfermeiro Generalista, num Serviço de Urgência*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros.

Papadopoulos, I, (2006), *Transcultural health and social care: Development of culturally competent practitioners*. Churchill Livingstone.

Papalia, D.E.; Olds, S.W.; Feldman, R.D. (2001). *O Mundo da criança* (8.ª ed.). Mc Graw Hill, ISBN 972-773-069-8.

- Passos, D. A., & Santos, W. L. (2016). O enfermeiro como educador para a prevenção dos principais acidentes ocorridos na primeira infância. *Revista Científica Sena Aires*, 5(2), 124-135.
- Pereira, C., Torres, A., & Almeida, S. (2003). Um estudo do preconceito na perspectiva das representações sociais: análise da influência de um discurso justificador da discriminação no preconceito racial. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(1), 95-107
- Pedrinho R, Shibukawa C, Rissi G, Uema R, Merino M, Higarashi H. (2021) O brinquedo terapêutico na atenção primária: contribuições para a sistematização da assistência de enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem* 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0616>
- Prosen, M, (2014). Introducing Transcultural Nursing Education: Implementation of Transcultural Nursing in the Postgraduate *Nursing Curriculum*, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 174, 149-155.
- Purnell, L., & Paulanka, B. (2010). *Cuidados de saúde transculturais: Uma abordagem culturalmente competente*. Lusodidacta.
- Quiroga, A. (2018). Cuidado centrado en la familia en la unidad de neonatología: una filosofía de cuidado que no se puede postergar. *Revista Enfermería Neonatal*, 27, 4-10.
- Ramos, N. (2016). Mães e famílias entre culturas: saúde, desenvolvimento e cuidados interculturais. *Seguridade social, interculturalidades e desigualdades na contemporaneidade*, 230-269., consultado em 20/09/2022 <http://hdl.handle.net/10400.2/6381>
- Regulamento n.º 351/2015 (2015). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem.

Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, II Série* (N.º 119 de 22-06-2015), 16660-16665.

Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, II Série* (N.º 133 de 12-07-2018), 19192-19194.

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, II Série* (N.º 26 de 06-02-2019), 4744-4750.

Regulamento n.º 351/2015 (2015). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, II Série* (N.º 119 de 22-06-2015), 16660- 16665. Regulamento n.º 422/2018 (2018).

Iva, A.P., Santos, B.M., Brasileiro, M. E. (2013). Impacto da utilização de métodos de triagem no atendimento em urgência e emergência. *Revista Eletrónica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição*, 4(4). Disponível em: <http://www.ceen.com.br/revistaeletronica>.

Relvas, A. (1996). *O ciclo vital da família. Perspetiva sistémica*. Edições Afrontamento.

Rodrigues, L. M. O (2013). *A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds), *Wong – Enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed.) (pp.1025-1060). Lusociência.

- Sassu, R. (2007). The evolution of schools readiness for 5-8 years old children- cognitive-social-emotional, and motor coordination and physical health perspectives. *Cognition, brain, behavior*, 11(1), 67-81.
- Sanghi, S. (2004). *The handbook of competency mapping: understanding, designing and implementing competency models in organizations*. Sage Publications Inc.
- Schumann, J. (1986). Research on acculturation model for second language acquisition. *Journal of Multilingual and Multicultural Development*, 7, 379-397.
- Sellán, A., Sellán-Soto, M., & Matínez, M. (2018). Family-Centered Care: A Philosophy to be Developed. *Pediatrics and Neonatal Nursing - Open Journal*, 5(1), 1-5.
- Silva, M. (2008). *Uma outra forma de ver o mundo: A inclusividade nas práticas experimentais de ciências físico-químicas do 8º ano de escolaridade*. Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa & Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.
- Simão, Delma; Vieira, Natália; Oliveira, Suelen; Manzo, Bruna; Marcatto, Juliana e Silva, Tercia. Evidências para a atuação do enfermeiro na promoção do desenvolvimento infantil. *Open Science Research VI* - ISBN 978-65-5360-212-0 - Volume 6 - Ano 2022 - Editora Científica Digital
- Simões, S.; & Borges, D. (2013). Competências Profissionais na Gestão (do) Social: Teoria e Intervenção. *Interações*, 24, 54-77.
- Steele, C. (1997). A Threat in the Air: How Stereotypes Shape Intellectual Identity and Performance. *American Psychologist*, 52(6), 613-629.
- Toney-Butler, T. J., & Thayer, J. M. (2022). *Nursing Process*. StatPearls Publishing.
- Thibodeaux, A. & Mooney-Doyle, K. (2014). Influências sociais, culturais e religiosas na promoção da saúde da criança. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds),

Wong – *Enfermagem da criança e do adolescente* (9ªed.) (pp.21-48). Lusociência.

Unicef. (1990). Convenção sobre os Direitos da Criança. Disponível em:
<https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca>

Vandenberg, H. (2010). Culture theorizing past and present: trends and challenges.
Nursing Philosophy, 11 (4), 238-249.

Welch, A. (2004). Cuidar cultural: Teoria da diversidade e da universalidade. In A. Tomey & M. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem*, (5ªed.) (pp. 563-589). Lusociência.

Anexos

Anexo I
Curso de Soporte Básico de Vida

DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO

Declara-se que Rozilany Araújo Lima dos Santos, natural de Brasil, nascido(a) em 15-04-1983, titular do Cartão de Cidadão com o n.º de identificação 15553879 9ZX8, válido até 26-07-2028, participou na seguinte ação de formação:

Suporte Básico de Vida DAE

que decorreu a 01-01-2022, com a duração total de 3 horas

Carnaxide, 31 de dezembro de 2022



academiacuf
formação em saúde
Academiacuf, Lda
NIPC: 510 450 811
Avenida do Forte nº3, Edifício Salsica III, Piso 2
2790-073 Carnaxide

Responsável Entidade Formadora



CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

- SBV DAE Adulto + OVA + PLS
- SBV DAE Pediátrico + OVA + PLS

Anexo II
Triagem

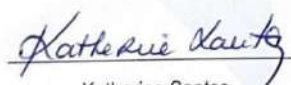
**CURSO
DE
TRIAGEM DE PRIORIDADES NA URGÊNCIA
CERTIFICADO**

Rozilany Araújo Lima Santos

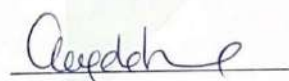
Frequentou com aproveitamento o Curso de Triagem de Prioridades na Urgência (*Manchester Triage Group Protocol*), realizado na CUF Academic Center, pelo Grupo Português de Triagem a 29 de abril de 2022, com a duração total de 7 horas.

Amadora, 04 de maio de 2022

O Coordenador do Curso


Katherine Santos

Grupo Português de Triagem


Ângela Valença

Anexo III
Orientação de Estudante da Licenciatura de Enfermagem

DECLARAÇÃO

Declara-se para os devidos efeitos que a Sr.^a Enfermeira **Rozilany Araújo Lima dos Santos** colaborou com a equipa pedagógica da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa, num total de 352 horas, na orientação, supervisão e avaliação de duas estudantes do 3º Ano, Turma A do Curso de Licenciatura em Enfermagem, durante o Ensino Clínico IV – Enfermagem da Mulher, da Criança e do Jovem, que decorreu no ano letivo 2021/2022, no Hospital CUF Sintra – Serviço de Atendimento Permanente Pediátrico.

Lisboa, 20 de setembro de 2022.

A responsável pelo Secretariado
Pedagógico
Marina Tavares

Assinado por: **Marina da Conceição Santos
Genebra Tavares**
Num. de identificação: 09601607
Data: 2022.09.23 14:55:26+01'00'



APÊNDICES

APÊNDICE I
Projeto de Estágio

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

Unidade Curricular: Opção II

**Cuidar Multiculturalmente Competente em Saúde
Infantil e Pediatria- Intervenção do Enfermeiro
Especialista**

Discente:

Rozilany Araújo Lima dos Santos



Lisboa

Setembro, 2021

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

Unidade Curricular: Opção II

**Cuidar Multiculturalmente Competente em Saúde
Infantil e Pediatria- Intervenção do Enfermeiro
Especialista**

Discente:

Rozilany Araújo Lima Dos Santos

Docente Orientadora:

Professora Cristina Maria Rosa Jeremias

Lisboa

Setembro, 2021

ÍNDICE

ÍNDICE	5
1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO	7
1.1. Título.....	7
1.2. Data de início.....	7
1.3. Duração	7
1.4. Palavras-chave	7
2. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA	8
2.1. Introdução.....	8
3. REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA.....	16
3.1. Cuidados Centrados na Família	19
3.2. Modelo de Cuidado Culturalmente Competente.....	20
3.3. Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural.....	21
3.4. Justificação da Pertinência do Tema.....	22
4. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS	24
5. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS	25
6. DESCRIÇÃO DOS OBJETIVOS.....	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29

APÊNDICES

Apêndice I - Cronograma

Apêndice II - Mapa Conceptual

Apêndice III - Autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem face ao desenvolvimento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Apêndice IV - Objetivos gerais e específicos, atividades a desenvolver, recursos e indicadores de avaliação

ANEXOS

Anexo I - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista

Anexo II - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

1.1. Título

Cuidar Multiculturalmente Competente em Saúde Infantil e Pediatria -
Intervenção do Enfermeiro Especialista

1.2. Data de início

O presente projeto tem início previsto para dia 11 de outubro de 2021

1.3. Duração

O referido projeto decorrerá durante 18 semanas, em diferentes contextos clínicos, totalizando cinco oportunidades de aquisição de competências. Tem como data prevista para a sua conclusão o dia 25 de fevereiro de 2022, com duas semanas de pausa letiva no período natalício.

1.4. Palavras-chave

Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Pediatria; Competência Cultural e multiculturalidade.

2. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

Neste capítulo será efetuada uma introdução sobre a temática deste Projeto de Estágio, definido a caracterização da problemática e um breve resumo relativo ao estado da arte.

Com o intuito de demonstrar as competências já desenvolvidas no âmbito da prática profissional e as que me proponho a desenvolver no decorrer da implementação deste projeto, serão referidas as competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros necessárias para ser um Enfermeiro Especialista bem como um Enfermeiro Especialista em saúde Infantil e Pediátrica.

Seguidamente, serão referidas as conceções teóricas de enfermagem abordadas na implementação deste projeto de estágio, que foram escolhidas de acordo com a pertinência para a temática e relação com díade criança/família.

A finalidade do projeto de estágio e a sua contribuição serão relacionados com o objetivo do mesmo, melhoria da prática dos cuidados de enfermagem, baseada na evidência científica.

Por fim, neste capítulo, será descrito a contribuição da implementação deste projeto para o meu desenvolvimento enquanto profissional de enfermagem e os resultados e expectativas da implementação do mesmo.

2.1. Introdução

O presente trabalho, inserido na Unidade Curricular de Opção II, do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria tem o intuito de desenvolver a temática relativa à necessidade de cuidados personalizados às diferentes culturas das crianças, jovens e famílias, que necessitam de cuidados de saúde.

O Tema para este projeto de estágio emergiu do seguinte conjunto de interesses:

- Interesse pessoal, visto eu própria ser uma imigrante, que decidiu escolher Portugal para viver;
- Interesse profissional, pois no serviço onde exerço funções é habitual a presença de crianças e família de origem estrangeira;

- Interesse social, pois Portugal é um país que recebe imigrantes de diversos locais do mundo;

- Interesse académico, sendo que, a meu ver, só através da formação poderemos desenvolver competências para prestar cuidados culturalmente sensíveis à crianças, jovens e famílias imigrantes.

Vivenciei, como utente do sistema nacional de saúde, no início do meu percurso de vida em Portugal, a necessidade de cuidados culturalmente competentes e hoje vivencio, como profissional, a importância de conhecer a cultura da criança, jovem e família, de forma a prestar cuidados centrados na família.

De acordo com o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2020), estão a residir em Portugal 662.095 estrangeiros, tendo-se verificado, em 2020, um aumento de 12,2% desta população. De ressaltar que em 2020 se verificou o quinto ano consecutivo com acréscimo da população estrangeira residente em Portugal. Para que seja efetuada a análise do crescente número de estrangeiros residentes em Portugal é necessária “a consideração de diversos aspetos, particularmente os contextos económicos e sociais português e dos países de origem, a evolução legislativa, as relações históricas e culturais e os impactos da operacionalização de políticas de imigração” (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, 2020, p.20).

A população de nacionalidade brasileira continua a ser a principal comunidade estrangeira residente em Portugal, contabilizando assim 27,8%. Em segundo lugar surge a população oriunda do Reino Unido, com uma percentagem de 7%; em terceiro a população oriunda de Cabo Verde, com 5,5%, seguindo-se, em quarto lugar, a população oriunda da Roménia, com 4,5%, em quinto lugar surge a população oriunda da Ucrânia, com 4,3%, em sexto a população oriunda da Itália com 4,3%, seguida, em sétimo lugar, pela população oriunda da China, com 3,9%, em oitavo lugar a população oriunda de França, com 3,8%, em nono lugar a população oriunda da Índia, com 3,7%, em décimo lugar surge a população oriunda de Angola, com 3,7% e, por fim, com uma percentagem de 31,5% surge a população oriunda de outros diversos países, com pouca expressão percentual, a nível individual (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, 2020, p.20).

No que se refere à população oriunda dos países da União Europeia, que se qualificam em segundo, sexto e oitavo lugar, o grande interesse por Portugal está diretamente relacionado com os benefícios fiscais, com o sistema público de saúde,

bem como com o clima agradável existente neste país (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, 2020).

Na contabilização de novos residentes, também é necessário referir que Portugal analisa alguns pedidos de Asilo, sendo que no ano de 2020 houve um decréscimo de novos pedidos e respetivos residentes, contudo, a previsão é de que nos próximos anos este número de novos residentes seja cada vez maior. (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, 2020)

No que diz respeito à distribuição geográfica desta população, destaca-se uma maior concentração nos distritos de Lisboa, Faro e Setúbal. A nível nacional, a população de crianças e jovens, oriundas de famílias migrantes, entre os 0 e os 19 anos representa 14,1% da população migrante (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, 2020).

Com a representatividade das crianças, jovens e famílias migrantes, torna-se necessário ressaltar o que está descrito no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (1996), que uma das competências a serem desenvolvidas pelos enfermeiros, consiste em ir ao encontro das necessidades de cuidados da população migrante; uma vez que o enfermeiro deve atuar de forma responsável, com base em princípios éticos e respeitar os direitos de todos os clientes que cuida. Assim, o desenvolvimento da competência cultural é determinante para a prestação destes cuidados (Silva & Moita, 2016).

Para Moreira e Motta (2016) é essencial que se desenvolva a competência cultural, sendo que só desta forma será possível exercerem funções em contextos em que existe uma diversidade cultural cada vez mais presente. Contudo, esta competência só poderá ser desenvolvida se o estudante e/ou enfermeiro estiver disponível para compreender outras culturas e atuar com uma postura flexível e compreensiva. Para Fontana (2019) só através da compreensão e exercício profissional de um cuidado culturalmente competente será possível respeitar os direitos de igualdade e equidade nos cuidados de saúde.

Coutinho, Amaral, Parreira, Chaves, Amaral e Nelas (2017) descrevem que é fundamental conhecer o contexto cultural dos clientes, com o intuito de promover um cuidado culturalmente competente, para proporcionar o aumento da qualidade de vida e bem-estar, incrementando os ganhos em saúde. Desta forma promove-se o novo paradigma de cuidar, onde os rituais, as crenças, os valores, o modo de vida e os

restantes aspetos que marcam a individualidade de cada pessoa, são os pilares em que assenta a elaboração do plano de cuidados.

Com a elaboração deste projeto e a sua posterior implementação é pretendido aperfeiçoar as competências já adquiridas ao longo da minha atividade profissional como Enfermeira de Cuidados Gerais e desenvolver novas Competências Comuns e Específicas de Enfermeira Especialista e de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, assim como dar especial atenção às competências relacionadas com a temática deste projeto, com o objetivo major de promover a melhoria da qualidade na prestação de cuidados de Enfermagem, para promoção de ganhos em saúde para as crianças, jovens e famílias migrantes.

De acordo com o regulamento nº140/2019, denominado Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, “os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde” (p.4744). Desta forma, a implementação deste projeto, promoverá a aquisição de competências necessárias e fundamentais para ir ao encontro do preconizado pela Ordem dos Enfermeiros, para a prestação de cuidados de excelência, permitindo deste modo, e neste âmbito, o exercício pleno das funções de Enfermeiro Especialista.

No que diz respeito às competências de responsabilidade profissional, ética e legal, devo ressaltar a competência A2 (A2.1.1; A2.1.2; A2.1.6), que está relacionada com a promoção de cuidados de saúde que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, assegurando o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos (Regulamento nº140/2019).

Quanto às competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, tenciona-se que o enfermeiro assuma a função de dinamizador na implementação de projetos, desenvolva práticas seguras e colabore para a manutenção de um ambiente de cuidados de excelência, estando as principais competências a desenvolver descritas nas alíneas B.3.1.1; B.3.1.2 (Regulamento nº140/2019).

Para a competência do domínio da gestão de cuidados, espera-se que o enfermeiro assuma a função de gestor de cuidados, ao tomar decisões adequadas ao contexto de cuidados e de maior complexidade, assim como efetuar a articulação com

a equipa multidisciplinar. Destaco as competências que considero serem mais pertinentes para o meu desenvolvimento profissional, as constantes das alíneas D1.1; D1.1.3; D1.1.3; D1.2; D1.2.1; D1.2.4; D2.2; D2.2.1 e D2.2.4 (Regulamento nº140/2019).

Relativamente à competência do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, é essencial que o Enfermeiro desenvolva o seu autoconhecimento e a sua qualidade assertiva, sendo dada ênfase à prática baseada na evidência científica. Neste contexto está também descrito que o Enfermeiro deve assumir um papel facilitador de aprendizagens no seu âmbito laboral (Regulamento nº140/2019). Esta competência está intimamente relacionada com a temática deste projeto, uma vez que é necessária a consciencialização da nossa influência pessoal nas nossas relações profissionais, com o intuito de melhorar a qualidade da prestação de cuidados, promovendo um melhor acompanhamento às crianças, jovens e famílias migrantes (Regulamento nº140/2019).

A elaboração deste projeto foi, também, norteada pela realização do autodiagnóstico de Competências Específicas Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Apêndice III), que está descrita de acordo com o Regulamento nº 422/2018, onde o Enfermeiro “utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família, encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados” (p19192). O grupo etário em que atua este Especialista, compreende o intervalo entre 0 e os 18 anos, sendo que pode ir, em casos específicos (doença crónica, incapacidade ou deficiência), até aos 21 ou 25 anos. Este trabalho é desenvolvido em diferentes contextos de prestação de cuidados de enfermagem, com o intuito de promover melhorias na saúde, através da prestação de cuidados à criança, jovem e família, estando a criança ou jovem saudável ou doente, assim como identificar e otimizar recursos para promover a educação para a saúde, bem como o apoio à família (Regulamento nº140/2019). Este projeto desenvolver-se-á tendo como cliente alvo a criança, jovem e família.

Tendo em conta o alvo de estudo deste projeto de estágio, foi selecionado um modelo de cuidado para nortear a sua construção e implementação, e desta forma ir ao encontro ao referido pela Ordem dos Enfermeiros (2018) como uma das competências a serem desenvolvidas pelos Enfermeiros Especialistas, que consiste em escolher um modelo de cuidados adequado ao contexto e à população a quem se

presta cuidados. Para Fontana (2019) o exercício das funções de enfermagem deve ter como alicerce uma teoria de enfermagem, para ser efetuada uma prática baseada na evidência, de acordo com a necessidade do contexto e população cuidada.

Como na temática deste projeto centra-se na intervenção do Enfermeiro Especialista no exercício das suas funções em contexto multicultural, terá como alicerces do pensamento a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, o Modelo de Cuidado Culturalmente Competente de Campinha-Bacote, e a filosofia dos Cuidados Centrados na Família.

Com a implementação deste projeto pretendo contribuir para a sensibilização e posterior implementação de cuidados multiculturalmente competentes em todos os contextos de estágio, para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem, e assim, ser possível avaliar os ganhos em saúde promovidos. Através da utilização dos Cuidados Centrados na Família, é possível promover o envolvimento dos pais nos cuidados, o empoderamento dos clientes, a promoção da parceria de cuidados e a inclusão no plano de cuidados (da criança, jovem e família) sendo estes, alguns exemplos de ganhos em saúde no contexto de internamento em pediatria (Amaral, 2010). Em 2019, a UNICEF destacou a importância de considerar a família uma constante na vida da criança e do jovem. Desta forma, é imprescindível considerar os valores culturais e tradições familiares para que o crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem seja preservado.

Na Instituição onde exerço funções, cuidamos de crianças, jovens e famílias oriundas de diversas partes do mundo. Com o desenvolvimento da competência cultural, pretendo promover um cuidado de excelência para estes clientes e sensibilizar os enfermeiros sobre a necessidade da aquisição da competência cultural.

Com a temática específica tenciono desenvolver novas competências e melhorar as já adquiridas, no que diz respeito à intervenção do Enfermeiro Especialista no cuidar de pessoas em contexto de diversidade cultural. Tenciono, também, contribuir para a literacia em saúde e para a humanização dos cuidados de enfermagem aos imigrantes residentes em Portugal, ao prestar cuidados de enfermagem avançada. Segundo Silva (2007) a enfermagem avançada é mais centrada na pessoa, ou seja, mais direcionada para satisfazer as necessidades da pessoa.

Um dos objetivos principais da realização e posterior implementação deste projeto é o desenvolvimento de competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros para ser um Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria. De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (1996), para ser um Enfermeiro Especialista é necessária a aquisição de diferentes competências, tais como a competência científica, técnica e humana na área da especialidade correspondente. Segundo Silva (2007) a enfermagem avançada é mais centrada na pessoa, ou seja, mais direcionada para satisfazer as necessidades da pessoa.

A realização deste projeto e a sua posterior implementação contribuirá para aquisição de competências, para que possa assumir responsabilidades mais complexas na prestação de cuidados, com o intuito de prestar cuidados de excelência.

Uma vez que o resultado esperado da implementação deste projeto de estágio é a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, através da articulação das competências já adquiridas ao longo da minha prática profissional, da prática baseada na evidência científica e da reflexão sobre os cuidados prestados e resultados obtidos, tenciono cumprir o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (1996), onde, no artigo 9º está referido que “os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem...” (p.2961).

O referido projeto de estágio está estruturado de forma a demonstrar o percurso pretendido no decorrer da sua implementação. Posteriormente será apresentada uma revisão da literatura, seguida do plano de trabalho e métodos a serem desenvolvidos durante a implementação e as respetivas Instituições envolvidas no processo. Serão, também, descritos os objetivos gerais e específicos, as atividades, tarefas e resultados esperados (Apêndice IV) e apresentado o cronograma do projeto de estágio (Apêndice I). De forma a exemplificar a associação de conceitos mencionados neste projeto, foi elaborado um mapa conceptual (Apêndice II). Nesta fase inicial do projeto, também será apresentado um Protocolo para Revisão *Scoping* (Apêndice V). Numa fase posterior, aquando da sua implementação, serão inseridos os resultados da respetiva revisão *scoping*, no relatório final de estágio.

Para aprofundar as temáticas inerentes a este projeto, recorri à Biblioteca do Conhecimento Online, ao Google Académico, à base de dados EBSCOHost, à

exploração de sites Institucionais e à consulta de livros técnicos. Foram utilizados, também, os conteúdos lecionados nas sessões teóricas e a bibliografia recomendada.

Conforme indicação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, este trabalho foi elaborado de acordo com as Orientações para a Construção do Projeto de Estágio do ano letivo 2021/2022.

3. REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA

De acordo com Thibodeaux e Mooney-Doyle (2014) para que os enfermeiros promovam a saúde das crianças, é necessária uma compreensão das influências sociais, religiosas e culturais que caracterizam a mesma. Já Fontana (2019) refere que questões de gênero, raça, etnia, cor de pele, entre outros aspetos são extremamente relevantes, e para o cuidar culturalmente competente, é necessário a ausência de preconceitos e respeito pelas diferenças e identidade cultural de cada população.

Com o aumento exponencial do número de imigrantes residentes em Portugal (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, 2020) torna-se uma necessidade crescente, a compreensão dos modelos de cuidado de competência cultural, de forma a conduzirem a uma prestação de cuidados de excelência, respeitando as diferenças entre as populações alvo dos nossos cuidados (Silva & Moita, 2016).

Ao ser referido o conceito de competência cultural, é importante ressaltar a complexidade da sua compreensão e posterior avaliação, pois não se pode avaliar a competência avaliando as ações desempenhadas que foram consideradas competentes. A competência cultural deve ser entendida como muito além do conhecimento de costumes e situações de saúde/doença existentes na criança, jovem e família, uma vez que, também, compreende habilidades de comunicação eficaz entre pessoas com interpretação da realidade de forma divergente, compreensão de crenças e valores e de hábitos das comunidades (Moreira e Motta, 2016).

De acordo com Johnson e Keogh (2012) o enfermeiro deve conhecer, compreender, respeitar e aceitar a diversidade das crianças, jovens e suas famílias. Sejam diferenças de raças, etnias ou religiosas, com o intuito de conhecer quais são as suas práticas habituais e quais são as suas práticas proibidas, de forma a compreender os comportamentos relacionados ao processo de saúde/doença e planejar cuidados multiculturalmente competentes. Ao reconhecer e apoiar as práticas habituais da criança, jovem e família é possível aumentar a qualidade dos cuidados e a adesão ao plano de cuidados.

Segundo Thibodeaux e Mooney-Doyle (2014) para que um enfermeiro desenvolva a competência cultural é essencial compreender outras culturas para além da sua, de forma que aceitem as implicações da cultura dos clientes e da sua, na prestação de cuidados de enfermagem. Para Leininger (2001), citada por Thibodeaux e Mooney-Doyle (2014) pode-se caracterizar a cultura como um conjunto de pessoas,

que partilham e transmitem os seus valores, normas, crenças, padrões e práticas através de gerações. Já Purnell e Paulanka (2010) referem que a cultura pode ser definida como um conjunto de pessoas que partilham as mesmas normas, crenças, estilos de vida, forma de pensar, leis, práticas políticas e económicas, relações sociais que são transmitidas às novas gerações. Para que o enfermeiro conheça a cultura de quem presta cuidados precisa desenvolver competências de comunicação, para que possa comunicar de forma a compreender quem cuida, com o intuito de respeitar a sua individualidade e prestar cuidados culturalmente competentes. (Fontana, 2019)

De acordo com Thibodeaux e Mooney-Doyle (2014), dentro de uma cultura podem ser desenvolvidas várias subculturas, cada uma delas com características próprias, consoante o meio onde estão inseridas, principalmente no caso das crianças que crescem com a influência da cultura de grupos primários (com contacto mais íntimo e frequente entre o grupo) e de grupos secundários (mantém contacto limitado e intermitente). Para Johnson e Keogh (2012), uma subcultura pode ser considerada um grupo inserido dentro de uma cultura, com algumas crenças e valores divergentes dos habituais da cultura dominante.

Thibodeaux e Mooney-Doyle (2014), definem alguns conceitos essenciais para o desenvolvimento da competência cultural, tais como a etnia, considerada como um grupo de pessoas que partilha do mesmo património social, cultural e linguístico. No que diz respeito a definição de raça, esta relacionado com a diferenças de características físicas nos seres humanos utilizadas para os distinguir. De acordo com Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2020), emigrante, são todos os cidadãos de origem estrangeira residentes em Portugal.

Esta descrito na literatura que para obter competência cultural é necessária a aquisição de cinco componentes distintas: Consciência cultural; Conhecimento cultural; Capacidade cultural; Encontro cultural e Desejo cultural (Munoz and Luckmann, 2005 citado por Thibodeaux e Mooney-Doyle, 2014).

Através da prestação de cuidados às crianças, jovens e famílias imigrantes, pode existir choque cultural, tanto da parte dos clientes como do enfermeiro prestador de cuidados, sendo o choque cultural descrito como uma incapacidade de lidar com uma situação estranha, desconhecida. (Thibodeaux e Mooney-Doyle, 2014).

Quando são referidos aspetos relativos a cultura, é importante ressaltar que alguns grupos são considerados populações mais vulneráveis que a população em

geral, sendo consideradas populações de alto risco, devido à fatores económicos e sociais (Johnson e Keogh, 2012). Assim, a influência da classe socioeconómica não pode ser ignorada nos cuidados multiculturais, contudo, destaca-se que as relações familiares são mais fortes em famílias com menos recursos financeiros (Thibodeaux e Mooney-Doyle, 2014).

Para Purnell e Paulanka (2010), para que sejam efetuados cuidados de enfermagem culturalmente competentes, é necessário que o conceito de relativismo cultural seja utilizado, sendo este descrito como; um cuidado onde as práticas, comportamentos e crenças de cada população só devem ser pensados de acordo com a cultura onde estão inseridas, este relativismo cultural o oposto da imposição cultural, onde a cultura de quem cuida é imposta na prestação de cuidados à criança, jovem e família.

Existem dimensões que demonstram a sua eficácia e qualidade dos cuidados de enfermagem, sendo que a sensibilidade e a competência cultural são duas destas (Fernandes e Monteiro, 2015). Para Purnell e Paulanka (2010), descrevem a necessidade da aquisição da consciência cultural, onde a arte, a música, as características do vestuário e as características físicas são considerados sinais exteriores da diversidade. Já no que diz respeito à sensibilidade cultural, está relacionada com as atitudes pessoais, ou seja, ter em atenção ao discurso efetuado, de forma a não dizer nada que possa ser interpretado como ofensivo a cultura da criança, jovem e família a quem prestamos cuidados. Assim, Moita e Silva (2016), referem que para ser a competência cultural ser desenvolvida, uma das estratégias que deve ser utilizada é a imersão cultural, sendo que este processo deve decorrer de forma contínua, dinâmica e em constante atualização.

A conceção de competência cultural, num processo de cuidados de enfermagem, pode ser desenvolvida com a aproximação etnográfica do alvo na nossa prestação de cuidados, através do reconhecimento da experiência vivenciada pelas crianças, jovens e famílias em contextos de saúde/doença (Fernandes e Monteiro, 2015). Assim, Johnson e Keogh (2012), descrevem que a postura do enfermeiro na prestação de cuidados pode criar barreiras na relação terapêutica com a criança, jovem e família, se, este acreditar que a sua cultura é melhor que a cultura dos demais e não considerar as características relacionadas a cultura dos clientes.

Para Thibodeaux e Mooney-Doyle (2014), os aspetos relacionados ao crescimento e ao desenvolvimento infantil são particularidades universais e fundamentais; contudo, a cultura pode influenciar respostas diferentes aos mesmos fenómenos. Já Fernandes e Monteiro (2015) descrevem que existe falta de conhecimento e, conseqüente, compreensão dos fatores relacionados à cultura de cada criança, jovem e família, que influenciam as respostas aos cuidados prestados. Assim, torna-se um fator essencial para a prestação de cuidados culturalmente competentes, o reconhecimento de características específicas culturais, na abordagem a ser efetuada pelo enfermeiro à criança, jovem e família (Thibodeaux e Mooney-Doyle, 2014). Segundo Lazure (1995), citado por Fernandes & Monteiro (2015) para que seja desenvolvida uma relação terapêutica eficaz, a base dos cuidados de enfermagem deve ser a confiança e o respeito absoluto da criança, jovem e família, através da compreensão empática dos comportamentos.

Como referido anteriormente, na introdução, de acordo com a temática abordada neste projeto de estágio, foram enquadradas duas teorias de enfermagem e um modelo de cuidados. Com o intuito de demonstrar que este projeto tem por base a utilização de evidencia científica, nos subcapítulos seguintes serão efetuadas breves descrições dos aspetos supracitados.

3.1. Cuidados Centrados na Família

Nos cuidados centrados na família, a família é reconhecida como uma constante na vida da criança e o enfermeiro deve apoiar, respeitar, encorajar e potencializar a força e competência familiar (Hockenberry e Barrera, 2014). Para Sanders (2014), citando a American Academy of Pediatrics (2003), os cuidados centrados na família são definidos como cuidados prestados com o intuito de satisfazer as necessidades da criança, jovem e família, através de uma abordagem que inclua as estruturas políticas, os programas de saúde, a gestão dos serviços, as interações entre os envolvidos nos cuidados, ou seja, crianças, jovens e famílias e respetivos profissionais de saúde. Para Ridgway, Hackworth, Nicholson e McKenna (2020) os resultados dos cuidados podem ser melhores quando a família se sente envolvida, apoiada e informada ao longo do processo.

Segundo Smith (2018) é necessário compreender o conceito de família de cada cliente e promover a participação de todos os membros no processo de cuidados, para isso, é necessário respeitar a diversidade cultural, e compreender que este processo exige negociação e, por último, favorecer momentos de comunicação eficaz, onde todos tenham a oportunidade de exprimir as suas preocupações. Ridgway, Hackworth, Nicholson e McKenna (2020) destacam que o cuidado centrado na família tem alguns princípios fundamentais, tais como o respeito, a dignidade, a participação, a colaboração e a partilha de informações.

Segundo Coyne, Hallstrom e Soderback (2018) é de suma importância que exista uma flexibilidade das práticas utilizadas nos serviços, de forma a atender às necessidades individuais das crianças, jovens e famílias. De acordo com Shields et al. (2012), para *Institute for patient and family – centered care*, o cuidado centrado na família requer que os profissionais de saúde tenham como foco os cuidados à família e reconheçam a sua importância, de forma a promover um modelo colaborativo. Assim, a probabilidade da satisfação da criança, jovem e família ser atingida é maior, uma vez que todos são vistos como alvo de cuidados.

Smith (2018) destaca algumas das consequências da implementação do cuidado centrado na família, nomeadamente a possibilidade de um cuidado individualizado, o aumento do conforto e confiança da família, melhor comunicação, fortalecimento da capacidade de adaptação da família à nova condição e melhoria no grau de satisfação dos envolvidos. Assim, ao envolver a família no planeamento e prestação de cuidados é possível ir de encontro ao preconizado pela Ordem Dos Enfermeiros (2015), através do cumprimento descrito no Código Deontológico que refere que é um dever do enfermeiro informar e explicar aspetos relativos aos cuidados prestados a criança, jovem e família, bem como acerca dos recursos disponíveis e das formas que o cliente e família os podem obter.

3.2. Modelo de Cuidado Culturalmente Competente

O Modelo de Cuidado Culturalmente Competente de Campinha-Bacote (2011) descreve que, para que o Enfermeiro adquira competência cultural, deve existir primeiramente uma motivação dos próprios. Assim, este, desenvolve, sensibilidade cultural, quando reconhece que existem várias culturas com características diferentes; autoconsciência, ao aceitar a sua própria cultura; habilidades culturais, através do

conhecimento adquirido das diferentes culturas e humildade para respeitar o que não compreende; e o planeamento da interação com a criança, jovem e família de origem imigrante com base no respeito pela cultura do cliente.

O principal objetivo da Teoria de Campinha-Bacote é proporcionar aos enfermeiros um conjunto de habilidades para que seja possível desenvolver competência cultural. Desta forma, os enfermeiros podem prestar cuidados de qualidade, centrado no cliente, ao respeitarem os aspetos relativos à sua cultura. Contudo, esta aquisição de habilidades só é possível se o enfermeiro assim o desejar.

Para Campinha.Bacote uma das funções do enfermeiro é colaborar na preservação da identidade cultural de quem presta cuidados. Para que isso seja possível, deve ser reconhecida e respeitada os aspetos que compõem a sua cultura (Campinha-Bacote, 2011).

3.3. Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural

A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger (1998) proporcionou o início do estudo e compreensão da relevância da interação entre as características culturais e os comportamentos relacionados com a saúde, considerando que a perceção do mundo de cada indivíduo e os aspetos socioculturais estão diretamente relacionados ao seu conceito de saúde e doença.

Segundo propõe Leininger (1998), para a aquisição da competência cultural é necessário estudar a diversidade das culturas, através da perceção das diferenças, assim como, estudar a universalidade, através do reconhecimento de semelhanças.

Para Fontana (2019), ao utilizarmos como base de cuidados a Teoria de Leininger, os enfermeiros podem preservar a identidade cultural dos seus clientes e minimizar a imposição cultural na prestação de cuidados. De acordo com Leininger (1998), a prestação de cuidados de Enfermagem é fundamentalmente intercultural e transcultural, na qual deve ser o cliente a assumir a centralidade do cuidado e o enfermeiro deve respeitar os estilos de vida e valores do mesmo. Para que seja implementado cuidados de enfermagem com base na teoria de Leininger é necessário um conhecimento detalhado da teoria e dos clientes a quem se presta cuidados (Thibodeaux e Mooney-Doyle, 2014).

Para a operacionalização da teoria de Leininger, é necessário a compreensão de alguns conceitos fundamentais, assim, de acordo com (Purnell e Paulanka, 2010) a cultura pode ser definida como um conjunto de pessoas que partilham as mesmas normas, crenças, estilos de vida, forma de pensar, leis, práticas políticas e económicas, relações sociais, entre outros aspetos. Estas características específicas de cada cultura são transmitidas através das novas gerações. A ausência de conhecimentos dos enfermeiros no que diz respeito as diferentes culturas e suas necessidades específicas, podem promover uma prestação de cuidados insatisfatória e ineficaz. (Leininger, 1991, 1998).

Madeleine Leininger desenvolveu um diagrama denominado modelo concetual de “*Sunrise*” com o intuito de clarificar os conceitos para a sua melhor compreensão. Neste diagrama está em destaque a necessidade de interação entre o enfermeiro e o cliente para a implementação de um cuidar culturalmente competente.

De acordo com o modelo de Leininger, é destacado como sendo o objetivo da profissão proporcionar um cuidado culturalmente competente. Ao ter como foco de cuidados o cliente e as suas particularidades, sendo encarado como ser holístico. Sendo de especial importância que o profissional desenvolva os seus cuidados com base no respeito pelos valores, cultura, prática dos clientes e respetivas crenças. Neste modelo, a dificuldade é originada pela não compreensão da cultura do cliente. A consequência do desenvolvimento profissional com base nos pressupostos de Leininger é a promoção de cuidados culturalmente competentes através da intervenção adequada ao cliente a quem são prestados cuidados.

3.4. Justificação da Pertinência do Tema

Segundo Moreira e Motta (2016) existe uma emergente necessidade da competência cultural ser abordada em contextos educacionais, para a aquisição de competências necessárias para que se atinja um cuidar culturalmente competente. Para Fernandes e Monteiro (2015), dado as características da sociedade cada vez mais multicultural e global, é essencial que os enfermeiros e demais profissionais de saúde planeiem os cuidados de saúde tendo em conta as características culturais, para isso, é necessário que a competência cultural seja um aspeto incluído nas formações académicas e no decorrer da vida profissional. Os referidos autores destacam, também, a importância de as instituições de saúde oferecerem condições

para os seus colaboradores desenvolverem a competência cultural, sendo esta uma mais-valia para o desempenho das suas funções nas respetivas instituições, traduzindo-se em melhoria dos cuidados para os clientes.

No estudo realizado por Moreira e Motta (2016), uma das conclusões referidas é que, os profissionais de saúde não se sentem preparados e treinados para lidar com a diversidade cultural existente na atualidade. Moita e Silva (2016), sugerem a ideia de serem repensadas as estratégias de ensino de modelos de competência cultural, ao serem também explicitados os atuais benefícios e ganhos em saúde, através da aquisição e posterior integração da competência cultural na prática diária de cuidados de enfermagem.

Após consultas de diferentes fontes de evidência científica, tornou-se evidente a necessidade da implementação e posterior divulgação deste projeto de estágio, uma vez que o objetivo é promover a melhoria dos cuidados de enfermagem.

4. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS

O plano de trabalho para a concretização deste projeto de estágio é intencional, uma vez que as intervenções estão selecionadas para que sejam desenvolvidas, as competências necessárias para ser uma Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediatria. Contudo, este percurso também é flexível, pois será ajustado no decorrer da sua implementação de acordo com a realidade e oportunidades de aprendizagens nos diferentes contextos de estágio.

A metodologia que será utilizada está descrita no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (1996), no artigo 5º: O primeiro passo foi identificar a problemática, neste caso a necessidade de intervenção do Enfermeiro Especialista no cuidar culturalmente competente à criança de diferentes culturas. Posteriormente, foi efetuada uma revisão da literatura sobre a temática para confirmar a problemática e em seguida, foi identificado o diagnóstico das necessidades para o cuidar culturalmente competente. Foram então, identificados objetivos e definidas atividades a serem concretizados ao longo da elaboração deste projeto, estando prevista a sua implementação no decorrer dos estágios. Nos estágios, o objetivo será a operacionalização do plano efetuado, através da execução das atividades delineadas.

A elaboração e implementação deste projeto irá possibilitar o desenvolvimento de competências comuns e específicas para ser Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediatria. A operacionalização decorrerá ao longo da prática clínica, que será desenvolvida em cinco contextos diferentes, de acordo com o cronograma elaborado o qual se encontra no apêndice I. Destaco que estes contextos foram selecionados para irem ao encontro da população alvo deste projeto.

Todo o processo de elaboração e posterior implementação deste projeto tem como base a mais recente evidência científica encontrada sobre a referida temática, tendo o propósito do desenvolvimento de competências culturais.

5. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Unidade de Cuidados Neonatais: Esta Maternidade é uma referência para partos a nível nacional (continente e ilhas). Os hospitais privados, em caso de suspeita de parto de grandes prematuros e até mesmo instituições de saúde de países africanos, antigos Palopes, fazem o encaminhamento para esta unidade devido à sua especialização. O serviço de neonatologia dispõe de condições para receber recém nascidos de pré-termo e grandes prematuros. Com o intuito de gestão de vagas eficazes, esta unidade de neonatologia é responsável por coordenar e gerir as vagas em todas as unidades de neonatologia do país. A equipa de enfermagem que integra esta unidade de neonatologia é composta por aproximadamente 80 enfermeiros, e os cuidados são prestados com a utilização do método de enfermeiro responsável. Aproximadamente 50% da equipa de enfermagem é composta por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. A nível de acompanhamento após a alta, é efetuada uma articulação com

, para o Centro de Desenvolvimento do Bebê e da Criança. A unidade de neonatologia tem vários projetos de melhoria de cuidados em prática, sendo um Hospital amigo dos bebés desde 2009 (UNICEF); promove o aleitamento materno, apoia o luto e pratica o projeto Canguru inserido no Global Care. Esta Unidade sendo uma referência em Neonatologia, recebe recém-nascidos e grandes prematuros inseridos em diferentes culturas, que proporciona cuidar de famílias de contextos multiculturais.

Internamento de Pediatria: Este Hospital recebe clientes inseridos em diferentes culturas, devido à sua localização geográfica, pois é uma área muito povoada por imigrantes que possuem diferentes culturas. O serviço de internamento de pediatria é composto por aproximadamente 36 enfermeiros, com cerca de 11 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. O Hospital de Dia funciona num espaço próximo ao Internamento. Os principais projetos de melhoria de cuidados em vigor na atualidade são a Unidade Móvel de Apoio Domiciliário, o núcleo de trabalho sobre a dor, o campo de férias para crianças com doenças crónicas e a preparação para a alta da criança com patologia cirúrgica.

Consulta de Desenvolvimento Infantil: Este hospital é uma referência a nível Nacional na prestação de cuidados, é possível contactar com crianças, jovens e famílias com diversas patologias e inseridos em diferentes culturas. As crianças e jovens que frequentam a consulta de desenvolvimento deste Serviço têm idades compreendidas entre os 0 e os 18 anos, existem exceções onde podem ser acompanhados até aos 21 anos. Os encaminhamentos das crianças para as consultas de desenvolvimento são efetuados através da articulação com outras unidades hospitalares, quando são identificadas alterações no desenvolvimento, ou são referenciados pelos cuidados de saúde primários, ou através da identificação da necessidade de vigilância do desenvolvimento nos serviços de internamento de pediatria, ou pelas consultas de outras especialidades, ou pela urgência de pediatria ou por outros Hospitais. O trabalho neste serviço é desenvolvido com a colaboração da uma equipa multidisciplinar, assim como se articula com a comunidade. Estão integrados neste Serviço dois Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Nas consultas é utilizada a Schedule of Growing Skills II, que pode ser aplicada por Pediatras ou pelos dois Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediatria. Esta opção de local de estágio, também foi selecionada, devido a oportunidade de me inteirar de como é efetuada a articulação entre as unidades hospitalares onde efetuei estágios.

Cuidados de Saúde Primários: Esta Unidade é dividida em duas unidades funcionais. Presta cuidados a nível da sala de tratamentos, consultas de Saúde Infantil, Saúde Materna, Planeamento Familiar e efetua visita domiciliária ao adulto, ao idoso e ao recém-nascido. Esta Unidade possui uma população multicultural, de famílias de diferentes classes sociais. Inclusive, alguns utentes que estão inscritos não têm nacionalidade portuguesa e estão em situação irregular no país, sem documentação válida. O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria tem uma responsabilidade acrescida nesta área de competência e é responsável pela vigilância da Saúde Infantil em articulação com a Saúde Materna.

Serviço de Urgência Pediátrica: Este Hospital é de referência no tratamento de crianças e jovens com doenças complexas na grande Lisboa, Algarve, Ilhas e alguns países. O serviço de urgência é composto por aproximadamente 40 enfermeiros, sendo que nos últimos anos tem existido uma grande rotatividade nos

membros da equipa. Em períodos de maior afluência (gripe, Covid-19) as equipas são reforçadas. Atende clientes entre os 0 e os 18 anos, contudo, em caso de doença crónica podem continuar a recorrer a esta urgência até aos 21 anos. Os clientes são de uma diversidade cultural acentuada, algumas comunidades são bem organizadas e já se articulam com os profissionais do serviço de urgência através de um tradutor, em situações em que a família da criança, jovem e família não fale uma língua que permita a comunicação com os elementos da equipa. O método utilizado na Triagem desde 2016 é o Canadano. Este hospital dá respostas a situações clínicas de diversas especialidades, com exceção da cardiologia pediátrica e não recebem politraumatizados complexos.

6. DESCRIÇÃO DOS OBJETIVOS

De modo a desenvolver competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (2019) para exercer funções de Enfermeira Especialista, bem como as competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (2018) para exercer funções de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, e por último, para dar resposta à problemática central neste projeto de estágio, foram elaborados dois objetivos gerais:

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

2º Objetivo geral: Desenvolver competências no âmbito do cuidar da criança, jovem e família imigrante, nos diferentes contextos pediátricos.

Para efetuar a operacionalização dos objetivos gerais acima descritos, foram definidos objetivos específicos, atividades e tarefas, com a referida descrição das mesmas e respetiva duração. Para que fosse possível validar a sua eficácia, foram selecionados indicadores de avaliação. Todos estes aspetos serão, posteriormente, expostos em forma de tabela (Apêndice IV).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2015) é essencial que os enfermeiros efetuem formações frequentemente, com o objetivo do desenvolvimento profissional na sua área de atuação, de modo a prestar cuidados de qualidade de acordo com a necessidade do contexto onde exercem funções.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, A. (2010) *A efectividade dos cuidados de enfermagem: modelos de análise*. Revista Investigação em Enfermagem, 21, 96-105. Acedido em 16/02/2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/289539696_A_Efetividade_Dos_Cuidados_De_Enfermagem_Modelos_De_Análise.
- Coutinho, E., Amaral, S., Parreira, V., Chaves, C., Amaral, O., e Nelas, P. (2017). *O cuidado cultural na trajetória da enfermagem transcultural e competência cultural*.pdf. Investigação Qualitativa Em Saúde, 2, 1578–1587. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1510>.
- Campinha-Bacote, J. (2011) *Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict: The role of cultural competence*. The Online Journal of Issues in Nursing, 16 (2) 1-8
- Coyne, I., Holmström, I., & Söderbäck, M. (2018). *Centeredness in Healthcare: A Concept Synthesis of Family-centered Care, Person-centered Care and Child-centered Care*. Journal of Pediatric Nursing, 42, 45–56. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.07.001>.
- Fernandes, A., e Monteiro, A. P. (2015). *Contributo para o estudo de competência cultural em saúde mental de enfermeiros em Portugal*. Portuguese Journal of Mental Health Nursing, 14(14), 39–47. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0104>
- Fontana, R. T. (2019). *A Interculturalidade Na Formação Dos Profissionais De Enfermagem*. Revista Contexto e Educação, 34(109), 36–51. <https://doi.org/10.21527/2179-1309.2019.109.36-51>.
- Hockenberry, J. Marilyn e Barrera, Patrick (2014). *Promoção da Saúde do Adolescente e da Família*. (p. 1 - 20). In M., Hockenberry & D., Wilson. Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- Johnson, J. e Keogh, J. (2012) *Enfermagem Pediátrica Desmistificada*. Loures. Lusodidacta.

- Instituto de Apoio à Criança. (2020). *Convenção sobre os direitos da criança Lisboa*. Instituto de Apoios à criança – Marketing, Comunicação e Projectos. ISBN 978-972.
- Leininger, M. (1998) *Transcultural nursing perspectives: basic concepts, Principles, and culture car incidentes*. In L. Mdeleine *Transcultural nursing: concepts, theories, research & practices* 2^oed., 57-92. New York: McGraw-Hill.
- Leininger, M. (1991). *Culture Care Diversity and Universality: a theory of Nursing*. New York: National League for Nursing Press.
- Leininger, M. (2001). *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*. (2^a ed.). Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers.
- Moita, M. A. G., e 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.
- Moreira, G. de O., e Motta, L. B. (2016). *Competência Cultural na Graduação de Medicina e de Enfermagem*. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 40(2), 164–171. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n2e02902014>.
- Purnell, Larry, D. & PaulanKa, Betty J. (2010) *Cuidados de Saúde Transculturais: Uma abordagem culturalmente competente*. (3^o ed.) Loures: Lusodidacta
- Regulamento n.º 351/2015 (2015). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Diário da República n.º 35/11, 2^a série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. Acedido a 8 agost. 2021. Disponível em: <https://dre.pt/psquisa/mm/4567377>.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Diário da República, 2.^a série, 133, 19192-19194. Acedido a 8 agost. 2021. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115685379/details/maxim>.

- Regulamento n.º 140/2019 (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da república, 2.ª série, 26, 4744-4750. Acedido a 11 agost. 2021. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/dre.u995/details/max>.
- Regulamento n.º 205/1996, (1996). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Diário da República, Série I-A de 1996-09-04. Acedido a 10 agost. 2021. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/241640/details/maximize>.
- Ridgway, L., Hackworth, N., Nicholson, J. M., & McKenna, L. (2020). *Working with families: A systematic scoping review of family-centred care in universal, community-based maternal, child, and family health services*. Journal of Child Health Care. <https://doi.org/10.1177/1367493520930172>.
- Reis, A. e Costa, M. (2014). *Cuidar de Imigrantes: das intervenções em contexto à construção de competências culturais nos enfermeiros*. Revista de Enfermagem, vol IV, número 2, 63–69. <http://dx.doi.org/10.12707/R1111318>.
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2020). *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2020*. Editor: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, Barcarena. Oeiras. ISSN: 2183-2935
- Sanders, J. (2014). *Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização*. (p.1025-1060). In M., Hockenberry & D., Wilson. Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- Shields, L., Zhou, H., Taylor, M., Hunter, J., Munns, A., & Watts, R. (2012). *Family-centred care for hospitalised children aged 0-12 Years: A systematic review of quasi-experimental studies*. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, 10(39), 2559–2592. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2012-32>.
- Smith, J., Swallow, V., & Coyne, I. (2015). *Involving parents in managing their child's long-term condition-a concept synthesis of family-centered care and*

partnership-in-care. Journal of Pediatric Nursing, 30(1), 143–159.
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2014.10.014>

Thibodeaux, G. Annaka & Mooney-Doyle, Kim (2014). *Influências Sociais, Culturais e Religiosas na Promoção da Saúde da Criança*. (p.21-48). In M., Hockenberry & D., Wilson. Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência.

Silva, A. P. (2007). *Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina*. Servir Vol. 55, Issues 1–2, pp. 11–20. Lisboa.

Unicef. (2019) *Convenção Sobre os Direitos da criança e Protocolos Facultativos*. Editora Comité Português para a UNICEF. Edição Revista 2019.

APÊNDICES

Apêndice I

Cronograma

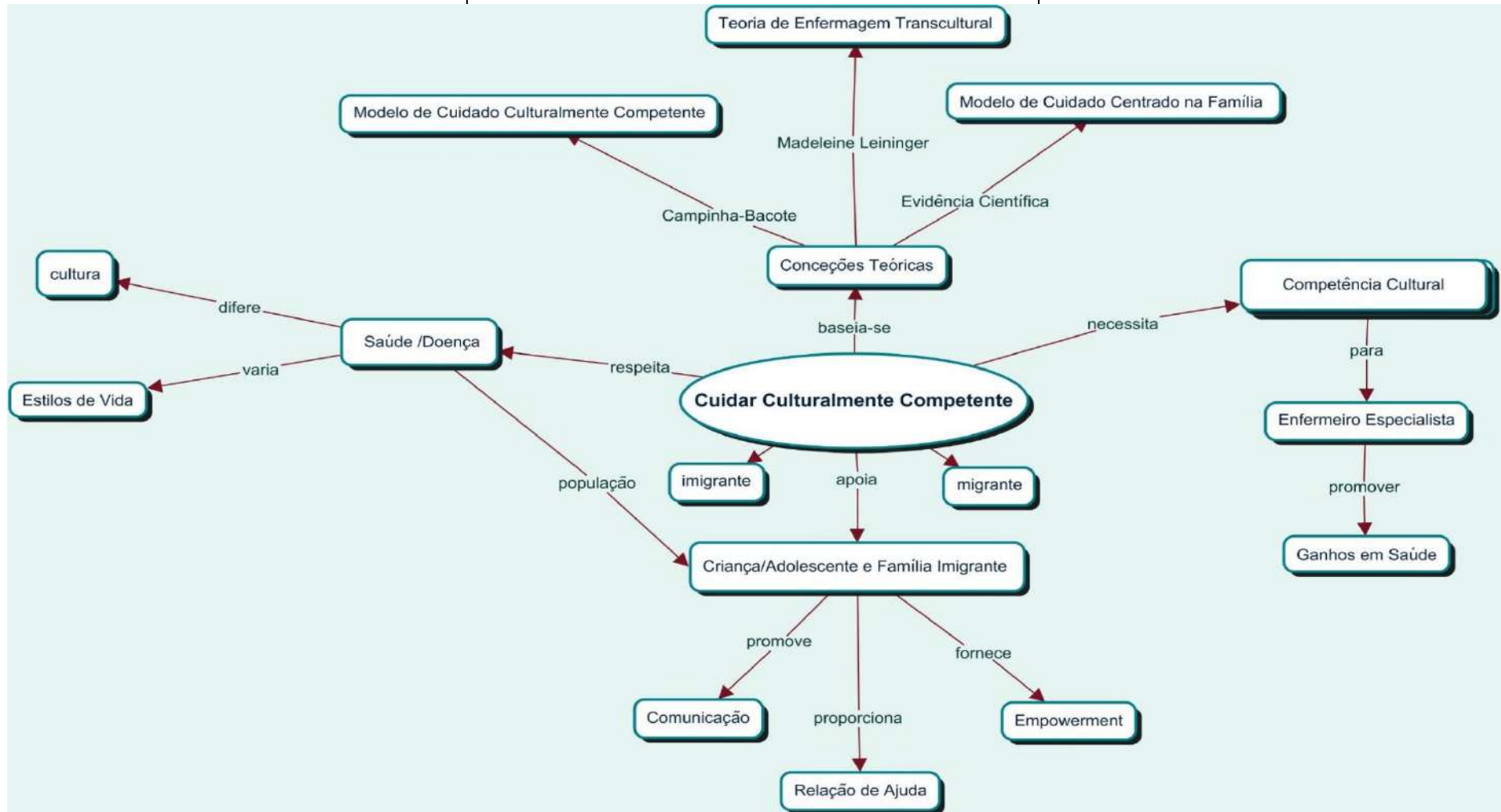
CRONOGRAMA

ANO	2021												2022																	
MÊS	Outubro			Novembro/Dezembro					Dezembro				Janeiro/Fevereiro					Fevereiro				Março								
Serviço	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24	31	7	14	21	28	4	11	18	25	28	3	7	14	21
Dias	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28	4	11	18	25	2	4	11	18	23					
UCN																														
Internamento de Pediatria																														
Consulta de Desenvolvimento Infantil																														
Cuidados de Saúde Primários																														
Urgência Pediátrica																														
Elaboração do Relatório de Estágio																														

Apêndice II

Mapa Conceptual

MAPA CONCEPTUAL



Apêndice III

Autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem face ao desenvolvimento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Desenvolvimento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem

Competência E1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.

Descritivo: considerando a natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família como alvo do cuidar do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade

Unidade de competência	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percecionado <1 >4
Critérios de avaliação		
<p>E1.1 — Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.</p> <p>E1.1.1 — Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar.</p> <p>E1.1.2 — Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.</p> <p>E1.1.3 — Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde.</p>	<p>No que diz respeito a esta Unidade de Competências, durante o meu exercício profissional, desenvolvi algumas delas de acordo com as oportunidades profissionais. Desde o início da minha atividade profissional exerço funções no contexto pediátrico. Contudo, nos últimos 7 anos exerço funções num contexto de doença crónica, onde a negociação da participação da família é essencial. Neste momento, está em curso no meu local de trabalho um Projeto denominado “do hospital para casa”, onde os pais adquirem</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios</p> <p>1_____2_____3__X__4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito</p> <p>1_____2_____3__X__4</p>

<p>E1.1.4 — Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às Crianças / jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.</p> <p>E1.1.5 — Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde.</p> <p>E1.1.6 — Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar.</p> <p>E1.1.7 — Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados.</p> <p>E1.1.8 — Intervêm em programas no âmbito da saúde escolar.</p> <p>E1.1.9 — Apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais.</p> <p>E1.1.10 — Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde.</p>	<p>competências, sob o ensino e a supervisão dos Enfermeiros, com o intuito de levarem os seus filhos com doença crónica para casa.</p> <p>Todas as crianças que usufruem daquele serviço têm necessidades especiais.</p> <p>A parceria de cuidados e articulação também é efetuada através do contato com a comunidade, para a inserção das crianças na mesma. Assim como, mesmo em contexto de internamento, articulamos com a comunidade escolar para manutenção das atividades letivas, dentro das possibilidades dos internamentos prolongados.</p>	<p>Experiência de mobilização em situação clínica</p> <p>1_____2_____3_X_____4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial)</p> <p>1_____2_____3_X_____4</p> <p>Observações:</p>
<p>E1.2 — Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.</p>	<p>No serviço onde exerço funções sou responsável de equipa, fazendo com que tenha responsabilidades acrescidas na vigilância das crianças, jovens e famílias.</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios</p> <p>1_____2_____3_X_____4</p>

<p>E1.2.1 — Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas.</p> <p>E1.2.2 — Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais.</p> <p>E1.2.3 — Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal -estar psíquico.</p> <p>E1.2.4 — Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco).</p> <p>E1.2.5 — Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção.</p> <p>E1.2.6 — Assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus -tratos.</p> <p>E1.2.7 — Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde.</p> <p>E1.2.8 — Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.</p>	<p>Encaminhamos as crianças e as famílias para outros técnicos de saúde quando necessário.</p> <p>Avalio e registo no processo clínico da criança o comportamento do cuidador durante o internamento.</p> <p>Explico aos pais os cuidados a terem no domicílio através da formação na preparação para a alta.</p>	<p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito</p> <p>1_____2_____3__X__4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica</p> <p>1_____2_____3__X__4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial)</p> <p>1_____2_____3__X__4</p> <p>Observações:</p>
--	---	--

Competência E2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.

Descritivo - Mobiliza recursos oportunamente, para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias.

Unidade de competência: Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percecionado
<p>E2.1 — Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.</p> <p>E2.1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória.</p> <p>E2.1.2 — Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico.</p> <p>E2.1.3 — Aplica conhecimentos e capacidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto.</p>	<p>Recorrentemente temos situações de risco acrescido no que diz respeito ao estado de saúde das crianças, devido às suas patologias graves, que causam uma instabilidade constante no seu percurso de vida. A vigilância é uma prática contínua na minha prestação de cuidados, com o intuito de prever o mais rápido possível as complicações.</p> <p>Sempre que se verificam complicação do estado de saúde de uma criança, como responsáveis por alertar a equipa médica para que seja efetuado um telefonema aos pais, a dar conhecimento do estado de saúde dos filhos, uma vez que sendo um serviço de longa duração, é comum as crianças ficarem desacompanhadas.</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios</p> <p>1 _____ 2 _____ 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito</p> <p>1 _____ 2 _____ 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica</p> <p>1 _____ 2 _____ 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial)</p> <p>1 _____ 2 _____ 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4</p> <p>Observações:</p>

<p>E2.2 — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.</p> <p>E2.2.1 — Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem.</p> <p>E2.2.2 — Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor.</p> <p>E2.2.3 — Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.</p>	<p>Faço parte do “Grupo de Trabalho do estudo da Dor no CHULC”, onde tenho a função de dinamizadora na equipa, assim como sou responsável pelas auditorias no meu serviço.</p> <p>Utilizo com frequência medidas não farmacológicas na prevenção e alívio da dor, pois na realidade das crianças do serviço onde exerço funções, muitos procedimentos são dolorosos.</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios</p> <p>1_____2_____3___X_4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito</p> <p>1_____2_____3___X_4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica</p> <p>1_____2_____3___X_4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial)</p> <p>1_____2_____3___X_4</p> <p>Observações:</p>
<p>E2.3 — Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados.</p>	<p>Sendo Enfermeira num serviço de doenças crónicas e raras há cerca de 7 anos, considero que já desenvolvi muitos conhecimentos acerca de doenças raras. Contudo, estamos constantemente a deparar-nos</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios</p> <p>1_____2_____3___X_4</p>

<p>E2.3.1 — Demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas.</p> <p>E2.3.2 — Procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras.</p>	<p>com novas doenças, pelo que tenho de estar constantemente a atualizar os meus conhecimentos.</p>	<p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito</p> <p>1 ___ 2 ___ 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 ___</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica</p> <p>1 ___ 2 ___ 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 ___</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial)</p> <p>1 ___ 2 ___ 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 ___</p> <p>Observações:</p>
<p>E2.4 — Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.</p> <p>E2.4.1 — Demonstra conhecimento sobre as posições da Ordem dos Enfermeiros relativamente às terapias complementares na prática de enfermagem.</p>	<p>Nesta competência tenho muitos aspetos a desenvolver. Não temos disponíveis muitas terapias e eu não possuo formação para as desenvolver. Tenciono, num futuro próximo, aprofundar os meus conhecimentos nesta área.</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios</p> <p>1 ___ 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 ___ 4 ___</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito</p> <p>1 ___ 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 ___ 4 ___</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica</p>

<p>E2.4.2 — Demonstra conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/ jovem.</p> <p>E2.4.3 — Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar</p>		<p>1____ 2__X__ 3__ 4__</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial)</p> <p>1____ 2__X__ 3__ 4__</p> <p>Observações:</p>
<p>E2.5 — Promove a adaptação da criança/ jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.</p> <p>E2.5.1 — Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem.</p> <p>E2.5.2 — Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação.</p> <p>E2.5.3 — Promove a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada.</p> <p>E2.5.4 — Adequa o suporte familiar e comunitário.</p>	<p>No que diz respeito a esta competência, é uma constante na minha realidade profissional. Como referido anteriormente, o meu serviço é referencia a nível de doença crónica e rara. As crianças são ensinadas e esclarecidas, desde muito cedo, para que se adaptem da melhor maneira possível à sua condição de saúde.</p> <p>O suporte familiar é fundamental, uma vez que são internamentos muito prolongados. Quando existem irmãos no agregado familiar, a família e a comunidade onde está inserida a criança internada, costumam colaborar no apoio aos mesmos.</p> <p>Não temos nenhum serviço no país que receba as crianças oriundas do meu serviço, devido à sua complexidade. Assim, ou estas crianças ficam internadas ou são proporcionadas aprendizagens aos pais, para que estes levem os filhos para casa e lhes prestem cuidados, com apoio da equipa que se desloca ao domicílio.</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios</p> <p>1____ 2____ 3__X__ 4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito</p> <p>1____ 2____ 3__X__ 4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica</p> <p>1____ 2____ 3__X__ 4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial)</p> <p>1____ 2____ 3__X__ 4</p>

<p>E2.5.5 — Demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança.</p>		<p>Observações:</p>
<p>E2.5.6 — Referencia crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário.</p>		

E3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

Descritivo - Considerando as especificidades e exigências desenvolvimentais das etapas desta fase do ciclo vital, responde eficazmente promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude.

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percebido
<p>E3.1 — Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.</p> <p>E3.1.1 — Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento.</p> <p>E3.1.2 — Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem.</p> <p>E3.1.3 — Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil.</p>	<p>No que diz respeito às teorias de desenvolvimento infantil, tenho vindo a fazer uma atualização de conhecimentos, através da realização deste curso. Uma vez que, ao longo dos últimos anos, na minha realidade profissional, as crianças não se desenvolvem como a maioria, fazendo com que os meus conhecimentos se resumam àquela realidade.</p> <p>Contudo, informamos a família, desde o início do internamento, as limitações e constrangimentos causados pela patologia de base da criança, no que se refere ao desenvolvimento infantil.</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1_____2__X__3_____4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1_____2__X__3_____4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1_____2_____3__X__4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1_____2_____3__X__4</p> <p>Observações:</p>

<p>E3.2 — Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais.</p> <p>E3.2.1— Avalia o desenvolvimento da parentalidade.</p> <p>E3.2.2 — Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo.</p> <p>E3.2.3 — Utiliza estratégias promotoras de esperança realista.</p> <p>E3.2.4 — Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN.</p> <p>E3.2.5 — Promove a amamentação.</p> <p>E3.2.6 — Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN.</p> <p>E3.2.7 — Gere o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce.</p>	<p>A maioria das crianças que dão entrada no meu serviço, vêm encaminhadas de UCIN, então, as parentalidades já vêm comprometidas. Estimulamos o contato dos pais com os bebês desde o primeiro dia, para que seja iniciado o vínculo familiar. Acontece que nem sempre os pais são recetivos, pois têm receio de “desconectar” algum dos prolongamentos ou dos sensores que estão conectados aos filhos.</p> <p>Assim, negociamos a participação para que, de forma gradual, esta vinculação aconteça.</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios</p> <p>1_____2_____3_X_____4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito</p> <p>1_____2_____3_X_____4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica</p> <p>1_____2_____3_X_____4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial)</p> <p>1_____2_____3_X_____4</p> <p>Observações:</p>
--	---	--

<p>E3.3 — Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.</p> <p>E3.3.1 — Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família.</p> <p>E3.3.2 — Relaciona -se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.</p> <p>E3.3.3 — Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.</p>	<p>A competência da comunicação é umas das principais que tenciono desenvolver, uma vez que espero contactar com diferentes culturas e comunicar de forma eficaz.</p> <p>O respeito pelas crenças e culturas é a temática principal deste projeto, pois tenciono desenvolver a competência cultural e promover a sensibilização dos meus pares neste sentido.</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios</p> <p>1 _____ 2 _____ 3 <u>X</u> 4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito</p> <p>1 _____ 2 _____ 3 <u>X</u> 4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica</p> <p>1 _____ 2 _____ 3 <u>X</u> 4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial)</p> <p>1 _____ 2 _____ 3 <u>X</u> 4</p> <p>Observações:</p>
--	---	--

<p>E3.4 — Promove a autoestima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde.</p> <p>E3.4.1— Facilita a comunicação expressiva de emoções.</p> <p>E3.4.2 — Reforça a imagem corporal positiva se necessário.</p> <p>E3.4.3 — Identifica os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis.</p> <p>E3.4.4 — Reforça a tomada de decisão responsável.</p> <p>E3.4.5 — Negoceia contrato de saúde com o adolescente.</p>	<p>Na minha prática profissional contato com poucos adolescentes, uma vez que as crianças no meu serviço são majoritariamente menores de 10 anos. Temos dois adolescentes que têm internamentos recorrentes e proporciono momentos de partilha de sentimentos e emoções. Assim como efetuo um reforço positivo quanto à imagem, pois considera-se ser um fator essencial, uma vez que devido às patologias de base, o crescimento e desenvolvimento ficam comprometidos.</p> <p>São também proporcionados ensinamentos aos adolescentes, para que estes tenham a maior autonomia possível.</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios</p> <p>1_____ 2_____ 3_X_____ 4_____</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito</p> <p>1_____ 2_____ 3_____ 4_____</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica</p> <p>1_____ 2_____ X_____ 3_____ 4_____</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial)</p> <p>1_____ 2_____ X_____ 3_____ 4_____</p> <p>Observações:</p>
---	--	--

Apêndice IV

Objetivos gerais e específicos, atividades a desenvolver, recursos e indicadores de avaliação

1. OBJETIVO GERAL: Desenvolver competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e de Mestre em Enfermagem nos processos de saúde/doença nos diferentes estádios de desenvolvimento da criança/jovem e família, nos diferentes contextos pediátricos.

1.1. Objetivo específico: Conhecer a cultura organizacional e a filosofia de cuidados dos diversos contextos clínicos.

1.2. Objetivo específico: Conhecer os projetos e programas em desenvolvimento nos diversos contextos clínicos.

Atividades	Contextos	Recursos	Competências
<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa sobre normas, procedimentos, protocolos, legislação e políticas de cada contexto; - Reunião com o enfermeiro orientador de modo a conhecer a área de atuação dos contextos clínicos, a caracterização da sua população, conhecer os projetos já implementados e os que se encontram ainda em fase de implementação; - Apresentação o Projeto de Estágio ao enfermeiro orientador. 	<p>Unidade de Cuidados</p> <p>Neonatais</p> <p>Internamento de Pediatria</p>	<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Computador; - Bases de dados/livros e manuais do serviço; - Sistema informático. <p>Humanos:</p>	<p>Competências comuns do EE:</p> <p>C – Domínio da Gestão dos cuidados.</p>

Indicadores de avaliação: C2.1.1 – Conhece e aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados; C2.1.6 – Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade.

	Consulta de Desenvolvimento Infantil Cuidados de Saúde Primários Urgência Pediátrica	- Enfermeiro orientador do contexto clínico;	
--	---	--	--

1.3. Objetivo específico: Conhecer a cultura organizacional e a filosofia de cuidados dos diversos contextos clínicos.

Atividades	Contextos	Recursos	Competências
-Aperfeiçoamento de conhecimentos sobre as principais causas de instabilidade na criança/jovem e quais as doenças mais comuns em cada estágio do desenvolvimento;	Unidade de Cuidados Neonatais Internamento de Pediatria	Materiais: - Computador; - Bases de dados/livros e manuais do serviço;	Competências específicas do EEESIP: E2 - Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade

<p>-Identificação das estratégias utilizadas pelo EEESIP na promoção da vinculação do recém-nascido;</p> <p>-Participação nos cuidados promotores do cuidar culturalmente competente;</p> <p>-Participação nos cuidados à criança/jovem e família em contexto clínico.</p>	<p>Consulta de Desenvolvimento</p> <p>Cuidados de Saúde Primários</p> <p>Urgência Pediátrica</p>	<p>- Sistema informático.</p> <p>Humanos:</p> <p>- Enfermeiro orientador do contexto clínico;</p>	<p>(E2.2 e E2.4).</p> <p>E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3.3.).</p>
--	---	--	--

Indicadores de avaliação: E2.2.1. Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem; E2.2.2 Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor; E2.2.3. Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor; E2.4.1. Demonstra conhecimento sobre a posição da Ordem dos Enfermeiros relativamente às terapias complementares na prática de enfermagem; E2.4.2. Demonstra conhecimentos e habilidades (...); E2.4.3. Procura evidência científica (...)

E3.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família; E.3.3.2. Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura; E.3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.

1.4. Objetivo específico: Assistir a criança/jovem e família, na maximização da sua saúde.

Atividades	Contextos	Recursos	Competências
<p>-Aprofundamento de conhecimentos sobre as principais dificuldades no contexto de saúde/ doença sentidas pelas crianças/jovens e famílias de origem imigrante;</p> <p>-Identificação das estratégias utilizadas pelo EEESIP na promoção dos cuidados culturalmente competentes;</p> <p>-Participação nos cuidados promotores da multiculturalidade;</p> <p>-Participação nos cuidados à criança/jovem e família em contexto clínico;</p> <p>Realização de sínteses das aprendizagens realizadas e competências desenvolvidas</p>	<p>Unidade de Cuidados Neonatais</p> <p>Internamento de Pediatria</p> <p>Consulta de Desenvolvimento Infantil</p> <p>Cuidados de Saúde Primários</p> <p>Urgência Pediátrica</p>	<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Computador; - Bases de dados/livros e manuais do serviço; - Sistema informático. <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiro orientador do contexto clínico; - Crianças, jovens e famílias. 	<p>Competências específicas do EEESIP:</p> <p>E1 – Assiste a criança/jovem e família, na maximização da sua saúde (E1.1 e E1.2).</p>

através da elaboração de uma reflexão sobre a experiência.

Indicadores de avaliação: E1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar; E.1.1.2. Comunica com a criança/jovem e família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis; E.1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção de papéis em saúde; E.1.1.4. Proporciona conhecimentos e aprendizagens de habilidades especializadas e individuais às crianças, jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.

1.5. Objetivo específico: Desenvolver competências de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança/jovem e família

Atividades	Contextos	Recursos	Competências
<p>-Aprofundamento de conhecimentos sobre princípios, técnicas e estratégias de comunicação com a criança/jovem;</p> <p>-Observação participante de técnicas e estratégias utilizadas pelo enfermeiro orientador na comunicação com a criança/jovem e família;</p> <p>-Treino de técnicas e estratégias de comunicação com a criança/jovem e família, adequadas ao estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis;</p> <p>-Promoção de um ambiente terapêutico, facilitador da comunicação;</p> <p>-Aplicação de estratégias facilitadoras de comunicação não-verbal com a criança/jovem, tendo em conta o seu estágio de desenvolvimento;</p> <p>-Elaboração de uma reflexão crítica.</p>	<p>Unidade de Cuidados Neonatais</p> <p>Internamento de Pediatria</p> <p>Consulta de Desenvolvimento Infantil</p> <p>Cuidados de Saúde Primários</p> <p>Urgência Pediátrica</p>	<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Computador; - Bases de dados/livros e manuais do serviço; - Sistema informático. <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiro orientador do contexto clínico; - Crianças, jovens e famílias. 	<p>Competências específicas do EEESIP:</p> <p>E1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.</p> <p>E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.</p>

Indicadores de avaliação: E1.1.2 – Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento culturalmente sensíveis; E3.3.1 -Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família; E.3.3.2 – Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura; E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.

1.6. Objetivo específico: Desenvolver competências no âmbito do processo de crescimento e desenvolvimento da criança/jovem e família.

Atividades	Contextos	Recursos	Competências
<p>-Aprofundamento de conhecimentos sobre crescimento e desenvolvimento infantil;</p> <p>-Conhecimento das doenças mais comuns em cada fase de crescimento e desenvolvimento;</p> <p>-Colaboração com o EEESIP nas intervenções realizadas nas consultas de vigilância de Saúde Infantil e Juvenil;</p> <p>-Participação no desenvolvimento e avaliação de planos individuais de saúde, com enfoque nos comportamentos promotores de saúde e tomada de decisão responsável;</p>	<p>Unidade de Cuidados Neonatais</p> <p>Internamento de Pediatria</p> <p>Consulta de Desenvolvimento infantil</p> <p>Cuidados de Saúde Primários</p> <p>Urgência Pediátrica</p>	<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Computador; - Bases de dados/livros e manuais do serviço; - Sistema informático. -Instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil (Mary Sheridan ou Schedule of Growing Skills) <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiro orientador do contexto clínico; - Crianças, jovens e famílias. 	<p>Competências específicas do EEESIP:</p> <p>E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (E1.1 e E1.2).</p> <p>E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.</p>

<p>-Observação participativa da aplicação de instrumentos de avaliação do desenvolvimento e crescimento infantil.</p>			
<p>-Aperfeiçoamento das competências no desenvolvimento infantil nos três níveis de prevenção (primária, secundária e terciária)</p>			

Indicadores de avaliação: E1.1 - Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem; E1.2 - Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem; E1.2.8 – Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família; E3.1.1 – Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento; E.3.1.2 – Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem; E3.1.3 – Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil; E3.3 – Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura; E3.4.3 – Identifica os estádios do processo de mudança na adopção de comportamentos saudáveis.

2. OBJETIVO GERAL: Desenvolver competências no âmbito do cuidar da criança/jovem e família imigrante, nos diferentes contextos pediátricos.

2.1. Objetivo específico: Prestar cuidados à criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.

2.2. Objetivo específico: Implementar estratégias de intervenção ao nível da promoção de comportamentos de saúde saudáveis à criança, adolescente e família de origem imigrante

Atividades	Contextos	Recursos	Competências
<p>-Identificação das principais causas de instabilidade na criança/jovem e quais as doenças mais comuns em cada estágio do desenvolvimento da população migrante;</p> <p>-Colaboração nos cuidados promotores da parentalidade e vinculação de acordo com a cultura de cada família;</p> <p>-Observação das estratégias utilizadas pelo EEESIP na promoção da relação terapêutica com as crianças, jovens e famílias de origem imigrante;</p>	<p>Unidade de Cuidados Neonatais</p> <p>Internamento de Pediatria</p> <p>Consulta de Desenvolvimento infantil</p>	<p>Materiais:</p> <p>- Computador;</p> <p>- Bases de dados/livros e manuais do serviço;</p> <p>- Sistema informático.</p> <p>Humanos:</p>	<p>Competências específicas do EEESIP:</p> <p>E2 - Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade</p> <p>(E2.2 e E2.4)</p> <p>E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3.3)</p>

<p>-Efetuar uma formação nos serviços sobre a importância da inclusão da cultura no planejamento dos cuidados.</p> <p>-Reflexão com a enfermeira orientadora sobre o contributo do EEESIP no âmbito da sensibilização da importância do respeito pela cultura na prestação de cuidados de qualidade.</p>			
--	--	--	--

Indicadores de avaliação: E2.2.1 – Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem; E2.2.2 – Garante a gestão de medidas não farmacológicas de combate à dor; E2.2.3 – Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor; E2.4.1 – Demonstra conhecimentos sobre a posição da Ordem dos Enfermeiros relativamente às terapias complementares na prática de enfermagem; E2.4.3 – Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar; E3.3.1 -Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família; E.3.3.2 – Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura; E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.

Apêndice V

Protocolo de Revisão *Scoping*

Estratégias de Enfermagem para o Cuidar Culturalmente Competente em Saúde Infantil e Pediatria: Protocolo Para Revisão Scoping

Rozilany Araújo Lima Dos Santos ^{1,2}

Cristina Maria Rosa Jeremias ^{3,4}

¹ Enfermeira no serviço de Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central - Portugal. ² *MSc Student* em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa - Portugal

³ Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa - Portugal. ⁴ *PhD Student* na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa - Portugal

Objetivo: Mapear a literatura sobre as estratégias de enfermagem que promovem o cuidar culturalmente competente

Questão de Revisão 1: Como se apresenta a evidência científica sobre as estratégias promotoras do cuidado culturalmente competente?

Questão de Revisão 2: Quais as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para prestarem cuidados culturalmente competentes?

Palavras-chave: Enfermagem; Pediatria; Estratégias; Competência Cultural e Multiculturalidade.

Autor para correspondência: Rozilany Santos

rozilany@campus.esel.pt

BACKGROUND

De acordo com o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2020), estão a residir em Portugal 662.095 estrangeiros, tendo-se verificado que em 2020 houve um aumento de 12,2% desta população. Em 2020 verificou-se o quinto ano consecutivo com acréscimo da população estrangeira residente em Portugal. A nível nacional, a população de crianças e jovens migrantes entre os 0 e os 19 anos representa 14,1% (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, 2020). A população de nacionalidade brasileira continua a ser a principal comunidade estrangeira residente em Portugal, contabilizando assim 27,8% do total de residentes estrangeiros em 2020. Para Moreira e Motta (2016) é essencial que se desenvolva a competência cultural, só desta forma será possível exercerem funções em contextos em que existe uma diversidade cultural cada vez mais presente. Contudo, a competência aqui mencionada só poderá ser adquirida se o estudante e/ou enfermeiro estiver disponível para compreender outras culturas e atuar com uma postura flexível. Para Fontana (2019) é através da compreensão e exercício profissional de o cuidado culturalmente competente é possível respeitar os direitos de igualdade e equidade nos cuidados de saúde.

Coutinho, Amaral, Parreira, Chaves, Amaral e Nelas (2017) descrevem ser

fundamental conhecer o contexto cultural dos clientes, com o intuito de compreender as suas crenças, valores, modo de vida, rituais, entre outras. Assim, pode-se construir um novo paradigma do cuidar, que promova a saúde e melhor qualidade de vida, através da abordagem do cuidar culturalmente competente. Para Moreira e Motta (2016) a competência cultural deve ser entendida muito além do conhecimento de costumes e doenças existentes na criança, jovem e família, uma vez que também compreende habilidades de comunicação eficaz entre pessoas com interpretação da realidade de forma divergente, compreensão de crenças e valores e hábitos da comunidade.

De acordo com Johnson e Keogh (2012) a utilização de cuidados que respeite a cultura dos clientes, promove uma maior qualidade dos mesmos, ao diminuir a ansiedade e melhorar o conforto dos clientes. Fontana (2019) reforça a importância da promoção do diálogo e do respeito entre as civilizações e culturas para que sejam prestados cuidados culturalmente competentes.

De acordo com Johnson e Keogh (2012) o enfermeiro deve conhecer, compreender, respeitar e aceitar a diversidade das crianças, jovens e suas famílias. Sejam diferenças de raça ou religiosas, com o intuito de conhecer quais são as suas práticas habituais e quais são as suas

práticas proibidas, para planejar cuidados multiculturalmente competentes. Hockenberry e Barrera (2014) referem que nos cuidados centrados na família, a família é reconhecida como uma constante na vida da criança e o enfermeiro deve apoiar, respeitar e encorajar, de forma a estimular a competência da família. Desta forma, os Enfermeiros podem prestar um cuidado de qualidade, centrado no cliente, ao respeitarem os aspetos relativos à sua cultura. Contudo, esta aquisição de habilidades, só é possível se o enfermeiro assim o desejar (Campinha-Bacote, 2011).

Os enfermeiros precisam compreender a forma de cuidar da família, que varia de acordo com a sua cultura, assim podem potencializar as suas capacidades e promover a adesão ao plano de cuidados, que deve ser elaborado considerando a família como elemento central. Ao compreender a cultura da criança, jovem e família a quem presta cuidados, o enfermeiro aumenta os seus conhecimentos e favorece a aquisição de competências para lidar com situações semelhantes no futuro (Farias, Gomes, Almeida, LerchLunardi, Xavier e Queiroz, 2019).

Fernandes e Monteiro (2015) referem que existem dimensões que demonstram a eficácia dos cuidados de enfermagem prestados, sendo que a sensibilidade e a competência cultural são duas destas

dimensões. Moita e Silva (2016) reforçam que para ser desenvolvida a competência cultural, uma das estratégias essenciais é a imersão cultural, sendo que este processo deve decorrer de forma contínua, dinâmica e em constante atualização.

No processo de cuidados de Enfermagem, a conceção de competência cultural “expressa-se através de uma aproximação etnográfica à experiência vivida pelas pessoas alvo dos cuidados de enfermagem, quer seja nos seus processos de transição vivencial, quer nos contextos de saúde-doença” (Fernandes e Monteiro, 2015, p. 40). De acordo com Leininger (1998) a prestação de cuidados de Enfermagem deve ser fundamentalmente intercultural e transcultural, onde deve ser o cliente a assumir a centralidade do cuidado e o enfermeiro deve respeitar os estilos de vida e os valores de cada indivíduo.

Assim como, as deve respeitar a resposta aos cuidados de enfermagem prestado às crianças, jovens e famílias migrantes. Embora, as características gerais de desenvolvimento infantil sejam universais, a cultura deve influenciar diretamente a elaboração do plano de cuidados (Thibodeaux e Mooney-Doyle, 2014). Já Fernandes e Monteiro (2015) descrevem que existe falta de conhecimento e conseqüente ausência de compreensão dos fatores relacionados com a cultura de

cada criança, jovem e família, que influencia a resposta aos cuidados prestados.

Desta forma, é essencial que o enfermeiro compreenda que a crescente diversidade cultural também afeta a forma como os cuidados devem ser prestados, com o intuito de individualizar e melhorar a qualidade dos mesmos (Brito, Vicente, Reis e Amendoeira, 2015). Segundo Lazure (1995), citado por Fernandes & Monteiro (2015) “o processo de relação terapêutica implica uma construção baseada no respeito incondicional do outro e numa compreensão empática em profundidade” (p.41).

Para Moreira e Motta (2016), existe uma emergente necessidade da competência cultural ser abordada em contextos educacionais, para a aquisição de competências necessárias ao cuidar culturalmente competente. Segundo Fernandes e Monteiro (2015), dado as características da sociedade cada vez mais multicultural é essencial que os enfermeiros e demais profissionais de saúde, pratiquem uma prestação de cuidados abrangente, com destaque para o desenvolvimento competência cultural na formação inicial e no decorrer da atividade profissional. No estudo realizado por Moreira e Motta (2016), uma das conclusões referidas é que os profissionais de saúde não se sentem preparados e

treinados para lidar com a diversidade cultural existente no contexto profissional.

Desta forma, emergiu a necessidade de efetuar esta revisão *scoping*, que deverá cumprir os critérios definidos pelo *Joanna Briggs Institute* e tem como objetivo mapear a literatura sobre as estratégias de enfermagem que promovem o cuidar culturalmente competente.

A revisão *scoping* possibilitará a identificação das estratégias utilizadas pelos enfermeiros para um cuidar culturalmente competente e assim será possível identificar eventuais lacunas na literatura.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Tipo de participantes

População:

A revisão *scoping* incluirá todos os estudos que abranjam crianças, jovens e famílias imigrantes em contexto de cuidados de saúde pediátricos.

Conceito:

Na revisão *scoping* serão incluídos todos os estudos que abordem aspetos relacionados à competência cultural, realizados pelos enfermeiros em contextos de cuidados pediátricos.

Contexto

Serão incluídos na revisão *scoping* todos os estudos que contenham a temática competência cultural, nos diferentes contextos de prestação de cuidados de enfermagem.

Tipos de Fontes de Evidência

Nesta revisão *scoping* serão incluídos estudos qualitativos, quantitativos, revisões sistemáticas da literatura, artigos de opinião e literatura científica publicada.

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Através da realização da pesquisa, tenciona-se incluir todos os estudos publicados e não publicados sobre a temática. Esta revisão *scoping* terá início através de uma pesquisa nas bases *MEDLINE* e *CINAHL*. Seguidamente serão analisadas as palavras incluídas no título e no resumo, bem como os termos de indexação utilizados para descrever os artigos. Por fim, será realizada uma análise das referências bibliográficas de cada estudo, numa tentativa de identificar diferentes artigos que possam ser incluídos na revisão *scoping*, com o objetivo de cumprir as três etapas da pesquisa. Os estudos incluídos encontram-se publicados em língua portuguesa, inglesa e espanhola e datam o intervalo temporal 2015-2021. Optou-se por impor um limite temporal,

para limitar os resultados da pesquisa a estudos recentes, que abordem a temática da competência cultural em contextos de pediatria.

A análise dos artigos encontrados será efetuada pela revisora, através da leitura do título e resumo de todos os artigos, consoante a sua pertinência para a revisão e atendendo a que cumpram os critérios de inclusão anteriormente definidos. No decorrer da pesquisa, serão excluídos artigos duplicados.

EXTRAÇÃO DE DADOS

De acordo com o *Joanna Briggs Institute*, foi elaborada uma tabela, de modo a sistematizar o processo de extração de dados, com o objetivo de estruturar os resultados obtidos, de acordo com o objetivo do estudo e as questões definidas para a revisão *scoping*. A tabela foi elaborada e, se necessário, será alterada pela revisora durante a fase de análise dos artigos encontrados, de acordo com a relevância dos dados contidos nos mesmos. Em caso de necessidade, poderão ser contactados os autores primários, com vista à obtenção de outros dados e/ou esclarecimentos.

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Segundo o sugerido pelo *Joanna Briggs Institute*, para sintetizar os resultados

encontrados, estão a ser elaboradas três tabelas (Apêndices), de forma a evidenciar a congruência, com o objetivo e as questões definidas na revisão *scoping*. A primeira tabela diz respeito às estratégias promotoras do cuidar culturalmente competente utilizadas pela equipa de Enfermagem, com as respetivas características das mesmas. A segunda tabela tem como objetivo descrever as estratégias que são utilizadas pela equipa de enfermagem que presta cuidados culturalmente competentes. Na última tabela serão descritos os ganhos em saúde para a criança, jovem e família imigrante, aquando da utilização de um cuidado culturalmente competente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amaral, A. (2010) A efectividade dos cuidados de enfermagem: modelos de análise. *Revista Investigação em Enfermagem*. 21. 96-105. Acedido em 16/02/2021.

Disponível:https://www.researchgate.net/publication/289539696_A_Efetividade_Dos_Cuidados_De_Enfermagem_Modelos_De_Analise

Brito, A., Vicente, B., Reis, A., & Amendoeira, J. (2015). *Intervenções de enfermagem culturalmente congruentes*

em imigrantes. Revista da UIIPS. 3(5). 75-90.

Coutinho, E., Amaral, S., Parreira, V., Chaves, C., Amaral, O., e Nelas, P. (2017). O cuidado cultural na trajetória da enfermagem transcultural e competência cultural.pdf. *Investigação Qualitativa Em Saúde*, 2, 1578–1587. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1510>.

Campinha-Bacote, J. (2011) *Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict: The role of cultural competence*. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16 (2) 1-8

Fontana, R. T. (2019). A Interculturalidade Na Formação Dos Profissionais De Enfermagem. *Revista Contexto e Educação*, 34(109), 36–51. <https://doi.org/10.21527/2179-1309.2019.109.36-51>.

Fernandes, A., e Monteiro, A. P. (2015). Contributo para o estudo de competência cultural em saúde mental de enfermeiros em Portugal. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing*, 14(14), 39–47. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0104>

Joanna Briggs Institute. (2019). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2017 edition*. Australia: The Joanna Briggs Institute; 2017.

Johnson, J. e Keogh, J. (2012) *Enfermagem Pediátrica Desmistificada*. Lusodidacta.

Leininger, M. (1998) *Transcultural nursing perspectives: basic concepts, Principles, and culture car incidentes*. In L. Mdeleine *Transcultural nursing: concepts, theories, research & practices 2ºed.*, 57-92.

Moreira, G. de O., e Motta, L. B. (2016). Competência Cultural na Graduação de Medicina e de Enfermagem. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 40(2), 164–171. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n2e02902014>.

Moita, M. A. G., e Silva, A. L. da. (2016). Modelos de Competência Cultural: Uma Análise Crítica. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 72–89. http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Doc_4_72_88.pdf.

Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2020). *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2020*. Editor: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. ISSN: 2183-2935

Thibodeaux, G. Annaka & Mooney-Doyle, Kim (2014). Influências Sociais, Culturais e Religiosas na Promoção da Saúde da Criança. (p.21-48). In M., Hockenberry & D., Wilson. Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente (9ª ed.)*.

Farias, D., Gomes, G., Almeida, M., LerchLunardi, V., Xavier, D. e Queiroz M. (2019) Barreiras presentes no processo de construção do cuidado familiar cultural à criança no hospital: abordagem transcultural. Editora Aquichan (vol. 1). DOI: 10.5294/aqui.2019.19.1.2

ANEXOS

Anexo I

Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista

4 — Os requerentes relativamente aos quais subsistam dúvidas fundamentadas nos termos do previsto n.º 4 do artigo 6.º, serão submetidos a uma prova oral e escrita, pessoal e presencial nos termos previstos no presente Regulamento.

Artigo 9.º

Organização

1 — A organização e coordenação da prova de procedimento de controlo linguístico compete ao Conselho de Enfermagem, o qual pode, sempre que se justifique, ser coadjuvado pelos Colégios das Especialidades em Enfermagem.

2 — Nos termos do número anterior, compete ao Conselho de Enfermagem estabelecer as normas orientadoras, matrizes, conteúdos programáticos e critérios de avaliação no âmbito da atribuição do título de Enfermeiro e Cuidados Gerais.

3 — Quando esteja em causa a realização de procedimento de controlo linguístico para atribuição do título de Enfermeiro Especialista, compete ao Conselho de Enfermagem, em colaboração com os Colégios das Especialidades, estabelecer as normas orientadoras, matrizes, conteúdo programático e critérios de avaliação da prova.

4 — A prova será realizada por júri composto por três membros efetivos e três suplentes, indicados pelo Conselho de Enfermagem de entre os seus membros e, ou peritos e nomeados pelo Conselho Diretivo, que designa o presidente.

Artigo 10.º

Natureza

1 — A prova é obrigatoriamente constituída por uma componente escrita e uma componente oral, as quais têm natureza técnico-científica, incidindo sobre áreas do conhecimento relevantes para o acesso e exercício da profissão de Enfermeiro em Portugal.

2 — A classificação é de “Apto” e “Não apto”, sendo a decisão tomada por maioria.

3 — Serão considerados aptos os requerentes que obtenham aprovação na componente escrita e na componente oral.

4 — Os requerentes que vierem a obter classificação de “não apto”, poderão repetir a prova seis meses depois.

Artigo 11.º

Realização da Prova

1 — As provas que integram o procedimento de controlo linguístico terão lugar em data e local a indicar pelo Conselho de Enfermagem através da página oficial da Ordem dos Enfermeiros.

2 — As normas orientadoras, matrizes, conteúdo programático e critérios de avaliação da prova a realizar serão disponibilizados na página oficial da Ordem dos Enfermeiros.

CAPÍTULO IV

Disposições Finais

Artigo 12.º

Casos omissos

As dúvidas e omissões suscitadas pelo presente Regulamento serão apreciadas e decididas pelo Conselho Diretivo, ouvida a Comissão de Atribuição de Títulos e o Conselho de Enfermagem, quando necessário, tendo por base o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, a Diretiva 2005/36/CE, a Lei n.º 9/2009, nas suas redações atuais, o Código do Procedimento Administrativo e a demais legislação aplicável.

Artigo 13.º

Norma revogatória

Com a entrada em vigor do presente Regulamento é revogado o Regulamento da Prova de Comunicação Linguística, publicado pelo Regulamento n.º 339/2017, em *Diário da República*, 2.ª série, n.º 120, de 23 de junho de 2017.

Artigo 14.º

Entrada em vigor

O presente Regulamento entra em vigor no dia seguinte à sua publicação no *Diário da República*.

18 de janeiro de 2019. — A Bastonária da Ordem dos Enfermeiros, *Ana Rita Pedrosa Cavaco*.

311997376

Regulamento n.º 140/2019

Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Preâmbulo

A entrada em vigor da Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro veio introduzir alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que aprovou o regime jurídico da criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais.

A mencionada alteração originou um desfazamento entre o Estatuto agora em vigor e regulamentos previamente existentes, em particular quanto à atribuição de títulos bcm como aos critérios desenvolvidos para a atribuição de título de enfermeiro especialista.

A necessidade de conformar o atual Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros em vigor, e ainda com a realidade da prestação de cuidados de enfermagem, justificam a alteração agora proposta, através da qual se pretende consolidar e uniformizar procedimentos em vigor, conferindo maior objetividade e transparência aos processos subjacentes.

Os cuidados de saúde e, consequentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde.

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros acompanha esta exigência, através da atribuição de título de enfermeiro especialista, em seis especialidades: a) Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; b) Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; c) Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; d) Enfermagem de Reabilitação; e) Enfermagem Médico-Cirúrgica, e f) Enfermagem Comunitária.

Neste sentido, enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído, nos termos do disposto na alínea i) do n.º 3 do artigo 3.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conjugado com o Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho, que define a Inscrição, Atribuição de Títulos e Emissão de Cédula Profissional, o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem previstas no artigo 40.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

A atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, e que constituem o objeto do presente Regulamento.

As designadas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que aqui se regulam de acordo com as disposições do Estatuto agora em vigor, envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem.

Considera-se o presente projeto de Regulamento dispensado de audiência dos interessados, nos termos do artigo 100.º do CPA, uma vez que as suas disposições não afetam, de modo direto e imediato, direitos ou interesses legalmente protegidos dos cidadãos, uma vez que não é provocada na ordem jurídica qualquer alteração significativa merecedora de tutela ou proteção jurídica.

Assim, a Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros, reunida em sessão extraordinária de 18 de janeiro de 2019 ao abrigo do disposto na alínea i) do artigo 19.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, deliberou aprovar o presente Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, apresentado e aprovado pelo Conselho Diretivo em reunião de 21 de novembro de 2018 sob proposta do Conselho de Enfermagem, nos termos do disposto nas alíneas h) e o) do n.º 1 do artigo 27.º, após parecer do Conselho Jurisdicional, em cumprimento do vertido na alínea h) do n.º 1 do artigo 32.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, com a seguinte redação:

CAPÍTULO I

Disposições Gerais

SECÇÃO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Objeto

O presente Regulamento define o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem.

Artigo 2.º

Âmbito e finalidade

1 — O conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns, aqui previstas, e em competências específicas definidas em regulamentos próprios de cada área de especialidade.

2 — O perfil de competências comuns e específicas visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar dos cuidados de enfermagem especializados.

3 — A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção.

SECÇÃO II

Conceitos

Artigo 3.º

Conceitos

Para efeitos do presente Regulamento e dos demais Regulamentos que estabelecem as competências específicas dos enfermeiros para cada área de especialidade em enfermagem, entende-se por:

a) “Competências comuns”: são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;

b) “Competências específicas”: são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

c) “Competência Acrescida”: os conhecimentos, as habilidades e as atitudes que permitem o exercício profissional a um nível de progressiva complexidade nos diversos domínios de intervenção do enfermeiro e ao desenvolvimento técnico-científico da profissão, potenciando novos campos de atuação do exercício profissional autónomo.

d) “Certificação de competências”: o ato formal que permite reconhecer, validar e certificar o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, nos diversos domínios de intervenção, direcionado a atestar a formação, experiência ou qualificação do enfermeiro numa área diferenciada, avançada e ou especializada, bem como a verificação de outras condições exigidas para o exercício da Enfermagem;

e) “Reconhecimento”: o processo de avaliação e verificação de conformidade, de competências e aprendizagens demonstráveis, aos critérios estabelecidos na Matriz de Reconhecimento das áreas de competência acrescida, conforme anexo ao Regulamento n.º 556/2017, de 17 de outubro;

f) “Domínio de competência”: uma esfera de ação, compreendendo um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados.

g) “Descritivo de competência”: a competência, em relação aos atributos gerais e específicos, sendo decomposta em segmentos menores, podendo descrever os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho.

h) “Unidade de competência”: é um segmento maior da competência, tipicamente representado como uma função major ou conjunto de elementos de competência afins que representam uma realização concreta, revestindo-se de um significado claro e de valor reconhecido no processo.

i) “Critérios de avaliação”: compreendem a lista integrada dos elementos que devem ser entendidos como evidência do desempenho profissional competente em exercício, expressando as características dos resultados e relacionando-se com o alcance descrito.

CAPÍTULO II

Das Competências

Artigo 4.º

Domínios das competências comuns

Os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, conforme os anexos I a IV ao presente Regulamento, e que dele fazem parte integrante, são as seguintes:

- a) Responsabilidade profissional, ética e legal (A);
- b) Melhoria contínua da qualidade (B);
- c) Gestão dos cuidados (C);
- d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D).

Artigo 5.º

Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

1 — As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são as seguintes:

- a) Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (A1);
- b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2).

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

Artigo 6.º

Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

1 — As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade são as seguintes:

- a) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (B1);
- b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2);
- c) Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3).

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo II).

Artigo 7.º

Competências do domínio da gestão dos cuidados

1 — As competências do domínio da gestão dos cuidados são as seguintes:

- a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1);
- b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2).

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo III).

Artigo 8.º

Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

1 — As competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais são as seguintes:

- a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (D1);
- b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (D2).

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo IV).

CAPÍTULO III

Da Atribuição do Título de Enfermeiro Especialista

Artigo 9.º

Atribuição do Título de Enfermeiro Especialista

A atribuição do título de enfermeiro especialista faz-se nos termos do Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho, conjugado com as disposições

específicas dos Regulamentos em vigor para cada uma das Especialidades em Enfermagem, conforme previsto no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

CAPÍTULO IV

Disposições finais

Artigo 10.º

Revogação e entrada em vigor

1 — O presente Regulamento revoga o Regulamento n.º 122/2011, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 35 de 18 de fevereiro, que define o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem.

2 — O presente Regulamento entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação no *Diário da República*.

ANEXO I

A — Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Competência

A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional

Descritivo

O Enfermeiro Especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
A1.1 — Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.	A1.1.1 — Constrói as estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente. A1.1.2 — Suporta a tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência. A1.1.3 — Participa na construção da tomada de decisão em equipa. A1.1.4 — Seleciona as respostas mais apropriadas a partir de um amplo leque de opções. A1.1.5 — Orienta a tomada de decisão na observância da deontologia profissional. A1.1.6 — Integra elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem. A1.1.7 — Promove o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem onde está inscrito.
A1.2 — Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.	A1.2.1 — Desempenha o papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade. A1.2.2 — Recolhe contributos para a análise dos fundamentos das tomadas de decisão. A1.2.3 — Suscita a reflexão sobre os processos de tomada de decisão. A1.2.4 — Reconhece a sua competência na área da sua especialidade.
A1.3 — Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.	A1.3.1 — Afere os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada. A1.3.2 — Fomenta a avaliação e partilha dos resultados dos processos de tomada de decisão.

Competência

A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
A2.1 — Promove a proteção dos direitos humanos.	A2.1.1 — Assume a defesa dos Direitos Humanos, conforme deontologia profissional. A2.1.2 — Assegura o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação. A2.1.3 — Assegura a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional. A2.1.4 — Fomenta o respeito pelo direito do cliente à privacidade. A2.1.5 — Assegura o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde. A2.1.6 — Assegura o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos.
A2.2 — Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.	A2.2.1 — Analisa a informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica. A2.2.2 — Implementa medidas de prevenção e identificação de práticas de risco. A2.2.3 — Adota conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente. A2.2.4 — Acompanha incidentes de prática insegura para prevenir recorrência.

ANEXO II

B — Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade**Competência**

B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional.

Unidades de competência	CrITÉrios de avaliação
B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.	B1.1.1 — Detém conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua. B1.1.2 — Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso. B1.1.3 — Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.
B1.2 — Orienta projetos institucionais na área da qualidade	B1.2.1 — Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional. B1.2.2 — Agiliza a análise e o planeamento estratégico da qualidade dos cuidados. B1.2.3 — Colabora na realização de atividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições. B1.2.4 — Cooperar na comunicação de resultados das atividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores.

Competência

B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.

Unidades de competência	CrITÉrios de avaliação
B2.1 — Avalia a qualidade das práticas clínicas	B2.1.1 — Usa evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade. B2.1.2 — Utiliza indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas. B2.1.3 — Integra auditorias clínicas. B2.1.4 — Analisa os resultados da avaliação efetuada.
B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua	B2.2.1 — Identifica oportunidades de melhoria. B2.2.2 — Estabelece prioridades de melhoria. B2.2.3 — Seleciona estratégias de melhoria. B2.2.4 — Agiliza a elaboração de guias orientadores de boa prática. B2.2.5 — Fomenta a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade.
B2.3 — Lidera programas de melhoria contínua	B2.3.1 — Supervisiona os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade. B2.3.2 — Incrementa a normalização e a atualização de soluções eficazes e eficientes.

Competência

B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proativamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

Unidades de competência	CrITÉrios de avaliação
B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.	B3.1.1 — Fomenta a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo.

ANEXO II

B — Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade**Competência**

B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.	B1.1.1 — Detém conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua. B1.1.2 — Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso. B1.1.3 — Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.
B1.2 — Orienta projetos institucionais na área da qualidade	B1.2.1 — Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional. B1.2.2 — Agiliza a análise e o planeamento estratégico da qualidade dos cuidados. B1.2.3 — Colabora na realização de atividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições. B1.2.4 — Cooperar na comunicação de resultados das atividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores.

Competência

B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
B2.1 — Avalia a qualidade das práticas clínicas	B2.1.1 — Usa evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade. B2.1.2 — Utiliza indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas. B2.1.3 — Integra auditorias clínicas. B2.1.4 — Analisa os resultados da avaliação efetuada.
B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua	B2.2.1 — Identifica oportunidades de melhoria. B2.2.2 — Estabelece prioridades de melhoria. B2.2.3 — Seleciona estratégias de melhoria. B2.2.4 — Agiliza a elaboração de guias orientadores de boa prática. B2.2.5 — Fomenta a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade.
B2.3 — Lidera programas de melhoria contínua	B2.3.1 — Supervisiona os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade. B2.3.2 — Incrementa a normalização e a atualização de soluções eficazes e eficientes.

Competência

B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.	B3.1.1 — Fomenta a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo.

Unidades de competência	CrITÉrios de avaliação
C2.2 — Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.	C2.2.1 — Reconhece os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa. C2.2.2 — Fomenta um ambiente positivo e favorável à prática. C2.2.3 — Aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado. C2.2.4 — Adapta o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências. C2.2.5 — Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada.

ANEXO IV

D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**Competência**

D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

Unidades de competência	CrITÉrios de avaliação
D1.1 — Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.	D1.1.1 — Otimiza o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar. D1.1.2 — Gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda. D1.1.3 — Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais. D1.1.4 — Conscientiza a influência pessoal na relação profissional.
D1.2 — Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.	D1.2.1 — Otimiza a congruência entre auto e heteropercepção. D1.2.2 — Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente. D1.2.3 — Atua eficazmente sob pressão. D1.2.4 — Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade. D1.2.5 — Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos.

Competência

D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica

Descritivo

O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.

Unidades de competência	CrITÉrios de avaliação
D2.1 — Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.	D2.1.1 — Atua como formador oportuno em contexto de trabalho. D2.1.2 — Diagnostica necessidades formativas. D2.1.3 — Gere programas e dispositivos formativos. D2.1.4 — Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. D2.1.5 — Avalia o impacto da formação.
D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica.	D2.2.1 — Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos. D2.2.2 — Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação. D2.2.3 — Investiga e colabora em estudos de investigação. D2.2.4 — Interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. D2.2.5 — Discute as implicações da investigação. D2.2.6 — Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.

Unidades de competência	CrITÉrios de avaliação
D2.3 — Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.	D2.3.1 — Possui conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas que contribuem para a prática especializada. D2.3.2 — Revela conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes. D2.3.3 — Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas. D2.3.4 — Usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados. D2.3.5 — Assegura a formulação e a implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica.

18 de janeiro de 2019. — A Bastonária, *Ana Rita Pedrosa Cavaco*.

311997392

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Regulamento n.º 141/2019

No âmbito do Despacho RI.010/2019 de 21 de janeiro, publica-se o Regulamento da Comissão tica da Universidade do Algarve.

21 de janeiro de 2019. — O Reitor, *Paulo guas*.

Regulamento da Comissão de tica da Universidade do Algarve

Considerando que:

Na prosseguço da sua missão, a Universidade do Algarve, enquanto centro de criação, transmissão e difusão da cultura e do conhecimento humanístico, artístico, científico e tecnológico, incumbe fomentar a investigação científica de alto nível e o desenvolvimento experimental;

Os membros da comunidade acadmica desta Universidade devem pautar a sua atividade em estrita observância de elevados padrões de integridade, de tica e de profissionalismo;

Aos membros da comunidade acadmica  exigida uma elevada responsabilidade profissional e social;

Com frequência, em determinadas candidaturas a projetos de I&D, carecem de ser validadas metodologias específicas por uma Comissão de tica;

Em conformidade com o disposto no n.º 7 do artigo do artigo 9.º da Lei n.º 62/2007 de 10 de setembro, as instituições de ensino superior podem definir códigos de boas práticas em matéria pedagógica e de boa governação e gestão.

Nos termos conjugados do disposto na alínea *o*) e *q*) do n.º 1 do artigo 92.º da Lei n.º 62/2007 de 10 de setembro, da alínea *w*) do n.º 1 do artigo 33.º e ouvido o Senado Acadmico, nos termos do disposto na alínea *a*) do n.º 3 do artigo 38.º dos Estatutos da Universidade do Algarve, homologados pelo Despacho Normativo n.º 65/2008, publicados no *Diário da República* n.º 246 de 22 de setembro, aprovo o Regulamento da Comissão de tica da Universidade do Algarve.

Em cumprimento do disposto no n.º 3 do artigo 113.º da Lei n.º 62/2007 de 10 de setembro, o projeto que esteve na gnese do presente Regulamento foi objeto de discussão pública, tendo sido para o efeito amplamente divulgado através da sua publicação no *Diário da República* n.º 199 de 16 de outubro de 2018 e no sítio da Internet <https://www.ualg.pt/content/documentos-ualg>, durante o prazo de 30 (trinta) dias, e audição do Senado Acadmico, em conformidade com o disposto na alínea *a*) do n.º 3 do artigo 38.º dos Estatutos da Universidade do Algarve, homologados pelo Despacho Normativo n.º 65/2008, publicados no *Diário da República* n.º 246 de 22 de dezembro, findo os quais, foi em definitivo aprovado o Regulamento da Comissão de tica da Universidade do Algarve.

I — Disposições Gerais

Artigo 1.º

Objeto

O presente regulamento estabelece as regras de composição e funcionamento da Comissão de tica da Universidade do Algarve, doravante designada por CE-UALG.

Artigo 2.º

Natureza e Atribuições

1 — A CE-UALG é um órgão colegial, multidisciplinar e independente, de natureza consultiva, que tem por missão promover a reflexão e contribuir para a definição de orientações, visando a consolidação de uma política de salvaguarda de princípios éticos, bioéticos e deontológicos nas áreas da investigação científica, do ensino, da interação com a sociedade e no funcionamento geral da Universidade.

2 — A CE-UALG zela pela observância e promoção de padrões de qualidade tica, nomeadamente de integridade e honestidade, bem como dos princípios deontológicos na atividade das unidades que integram a Universidade do Algarve e na conduta dos seus membros nas áreas referidas no número anterior.

II — Composição e Competências

Artigo 3.º

Composição

1 — A CE-UALG  constituída por 7 (sete) a 9 (nove) membros, designados e empossados pelo Reitor, ouvidos os Diretores das Unidades Orgânicas, devendo ser cumprido um critério de interdisciplinaridade.

2 — Dos membros a que se refere o número anterior, 2 (dois) a 3 (três) membros da CE-UALG são personalidades externas à Universidade, de forma a garantir os valores culturais e morais da comunidade, devendo o órgão funcionar com um número impar de membros.

3 — A designação de membros internos deve garantir um representante dos estudantes e um trabalhador não docente.

4 — A CE-UALG pode constituir comissões especializadas e solicitar a colaboração de outros técnicos ou peritos, sempre que o considere necessário.

5 — Os membros dos órgãos de direção ou gestão da Universidade não podem fazer parte da CE-UALG.

6 — O Presidente, o Vice-presidente e o Secretário da CE-UALG são eleitos de entre os seus membros.

7 — O Vice-presidente substitui o Presidente nas suas faltas e impedimentos.

Artigo 4.º

Mandato

1 — A duração do mandato dos membros da CE-UALG  de 4 (quatro) anos, a contar da data da sua nomeação, podendo ser renovado uma única vez, por idêntico período, devendo, para o efeito, ser obtida a anuência dos mesmos até 60 (sessenta) dias antes do respetivo termo.

2 — Qualquer membro poderá renunciar ao seu mandato desde que o declare por escrito ao Reitor da Universidade do Algarve, mantendo-se, porém, em funções até  designação do novo membro, mas nunca por período superior a 60 (sessenta) dias.

3 — A renúncia considera-se tácita quando o membro faltar injustificadamente mais do que três vezes consecutivas às reuniões da Comissão.

4 — Os membros da CE-UALG podem ser destituídos pelo Reitor, após audição da própria Comissão, verificando-se situação de justa causa, nomeadamente o incumprimento dos seus deveres.

Anexo II

Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ORDEN DOS ENFERMEIROS**Regulamento n.º 422/2018****Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica****Preâmbulo**

Com a entrada em vigor das alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE) introduzidas pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, e ao contrário do que se verificava até esta alteração, o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros passou a identificar os Títulos de Enfermeiro Especialista passíveis de serem atribuídos, conforme esse encontra estabelecidos no seu artigo 40.º, os quais correspondem aos seguintes: (i) enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica; (ii) enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica; (iii) enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica; (iv) enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação; (v) enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica; (vi) enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

No caso do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, este utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados. A especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica detém o seu espaço de intervenção em torno de uma fase crucial do ciclo vital, a qual compreende o período que medeia do nascimento até aos 18 anos de idade. Em casos especiais, como a doença crónica, a incapacidade e a deficiência, pode ir além dos 18 anos e mesmo até aos 21 anos ou 25 anos, até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa.

A performance como especialista traduz-se na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao “mundo” da criança, bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efetivo e gestão da segurança do cliente (*Kelly et al., 2007*).

São áreas de atuação particular a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação anticipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco, suicídio, violência e gravidez; a promoção da autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde.

É do escopo de ação deste especialista a resposta na complexidade em áreas diversas como, deter conhecimentos e habilidades para antecipar e responder às situações de emergência, mas também para avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar.

Nesta conformidade, nos termos conjugados das alíneas *c*), *d*) e *f*) do n.º 1 artigo 42.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, após aprovação em Assembleia de Colégio, a Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica apresentou ao Conselho Diretivo a sua proposta de Regulamento, tendo o mesmo sido aprovado na reunião de 22 de dezembro de 2017, em Conselho Diretivo.

Foi ouvido o Conselho de Enfermagem, nos termos e para os efeitos do disposto na alínea *a*) do artigo 37.º, emitido Parecer pelo Conselho Jurisdicional, em observância dos termos conjugados da alínea *h*), do n.º 1 do artigo 27 e da alínea *h*), do n.º 1 do artigo 32, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, tendo a proposta de Regulamento sido submetida a consulta pública dos membros do respetivo Colégio da Especialidade, nos termos do disposto no artigo 101.º do Código de Procedimento Administrativo.

Assim,

A Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros, reunida em sessão extraordinária no dia 03 de janeiro de 2018, ao abrigo do disposto nas alíneas *f*) e *o*) do artigo 19 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros,

aprovou o seguinte Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, tendo sido homologado por despacho de 08 de maio de 2018 de Sua Excelência o Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Dr. Fernando Araújo:

Artigo 1.º**Objeto**

O presente regulamento define o perfil das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Artigo 2.º**Âmbito e Finalidade**

O perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica integra, juntamente com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

Artigo 3.º**Conceitos**

Os termos utilizados no presente Regulamento regem-se pelas definições previstas no artigo 3.º do Regulamento que estabelece as competências comuns dos enfermeiros especialistas.

Artigo 4.º**Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**

1 — As competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica são as seguintes:

- a) Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;
- b) Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;
- c) Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

Artigo 5.º**Norma revogatória**

Com a publicação deste documento é revogado o Regulamento n.º 123/2011, aprovados pela Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros e publicado na 2.ª série do *Diário da República*, n.º 35, de 18 de fevereiro.

Artigo 6.º**Entrada em vigor**

O presente Regulamento entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação no *Diário da República*.

9 de maio de 2018. — A Bastonária da Ordem dos Enfermeiros, *Ana Rita Pedroso Cavaco*.

ANEXO I

1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde

Descritivo:

Considerando a natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família como alvo do cuidar do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade.

Unidades de competência	CrITÉrios de avaliação
E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.	<p>E1.1.1. Negocia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar.</p> <p>E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.</p> <p>E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde.</p> <p>E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.</p> <p>E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde.</p> <p>E1.1.6. Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar.</p> <p>E1.1.7. Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados.</p> <p>E1.1.8. Intervém em programas no âmbito da saúde escolar.</p> <p>E1.1.9. Apoiar a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais.</p> <p>E1.1.10. Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde.</p>
E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.	<p>E1.2.1. Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas.</p> <p>E1.2.2. Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais.</p> <p>E1.2.3. Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico.</p> <p>E1.2.4. Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco).</p> <p>E1.2.5. Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção.</p> <p>E1.2.6. Assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos.</p> <p>E1.2.7. Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde.</p> <p>E1.2.8. Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.</p>

2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade

Descritivo:

Mobiliza recursos oportunamente, para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias.

Unidades de competência	CrITÉrios de avaliação
E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.	<p>E2.1.1. Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória.</p> <p>E2.1.2. Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico.</p> <p>E2.1.3. Aplica conhecimentos e capacidades facilitadores da "dignificação da morte" e dos processos de luto.</p>
E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.	<p>E2.2.1. Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem.</p> <p>E2.2.2. Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor.</p> <p>E2.2.3. Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.</p>
E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados.	<p>E2.3.1. Demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas.</p> <p>E2.3.2. Procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras.</p>
E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.	<p>E2.4.1. Demonstra conhecimento sobre as posições da Ordem dos Enfermeiros relativamente às terapias complementares na prática de enfermagem.</p> <p>E2.4.2. Demonstra conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/jovem.</p> <p>E2.4.3. Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar.</p>
E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.	<p>E2.5.1. Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem.</p> <p>E2.5.2. Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação.</p>

Unidades de competência	CrITÉrios de avaliaÇão
	E2.5.3. Promove a rela�o dinâmica com crianças/jovens e famílias com adapta�o adequada. E2.5.4. Adequa o suporte familiar e comunitário. E2.5.5. Demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança. E2.5.6. Referencia crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para institui�es de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário.

3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem
 Descritivo:

Considerando as especificidades e exigências desenvolvimentais das etapas desta fase do ciclo vital, responde eficazmente promovendo a maximiza o do potencial de desenvolvimento desde a vincula o até   juventude.

Unidades de competência	CrITÉrios de avaliaÇão
E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.	E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento. E3.1.2. Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem. E3.1.3. Transmite orienta�es antecipatórias às famílias para a maximiza�o do potencial de desenvolvimento infantojuvenil.
E3.2. Promove a vincula�o de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais.	E3.2.1. Avalia o desenvolvimento da parentalidade. E3.2.2. Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo. E3.2.3. Utiliza estratégias promotoras de esperança realista. E3.2.4. Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN. E3.2.5. Promove a amamenta�o. E3.2.6. Negocia o envolvimento dos pais na presta�o de cuidados ao RN. E3.2.7. Gere o processo de resposta � criança com necessidades de interven�o precoce.
E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao est�dio de desenvolvimento e � cultura.	E3.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunica�o no relacionamento com a criança/jovem e família. E3.3.2. Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura. E3.3.3. Demonstra habilidades de adapta�o da comunica�o ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.
E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodetermina�o nas escolhas relativas � saúde.	E3.4.1. Facilita a comunica�o expressiva de emo�es. E3.4.2. Reforça a imagem corporal positiva se necessário. E3.4.3. Identifica os estádios do processo de mudança na ado�o de comportamentos saudáveis. E3.4.4. Reforça a tomada de decisão responsável. E3.4.5. Negocia contrato de saúde com o adolescente.

311455411

UNIVERSIDADE ABERTA

Despacho (extrato) n.º 6788/2018

Durante a minha ausência da Universidade Aberta, no período de 22 de junho a 4 de julho de 2018, ao abrigo do disposto no n.º 2 do artigo 37.º dos Estatutos da Universidade Aberta, homologados pelo Despacho Normativo n.º 65-B/2008, de 12 de dezembro, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 246, de 22 de dezembro de 2008, e alterados pelo Despacho Normativo n.º 11/2015, e em conformidade com o disposto no artigo 42.º do Código do Procedimento Administrativo, aprovado em anexo ao Decreto-Lei n.º 4/2015, de 7 de janeiro, delego todos os poderes que a lei originariamente me confere para o exercício das minhas fun es, bem como as competências que me foram delegadas ou subdelegadas com a possibilidade de subdelega o, na vice-reitora para a Qualidade e Coopera o Internacional, Doutora Carla Maria Bispo Padre de Oliveira.

25 de junho de 2018. — O Reitor, *Paulo Maria Bastos da Silva Dias*.

311454983

Regulamento (extrato) n.º 423/2018

Avisam-se os interessados, para efeitos do artigo 101.º, n.º 2, do CPA, que se encontram em consulta pública no sítio da Internet da Universidade Aberta, "UAb.pt", os projetos do Regulamento do Repositório Aberto da Universidade Aberta e da Política de Preserva o do Repositório Aberto da UAb.

26 de junho de 2018. — O Reitor, *Paulo Maria Bastos da Silva Dias*.
311456708

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Aviso n.º 9415/2018

Abertura de concurso externo de ingresso para ocupa o de um posto de trabalho na categoria de Especialista de Informática, Grau 1, Nível 2 da carreira de Especialista de Informática, na modalidade de contrato de trabalho em fun es públicas por tempo indeterminado, do mapa de pessoal da Universidade do Algarve.

1 — Nos termos do disposto na Lei Geral do Trabalho em Fun es Públicas (LTFP), aprovada em anexo   Lei n.º 35/2014, de 20 de junho,

APÊNDICE II

**Sessão de Formação “Cuidar Multiculturalmente Competente em
Saúde Infantil e Pediatria- Intervenção do Enfermeiro Especialista”**

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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Sessão de Formação “Cuidar Multiculturalmente
Competente em Saúde Infantil e Pediatria-
Intervenção do Enfermeiro Especialista”**

Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais

Discente:

Rozilany Araújo Lima dos Santos

Docente Orientadora:

Professora Cristina Maria Rosa Jeremias

Lisboa

Novembro, 2021

Índice

1. INTRODUÇÃO.....	4
2. OBJETIVO.....	5
3. POPULAÇÃO-ALVO.....	5
4. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	5
5. PLANO DE SESSÃO.....	7
6. CONCLUSÃO E AVALIAÇÃO.....	9
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	10

Apêndice

Apêndice 1 – Apresentação em PowerPoint da sessão de formação

1. INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, que faz parte do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi-me proposta a elaboração de uma sessão de formação dirigida à equipa de profissionais de saúde da Unidade de Cuidados Intermédios de Neonatologia, onde decorreu o estágio de cuidados neonatais, com o seguinte tema “Cuidar Multiculturalmente Competente em Saúde Infantil e Pediatria - Intervenção do Enfermeiro Especialista”. A finalidade desta formação foi apresentar o projeto de estágio de forma a promover o interesse na aquisição de competências culturais à equipa.

O referido serviço presta cuidados a diversas crianças/família imigrantes, com isso, vivencia todas as dificuldades inerente aos cuidados de uma população multicultural.

A sessão de formação proposta, contribui para os objetivos gerais de estágio: Desenvolver competências comuns e específicas de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica nos processos de saúde/doença nos diferentes estádios de desenvolvimento da criança, jovem e família, nos diversos contextos pediátricos, e; Desenvolver competências no âmbito do cuidar da criança, jovem e família imigrante, nos diferentes contextos pediátricos.

Devido aos constrangimentos causados pela Pandemia Covid-19, a sessão de formação foi efetuada através da plataforma online Teams.

2. OBJETIVO

O objetivo geral da sessão de formação é compreender a importância da competência multicultural para a prestação de cuidados de qualidade na população imigrante.

No que diz respeito aos objetivos específicos a referida sessão de formação irá incidir em: Identificar a problemática; definir os conceitos principais relacionados com a problemática; explicar os temas principais que integram o enquadramento teórico; evidenciar a atual realidade multicultural em contextos pediátricos; descrever estratégias facilitadoras para a comunicação num contexto multicultural e promover a discussão sobre os cuidados prestados e dificuldades sentidas pela equipa prestadora de cuidados de saúde da Unidade de Cuidados Intermédios de Neonatologia.

3. POPULAÇÃO-ALVO

A sessão de formação esta direcionada à toda a equipa prestadora de cuidados de saúde as crianças e famílias da Unidade de Neonatologia, em especial à equipa de enfermagem.

4. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Atualmente estão a residir em Portugal 662.095 estrangeiros, tendo-se verificado, em 2020, um acréscimo de 12,2% desta população, de acordo com o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2020). Sendo que, nos últimos cinco anos, tem havido acréscimo do número de imigrantes residentes em Portugal. Este aumento de imigrantes deve-se a diferentes fatores, contudo, destacam-se a situação económica e social dos países de origem, a relação histórica e cultural com Portugal, a evolução nas políticas de imigração (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, 2020).

A maior comunidade estrangeira residente em Portugal, continua a ser a população de nacionalidade brasileira, aparentando um total de 27,8%. Em segundo lugar surge a população oriunda do Reino Unido, com uma percentagem de 7%; em terceiro a população oriunda de Cabo Verde, com 5,5%, seguindo-se, em quarto lugar, a população oriunda da Roménia, com 4,5%, em quinto lugar surge a população oriunda da Ucrânia, com 4,3%, em sexto a população oriunda da Itália com 4,3%,

seguida, em sétimo lugar, pela população oriunda da China, com 3,9%, em oitavo lugar a população oriunda de França, com 3,8%, em nono lugar a população oriunda da Índia, com 3,7%, em décimo lugar surge a população oriunda de Angola, com 3,7% e, por fim, com uma percentagem de 31,5% surge a população oriunda de outros diversos países, com pouca expressão percentual, a nível individual (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, 2020, p.20).

No que concerne à distribuição geográfica desta população, destaca-se uma maior concentração nos distritos de Lisboa, Faro e Setúbal. A nível nacional, a população de crianças e jovens, oriundas de famílias migrantes, entre os 0 e os 19 anos representa 14,1% da população migrante (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, 2020).

Cada vez mais a representatividade de crianças, jovens e famílias imigrantes na sociedade portuguesa é uma realidade, sendo que, como se encontra preconizado no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (1996) os enfermeiros devem ir ao encontro das necessidades no que concerne aos cuidados de enfermagem da população imigrante, sendo que o desenvolvimento de competências culturais é um fator basilar na prestação dos cuidados a esta população.

As competências culturais envolvem a capacidade de recolher dados relevantes e de os analisar de modo a ajudar o paciente e seus familiares a envolverem-se numa interação transcultural significativa. Deste modo, as competências culturais constituem-se como competências essenciais para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade dentro de uma sociedade constituída por grupos culturalmente diversos (Sharifi et al., 2019).

De acordo com o regulamento nº140/2019, denominado Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, “os cuidados de saúde e, consequentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde” (p.4744). Com a implementação deste projeto, pretende-se promover a aquisição de competências necessárias e fundamentais para ir ao encontro do preconizado pela Ordem dos Enfermeiros, para a prestação de cuidados de excelência, permitindo deste modo, e neste âmbito, o exercício pleno das funções de Enfermeiro Especialista.

5. PLANO DE SESSÃO

Sessão de Formação: Cuidar Multiculturalmente Competente em Saúde Infantil e Pediatria - Intervenção do Enfermeiro Especialista	Pré-requisitos: Sim	Qual: Profissionais de saúde
Módulo: Intervenção do Enfermeiro no Cuidado Multicultural	Público – Alvo: Equipa prestadora de cuidados de saúde da Unidade de Cuidados Intermédios de Neonatologia	
Formadora: Rozilany Santos	Número de Sessões: 1	Tema: Cuidar Multiculturalmente competente
Data: 02/11/2021	Local: Reunião Teams	
Hora: 11h00m	Duração da Sessão: 30 minutos	
Objetivo geral: Compreender a importância da competência multicultural para a prestação de cuidados de qualidade na população imigrante.		

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Plano de Sessão

Objetivos Específicos	Fases	Conteúdos Teóricos	Métodos e Atividades Pedagógicas	Recursos Didáticos	Atividades Didáticas	Duração (Horas)	Avaliação
Expor os objetivos específicos da sessão; Identificar o tema do Projeto de Estágio.	Introdução	Objetivos específicos da sessão; Tema do Projeto de Estágio.	Expositivo	Computador; Apresentação em Power Point; Microsoft Zoom.	Plenário: Diálogo	5 minutos	Formativa (Observação)
Identificar a Problemática; Definir o conceito principal da temática; Definir o conceito de	Desenvolvimento	Estatísticas relativas ao aumento na migração em Portugal; Definição de cultura; Competência cultural e cuidados	Expositivo Ativo: <i>Brainstorming</i>	Computador; Apresentação em Power	Plenário: Diálogo	20 minutos	Diagnóstica

<p>competência cultural; Conhecer a filosofia de cuidados centrados na família; Identificar teorias de enfermagem relacionadas com os cuidados prestados na multiculturalidade; Explicar a importância da comunicação eficaz na prestação de cuidados em contexto multicultural; Identificar documentos disponíveis para facilitar a comunicação em contexto multicultural;</p>		<p>de enfermagem; Cuidados centrados na família; Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger e Modelo de Cuidado Culturalmente Competente de Campinha-Bacote; Capacidade de Comunicação: barreiras na comunicação, fatores facilitadores de comunicação; Demonstrar documentos e outros recursos disponíveis durante a prestação de cuidados de enfermagem.</p>		<p>Point; Microsoft Zoom.</p>			
<p>Sintetizar os principais conteúdos abordados na sessão; Promover a discussão sobre o tema da sessão.</p>	<p>Conclusão</p>	<p>Resumo dos principais aspetos abordados.</p>	<p>Expositivo</p>	<p>Computador; Apresentação em Power Point; Microsoft Zoom.</p>	<p>Plenário: Diálogo</p>	<p>5 minutos</p>	<p>Relatório</p>

A responsável pela sessão: Rozilany Santos

6.CONCLUSÃO E AVALIAÇÃO

Devido às condicionalidades associadas ao plano de contingência e medidas de proteção em relação à pandemia da Covid-19, a formação decorreu online pela plataforma Zoom. que teve num total de 38 participantes, de diferentes categorias profissionais, sendo considerada uma formação com êxito de adesão. A divulgação da formação foi da responsabilidade do centro de formação do Hospital em que estava a decorrer o estágio. Esta formação foi especialmente bem recebida por todos os participantes que destacaram a atualidade do tema e a sua relevância para uma boa prestação de cuidados de enfermagem.

A sessão de formação foi moderada pela Enfermeira Orientadora local, uma EEESIP, sendo que, o período final da sessão destinado para a discussão.

No que concerne a avaliação da sessão, destaca-se a elevada adesão dos participantes no momento da discussão. Onde houve uma partilha de situações e constrangimentos vivenciados durante à prestação de cuidados, que poderiam ter sido evitados com as ferramentas e conhecimentos adquiridos na sessão. Nomeadamente, o conhecimento da existência e fornecimento de contactos facilitadores de uma comunicação eficaz foram um dos aspetos mais destacados e discutidos entre os participantes. De referir também, que de acordo com os participantes, foi de suma importância referir aspetos culturais que podem interferir na prestação de cuidados de saúde.

A sessão proporcionou uma reflexão sobre a prestação de cuidados de saúde aos imigrantes e, de acordo com o referido pelos participantes, ficou um desejo de conhecer mais acerca das culturas mais prevalentes no serviço e sobre as características e desenvolvimento da competência cultural, tão necessária no atual mundo globalizado em que vivemos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Coutinho, E., Amaral, S., Parreira, V., Chaves, C., Amaral, O., & Nelas, P. (2017). O cuidado cultural na trajetória da enfermagem transcultural e competência cultural.pdf. *Investigação Qualitativa Em Saúde*, 1578–1587. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1510>.
- Carreira, S. (2015). Estudos de Literatura e imigração. *Belford Roxo*, Uniabeu.
- Fernandes, A., & Monteiro, A. P. (2015). Contributo para o estudo de competência cultural em saúde mental de enfermeiros em Portugal. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing* 39–47. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0104>
- Fontana, R. T. (2019). A Interculturalidade Na Formação Dos Profissionais De Enfermagem. *Revista Contexto e Educação*, 36–51. <https://doi.org/10.21527/2179-1309.2019.109.36-51>
- Mano, M. (2002). Cuidados em Parceria às crianças hospitalizadas: Predisposição dos enfermeiros e dos pais. *Revista Referência*, 53-61.
- Moita, M. A. G., e Silva, A. L. da. (2016). Modelos de Competência Cultural: Uma Análise Crítica. *Pensar Enfermagem*, 72–89. http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Doc4_72_88.pdf
- Moreira, G. de O., & Motta, L. B. (2016). *Competência Cultural na Graduação de Medicina e de Enfermagem*. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 164–171. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n2e02902014>
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Lusociência.
- Reis, A. & Costa, M. (2016). Cuidar de Imigrantes: das intervenções em contexto à construção de competências culturais nos enfermeiros. *Revista de Enfermagem*, 63–69. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1318>

- Regulamento n.º 205/1996, (2015). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República*, Série I-A de 1996-09-04. Acedido a 10 agosto 2021. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/241640/details/maximize>.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, 2.ª série, 133, 19192-19194. Acedido a 8 agosto. 2021. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115685379/details/maxim>.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da república*, 2.ª série, 26, 4744-4750. Acedido a 11 agosto 2021. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/dre.u995/details/max>.
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2020). Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2020. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, ISSN: 2183-2935.
- Sharifi, N., Adib-Hajbaghery, M., & Najafi, M. (2019). Cultural competence in nursing: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 99-108, 103386.
- Thibodeaux, G. Annaka e Mooney-Doyle, Kim (2014). Influências Sociais, Culturais e Religiosas na Promoção da Saúde da Criança. (p.21-48). In M., Hockenberry & D., Wilson. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed.) Lusociência
- Tito, J. (2015). Quando os imigrantes falam: Vozes diaspóricas em How The Garcia Girls Lost Their Accents. *Revista Linguas e Letras*.
- Welch, A. (2004). Cuidar cultural: Teoria da Diversidade e da universalidade. In A. Tomey e M. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem*, p. 563-589. Lusociência.

APÉNDICE

APÊNDICE I

Sessão de Formação “Cuidar Multiculturalmente Competente em Saúde Infantil e Pediatria - Intervenção do Enfermeiro Especialista”

PROJETO DE ESTÁGIO

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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Professora Coordenadora
Cristina Jeremias
Enfermeira Orientadora
de Estágio
Disciplina:
Rozilany Santos

ESEL
1920
Novembro, 2021

1

Índice

- Identificação do Tema;
- Problemática;
- Definição do Conceito Principal;
- Enquadramento Teórico;
- Competência Cultural;
- Multiculturalidade em Contexto Pediátrico;
- Comunicação na multiculturalidade;
- Conclusão;
- Referências Bibliográficas;
- Discussão.



ESEL
1920

2

Identificação do Tema

Tema: Cuidar da Criança/Jovem e Família Migrante.

Título: Cuidar Multiculturalmente Competente em Saúde Infantil e Pediatria: Intervenção do Enfermeiro Especialista



ESEL
1920

3

Problemática

Número de Imigrantes em Portugal aumentou quase 12,2% em 2020 (comparativamente a 2019).

Total de migrantes com título de residência

662.095

5º ano consecutivo com crescimento da população migrante em Portugal

- 1- Brasil
- 2- Reino Unido
- 3- Cabo Verde
- 4- Roménia

Crianças e jovens (entre 0 e 19 anos) representam 14,1% da população migrante.

ESEL
1920

4



Definição do Conceito Principal: Cultura

Um conjunto de pessoas que partilham e transmitem os seus valores, normas, crenças, padrões e práticas, através de gerações. (Wong, 2003, citado por Filizola e Morrey-Daly, 2010)

Um conjunto de pessoas que partilham as mesmas normas, crenças, estilos de vida, formas de pensar, leis, práticas políticas e económicas e relações sociais, que são transmitidas às novas gerações. (Purtilo e Paulanka, 2010)

ESEL

5

Enquadramento Teórico

Com a presente representatividade das crianças, jovens e famílias migrantes na sociedade;

Os enfermeiros devem ir ao encontro das necessidades de cuidados de enfermagem da população migrante:

- Atuar de forma responsável;
- Cumprir os princípios éticos;
- Respeitar os direitos de todos os clientes de que cuidam.

O desenvolvimento da competência cultural é determinante para a prestação de cuidados a este tipo de população. (Cruz e Mendes, 2012)

Regulamento do Conselho Nacional de Enfermeiros, 2002

ESEL

6

Enquadramento Teórico

Para que os enfermeiros promovam a saúde das crianças, jovens e famílias, é necessária a compreensão das influências sociais, religiosas e culturais que caracterizam a mesma; (Filizola e Morrey-Daly, 2010)

Questões de género, raça, etnia, cor de pele, entre outros aspetos, são extremamente relevantes para o cuidar culturalmente competente, tendo por base a ausência de preconceitos e o respeito pelas diferenças e pela identidade cultural de cada população. (Purtilo e Paulanka, 2010)

ESEL

7

Competência Cultural



Conhecimento de costumes;

Situações de saúde/doença;

Capacidade de comunicação.

ESEL

8

Comunicação na Multiculturalidade

Capacidade de comunicação

Transmissão de informação eficaz, tendo em consideração que a interpretação da realidade pode ser divergente, de acordo com as crenças, os valores e os hábitos das comunidades. (Borero e Morin, 2006)

Dado a característica da sociedade cada vez mais multicultural, é essencial que os enfermeiros e demais profissionais de saúde planeiem os cuidados de saúde, tendo em conta as características culturais dos clientes. (Fernandes e Monteiro, 2015)

ESEL

13

Comunicação na Multiculturalidade

✓ Principal barreira na comunicação: **Idioma**

Fatores facilitadores

Idioma alternativo, compreendido por todos os envolvidos nos cuidados;

Validar a compreensão da informação fornecida;

Utilização de intérpretes;

Utilizar linguagem clara e concisa;

Utilização de recursos tecnológicos (internet - google tradutor);

Estimular a presença de um acompanhante que consiga traduzir a informação;

(Fernandes, 2008)

ESEL

14

Comunicação na Multiculturalidade

Influência inicial na identidade cultural do migrante

Nome → Pronúncia do nome do recém-nascido → Identidade ambígua

(Fino, J., 2015; Carreira, S., 2015)

ESEL

15

Comunicação na Multiculturalidade

- ✓ Centro de Apoio à Integração de Migrantes de Lisboa: 218106100 (www-acm.gov.pt);
- ✓ Linha de Apoio ao Migrante e Linha de Tradução Telefónica : (2ª a 6ª - 9h as 19h) 808257257 ou 218106191;
- ✓ Linha SOS grávida : 808201139 ou 213926600;
- ✓ Câmaras municipais : gabinetes de apoio ao migrante.

ESEL

16

Comunicação na Multiculturalidade

Na Unidade estão disponíveis alguns documentos facilitadores de comunicação, em diferentes idiomas, tais como:

- ✓ Guia de acolhimento;
- ✓ Preparação de leites;
- ✓ Polvinhos;
- ✓ Alta e sinais de alerta;
- ✓ Aleitamento/ extração de leite materno.

Folhetos cedidos pela Enf. Rita Puppe



ESEL

17

Comunicação na Multiculturalidade



Árabe

Urdu

ESEL

18

Comunicação na Multiculturalidade



ESEL

19

Comunicação na Multiculturalidade



ESEL

20

Comunicação na Multiculturalidade



21

Conclusão

- A multiculturalidade é uma realidade nos cuidados de saúde;
- A utilização de uma comunicação eficaz, facilita a promoção de cuidados de enfermagem de excelência;
- Estão disponíveis diferentes alternativas para a promoção de uma comunicação eficaz;
- As intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros contribuem para a literacia em saúde na população migrante;
- Os enfermeiros podem contribuir para um cuidado culturalmente competente das crianças/jovens e família migrantes residentes em Portugal.

22

Referências Bibliográficas

- Coutinho, L., Antunes, S., Ferreira, V., Chaves, C., Antunes, D., & Neves, P. (2017). O contacto cultural no trabalho do enfermeiro: competência cultural e competência cultural. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 1570-1587. <https://doi.org/10.15173/inqs.v2i1.1570>
- Carneiro, S. (2015). *Estudos de Literatura e Imigração*. Belém: Raso, Unilabru.
- Fernandes, A., & Monteiro, A. P. (2015). Contributo para o estudo de competência cultural em saúde mental de enfermeiros em Portugal. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing*, 14(4), 39-47. <https://doi.org/10.11913/pjnm.2104>
- Fontana, R. T. (2019). A multiculturalidade na formação dos profissionais de enfermagem. *Revista Contexto & Educação*, 34(109), 36-51. <https://doi.org/10.21077/179-1305.2019.109.36-51>
- Moita, M. A. G., & Silva, A. L. da. (2016). *Modelo de Competência Cultural: Uma Análise Crítica*. *Pensar em Enfermagem*, 20(2), 72-83. http://www.pensarenfermagem.esel.pt/files/004_72_83.pdf
- Moreira, G. de O., & Moita, L. B. (2016). Competência Cultural na Graduação de Medicina e de Enfermagem. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 40(3), 164-171. <https://doi.org/10.1590/1981-7172.201540302902016>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Infância e Adolescência*. Cadeia da República, nº2 6 de 2019, Série J de 2019-02-06.

23

Referências Bibliográficas

- Phanaou, M. (2005). *Competência em saúde: relação de ajuste e avaliação*. Lisboa: Lusociência
- Reis, A., & Costa, M. (2016). Cuidado de migrantes: das intervenções em contexto à construção de competências culturais em enfermeiros. *Revista de Enfermagem*, vol. 10, número 2, 63-79. <https://doi.org/10.12728/1135>
- Regulamento n.º 252/1996, (2015). *Regulamento do Exercicio Profissional dos Enfermeiros*. Diário da República, Série IA de 1996-03-04. Acesso a 10 agosto 2021. Disponível em: <https://nho.pesquisa-juridica/194604/Lusociencia>.
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2020). *Estadístico de Imigração, Fronteiras e Aduana 2020*. Editor: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. Faro: SRE, 2020, 218-209.
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2019). *Manual de Imigração, Fronteiras e Aduana*. Editor: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. Faro: SRE, 2019, 218-209.
- Theodorou, G., Antunes, D., Monteiro, A., & Moita, L. B. (2016). Influência Social, Cultural e Religiosa na Promoção da Saúde da Criança (p.21-38). In M. Hockenberry & D. Wilson. *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed.). Lisboa: Lusociência
- Tico, J. (2015). Quando os imigrantes fazem Vozes: discursos em Hoi e The Garcia Girls Lost Their Accent. *Revista Língua e Letras*, Unilabru, Vol. 15, nº33.
- Welch, A. (2004). *Cuidar cultural: Teoria da Diversidade e da universalidade*. In A. Toney e M. All prof. *Técnicas de Enfermagem e sua prática: Modelos e contextos de enfermagem*. (7ª ed.) p. 503-505. Lisboa: Lusociência.

24

Discussão

Obrigada.



Imagem: J. Demerutis em Cultura e Arte 4. (adaptado de 2010, 2011). www.arteemarte.com.br

APÊNDICE III
Estudo de Caso

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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Estudo de Caso

Internamento de Pediatria

Discente:

Rozilany Araújo Lima dos Santos

Docente Orientadora:

Professora Cristina Maria Rosa Jeremias



Lisboa

Janeiro, 2022

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
2.CARACTERIZAÇÃO DA ETIOLOGIA E PATOGENIA.....	6
3.HISTÓRIA CLÍNICA DE ENFERMAGEM	8
4.AVALIAÇÃO FÍSICA, SEMIOLOGIA, COMPORTAMENTOS E VERBALIZAÇÕES DO CLIENTE.....	10
5.TRATAMENTOS PASSADOS E ATUAIS.....	14
6.PLANO DE CUIDADOS	15
7.DISSCUSSÃO	19
8.RECOMENDAÇÕES	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21

INTRODUÇÃO

O presente Estudo de Caso insere-se na realização do Estágio de Internamento de Pediatria, integrado no curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, constituindo-se um importante momento de investigação e de desenvolvimento de competências e saberes.

De acordo com Galdeano et al. (2003), os estudos de caso são estudos aplicados no âmbito da prática clínica de enfermagem, tendo como objetivo principal realizar um estudo aprofundado dos problemas e necessidades do indivíduo, da sua família e comunidade. Assim, constituem ferramentas essenciais para o estudo, por parte dos enfermeiros, das melhores estratégias para que se possa reverter ou solucionar os problemas identificados e dar resposta às necessidades sentidas.

Assim, no presente trabalho, realizou-se um estudo de caso clínico no âmbito da enfermagem e da experiência vivida em contexto de estágio, tendo em conta o tema central da enfermagem transcultural. Procedeu-se à exploração de um caso específico, obtido por uma detalhada recolha de dados procedentes de múltiplas fontes de informação. Os estudos de caso constituem, deste modo, um registo fundamental no que concerne à prática clínica em enfermagem.

Para a produção do presente relatório do estudo de caso são apresentadas as seguintes etapas: introdução e apresentação do caso, caracterização da etiologia e patogenia, a história de enfermagem do cliente, a sua avaliação geral, os tratamentos relacionados, o plano de cuidados, a discussão e, por fim, as recomendações, seguidas das referências bibliográficas.

Este trabalho foi elaborado de acordo com as orientações da ESEL para trabalhos escritos e referenciado com base nas normas da APA 7.

O cliente é um adolescente do sexo masculino de 12 anos, de origem africana, mais precisamente de Angola. A família é constituída pela mãe, pai e dois irmãos mais novos, de nove e sete anos de idade, e reside na área de abrangência da unidade hospitalar onde decorreu o estágio, constituindo o cliente pediátrico pelo adolescente e a mãe.

Este adolescente sofre de uma doença crónica, a drepanocitose (também conhecida por anemia falciforme) que lhe provoca episódios longos caracterizados

por dores intensas e de grande desconforto, sendo esse o principal problema que o adolescente apresenta: a convivência com a dor decorrente da doença. Tem apresentado múltiplos episódios dolorosos e hospitalizações relacionadas com a sua doença (sequestro esplênico, síndrome do tórax agudo, pneumonia). O último episódio doloroso ocorreu cerca de três meses antes da avaliação e internamento em curso, tendo a gestão da dor sido possível através de analgésicos de venda livre.

Os primeiros sinais da doença surgiram por volta dos seis meses de vida, com a primeira crise vaso oclusiva, também conhecida como síndrome mão-pé, crise esta que motivou o primeiro internamento decorrente da drepanocitose. Esta síndrome é caracterizada por dor e edema no dorso das mãos e /ou dos pés, sendo frequentemente acompanhada com eritema e calor local (Soares et al., 2012). As características desta primeira crise são corroboradas pela literatura. Esta refere que os sinais e sintomas mais frequentes de uma primeira crise devido à drepanocitose incluem dor ou crises vaso-oclusivas, úlceras em membros inferiores, icterícia, palidez e cansaço (Campelo et al., 2017).

O adolescente deu entrada no serviço de internamento visivelmente triste, não só por causa da doença, mas especialmente devido a episódios frequentes de dor intensa e as dificuldades financeiras vividas. Esta realidade fê-lo sentir culpa, uma vez que a mãe, ao acompanhá-lo durante os tratamentos ficava impossibilitada de exercer a sua atividade profissional periodicamente. Simultaneamente, o adolescente sentia-se triste porque os períodos de crise fazem com que tenha um menor rendimento escolar do que os colegas da sua turma. Atualmente, o adolescente encontra-se a no 5º ano do 1.º ciclo do ensino básico, beneficiando de medidas de apoio escolar devido aos frequentes e longos internamentos que o impossibilitam de frequentar às aulas.

2. CARACTERIZAÇÃO DA ETIOLOGIA E PATOGENIA

A drepanocitose é uma doença do sangue também conhecida como anemia falciforme, de causa hereditária com maior prevalência entre indivíduos de origem africana, como é o caso do nosso cliente (Amaral, 2015). As crianças com esta patologia produzem um tipo anormal de hemoglobina, proteína dos glóbulos vermelhos responsável pelo transporte de oxigênio para todas as partes do corpo. A hemoglobina produzida em crianças e jovens com drepanocitose não é capaz de transportar o oxigênio suficiente para os tecidos e órgãos do corpo (Kanter & Kruse-Jarres, 2013).

Os glóbulos vermelhos saudáveis, com hemoglobina normal são redondos e movimentam-se facilmente através dos vasos sanguíneos. Já os glóbulos vermelhos em crianças com drepanocitose apresentam uma forma característica, semelhante a uma foice (daí o nome falciforme), sendo duros e pegajosos o que faz com que se desloquem com dificuldade, provocando a sua aglomeração e conseqüentemente o bloqueio do fluxo sanguíneo, sendo esta condição responsável pelas frequentes situações de dor, podendo, ainda, causar dano nos principais órgãos do corpo humano (Insua et al., 2019).

Os glóbulos vermelhos falciformes apresentam, também, um tempo de vida mais curto quando comparados com as células saudáveis, sendo que, esta morte prematura tem como consequência a sua redução, causando anemia. Ao mesmo tempo, e devido a forma das células falciformes, o baço, órgão essencial na defesa das infecções do sangue, pode sofrer dano. Sem um baço saudável, as pessoas com drepanocitose apresentam um maior risco de contrair infecções graves (Insua et al., 2019).

A maioria das crianças com drepanocitose começa a ter sintomas durante o primeiro ano de vida, muitas vezes por volta dos cinco meses. Os sintomas de cada criança podem variar, podendo ser ligeiros ou graves, onde se incluem (De Montalembert, 2002):

- Anemia: Este é o sintoma mais comum, uma vez que a criança possui menos glóbulos vermelhos saudáveis, causando palidez e cansaço.
- Icterícia: Este sintoma é bastante comum e manifesta-se pela cor amarelada da pele, esclerótica, lábios e restante mucosa oral. O tempo de

vida dos glóbulos vermelhos falciformes é menor do que a capacidade de filtragem dos mesmos pelo fígado, resultando na liberação da bilirrubina que provoca a cor amarelada da pele.

- Crises de dor: Quando as células falciformes se movem através de pequenos vasos sanguíneos, podem ficar presas, bloqueando o fluxo sanguíneo e causando dor. Esta dor súbita pode ocorrer em qualquer região do corpo, mas na maioria das vezes ocorre no tórax, membros superiores e membros inferiores. Nos lactentes e crianças pequenas é comum o edema doloroso dos dedos das mãos e dos pés. O bloqueio do fluxo sanguíneo pode também levar à morte dos tecidos.
- Síndrome do tórax agudo: Ocorre quando as células falciformes se aglomeram e bloqueiam o fluxo de oxigênio nos pequenos vasos dos pulmões, podendo levar à morte. Geralmente ocorre de forma súbita, quando o corpo está sob *stress* devido a infecção, febre, ou desidratação. Os sintomas podem ser semelhantes aos de uma pneumonia (febre, dor e tosse violenta).

Concluindo, a drepanocitose é uma condição genética em que os glóbulos vermelhos produzem hemoglobina anormal responsável por uma deformação em forma de foice ou os destrói de forma prematura. Para além da anemia, que diminui a capacidade de transporte de oxigênio, estas hemácias são mais suscetíveis a ficarem presas em pequenos vasos sanguíneos, bloqueando o fluxo sanguíneo o que provoca uma série de graves problemas, como episódios de dor altamente debilitantes e síndrome do tórax agudo.

3. HISTÓRIA CLÍNICA DE ENFERMAGEM

Os principais problemas reportados pelo adolescente são a dor e a sua difícil gestão, assim como a astenia, uma condição generalizada que se caracteriza pela sensação de fraqueza e falta de energia, impedindo-o de ter uma vida normal e idêntica aos adolescentes da sua idade.

Os internamentos recorrentes têm contribuindo amplamente para que o interesse escolar tenha diminuído consideravelmente, o que se reflete atualmente no seu desempenho académico. A sua mãe reporta problemas contínuos de desorganização assim como de má gestão do tempo, não tendo capacidade em gerir as suas próprias rotinas diárias. Neste sentido, a mãe expressou preocupação no desenvolvimento da capacidade do adolescente em se tornar autónomo à medida que entra na vida de adolescente.

Foi relatado, também, pelo adolescente e pela mãe, um afastamento dos seus pares devido aos internamentos, à falta de energia e também ao insucesso escolar, o que o torna bastante depressivo. Os problemas financeiros são, igualmente, um problema, que causa grande angústia ao adolescente, que se culpa pela mãe faltar ao trabalho para o acompanhar nos seus tratamentos, consultas e internamentos, sendo que a mãe trabalha nas limpezas e o pai nas obras.

Apresenta-se de seguida o genograma e ecomapa do adolescente cliente em estudo (figura 1 e figura 2 respetivamente):

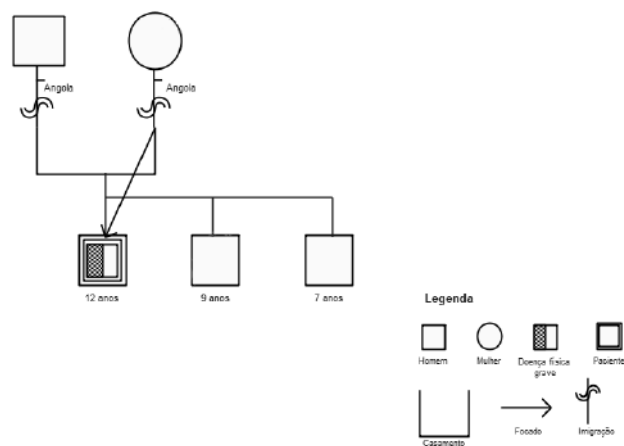


Figura 1: Genograma do cliente

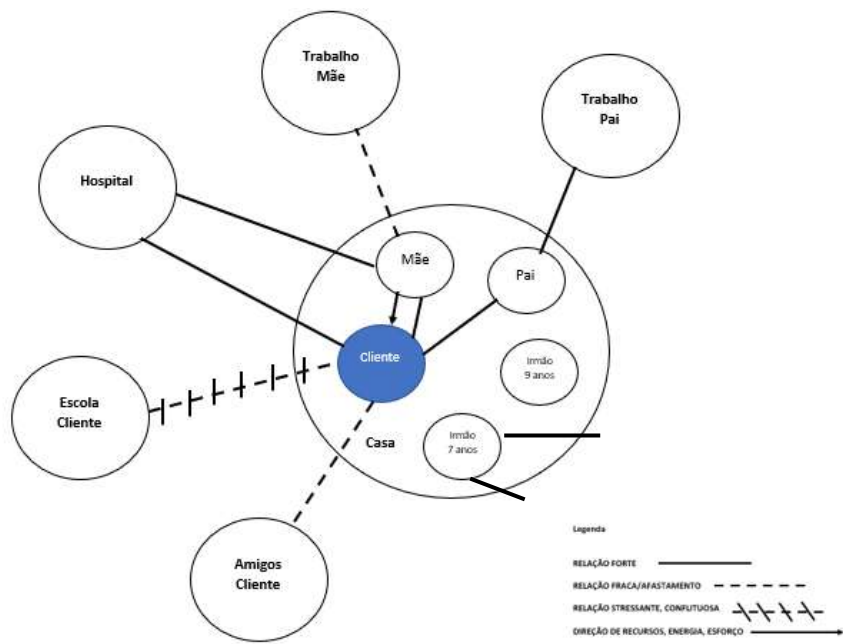


Figura 2: Ecomapa do cliente

4. AVALIAÇÃO FÍSICA, SEMIOLOGIA, COMPORTAMENTOS E VERBALIZAÇÕES DO CLIENTE

Na admissão o adolescente apresentava pele e mucosas amareladas e desidratadas, sintomas da drepanocitose. Foram realizadas análises, no entanto não houve a oportunidade de aceder às mesmas. Pesava 32 Kg, tendo de altura 149cm o que representa um IMC de 14,4kg/m², sendo considerado segundo a Organização Mundial de Saúde um estado de Magreza, abaixo do recomendado.

No momento da admissão o adolescente apresentava sinais de osteomielite hematogénica, mais acentuada no fémur esquerdo, acompanhado de todos os sinais inflamatórios (dor, rubor, calor e edema). A osteomielite hematogénica aguda é o tipo mais comum de infeção óssea. É geralmente observada em crianças e é mais comum em rapazes. A infeção ocorre geralmente em áreas de alta atividade metabólica e afeta normalmente as metáfises distal femoral e proximal da tíbia (Thakolkaran & Shetty, 2019).

Inicialmente o seu comportamento era marcadamente tímido e introvertido, sendo que pouco verbalizava o que queria e sentia. No entanto, e com o passar do tempo de internamento, a confiança foi estabelecida, tornando a comunicação mais fácil e eficaz. É de realçar que, apesar de muitas vezes ter verbalizado que estava habituado à vida dos hospitais, era notória a tristeza que acompanhava estas frases.

Quanto às necessidades humanas básicas, foi utilizada a teórica Virginia Henderson que enumera 14 necessidades:

- **NHF Respirar:** O adolescente não tem nenhuma patologia de base respiratória. Encontra-se à observação com cansaço a pequenos esforços devido à anemia presente. Apresenta uma respiração predominantemente abdominal, polipneico com frequência respiratória entre os 25 a 35 ciclos por minuto.

- **NHF Comer e Beber:** Em casa é a mãe que cozinha sendo que a mesma refere uma alimentação variada. Faz no total cerca de 5 refeições/dia (pequeno-almoço, meio da manhã, almoço, lanche e jantar). Ingera laticínios e às refeições principais ingere por vezes sopa e sempre prato. O prato é constituído por um terço de proteína animal e dois terços de hidratos de carbono, preferencialmente arroz. Acompanha raramente com legumes. Tem por hábito consumir uma peça de fruta por dia por incentivo da mãe. No internamento, apresentava apetite bastante

diminuído, ingerindo as refeições principais com muita insistência por parte da mãe. Renitente também ao reforço hídrico com água, ingeria mais sumos açucarados com agrado. Sem alergias alimentares conhecidas até à data.

- **NHF Eliminar:** O adolescente apresenta controlo total dos esfíncteres sendo autónomo na eliminação vesical e fecal. Apresenta urina concentrada, devido à desidratação presente e chegou a urinar no urinol quando se encontrava mais cansado de forma a não sair do leito. Evacua diariamente, segundo a mãe, fezes de características normais.

- **NHF Movimentar-se e manter a postura:** No seu quotidiano o adolescente movimenta-se de forma autónoma, indo para a escola de transportes. Durante o tempo de recreio resguarda-se e não interage tanto com os outros colegas por dificuldade em acompanhar as brincadeiras físicas dos mesmos. No internamento manteve-se maioritariamente em repouso no leito por apresentar cansaço a pequenos esforços e por dor presente. Foi transportado em cadeira de rodas pelo hospital para realizar exames complementares de diagnóstico dada a distância a percorrer. Nas deslocações ao WC foi possível verificar um desequilíbrio da marcha provocado pela dor presente no membro inferior esquerdo devido a processo de osteomielite hematogénica.

- **NHF Dormir e Repousar:** No que concerne ao padrão de descanso o adolescente refere dormir bem em casa, a mãe aponta para cerca de 10 horas de sono noturno ininterrupto. Durante o internamento, pela presença de dor e por estar num ambiente diferente de casa, com luzes e sons diferentes, de noite consegue descansar mas acorda várias vezes por noite totalizando cerca de 7 horas de sono. A mãe do adolescente por estar preocupada com o estado de saúde do filho bem como com o bem-estar dos outros dois filhos e por se encontrar a dormir num local menos confortável tem um sono leve e pouco reparador, situação que refere já estar habituada.

- **NHF Vestir e Despir:** Apresentam (mãe e filho) vestuário limpo e adequado à estação do ano, sendo o adolescente capaz de se vestir e despir autonomamente. Apresentou necessidade de mudar a roupa da cama algumas vezes por dia por sudorese após arrefecimento provocado por terapêutica antipirética.

- **NHF Manter a temperatura corporal:** No domicílio apresentou dois picos febris, motivo que também originou a ida à unidade hospitalar, com sintomatologia associada de tremores, frio e agravamento das mialgias. No internamento manteve perfil febril inicialmente a cada 4 horas, cedendo após medidas não farmacológicas de arrefecimento corporal suave associadas a terapêutica farmacológica que teria também efeito analgésico. Foram também reforçados ensinamentos à mãe do adolescente e ao adolescente de como proceder em caso de febre, uma vez que a mãe tentava cobrir ainda mais o adolescente por vê-lo com tremores tendo referido compreender os mesmos. Os intervalos de febre foram alargando à medida que os dias de internamento passaram.

- **NHF Manter-se limpo e proteger os tegumentos:** Apresenta de forma global aspeto limpo e integridade da pele. No domicílio tem como hábito de higiene tomar duche uma vez por dia, geralmente ao fim do dia. Realiza esta rotina de forma autónoma em casa quando tem a doença estabilizada. Durante o internamento necessitou de ajuda parcial na realização da higiene, indo de cadeira sanitária ao WC na companhia da mãe, que também precisaria de ajuda de um profissional por também se sentir cansada.

- **NHF Evitar os perigos:** Mantém vigilância de saúde com consultas no centro de saúde da área de residência, bem como na consulta externa daquela unidade hospitalar com seguimento em Ortopedia, Consulta da Dor, Pediatria e Hematologia. Apresenta um alto risco de quedas nas Escalas de Humpty Dumpty e já apresentou episódios de queda no domicílio. Apresenta baixo risco de úlcera de pressão, segundo escala de Braden Q. Tem risco de infeção presente devido a dispositivo: cateter venoso periférico.

- **NHF Comunicar:** Por história de múltiplos internamentos, todos decorrentes da patologia de base, demonstra-se cansado dos mesmos, revela tristeza por não acompanhar os colegas e revolta por manter estes episódios. Manifesta também preocupação pela sua mãe ficar impossibilitada de trabalhar enquanto está internado. Apesar de já conhecer a equipa de saúde, e isso poder ser um fator facilitador da relação enfermeiro-cliente por vezes o adolescente é pouco colaborante nos cuidados pela negação que sente face à sua doença. Apresenta uma ligação muito forte à mãe que é quem o acompanha sempre às consultas e durante os internamentos.

- **NHF Praticar a sua religião e agir segundo as suas crenças:** A mãe refere que a família é católica não praticante, nega restrições de saúde face às suas crenças, valores e/ou religião. Muito ocasionalmente vai à missa ou quando em casa assiste à mesma na televisão. O adolescente refere não dar muita importância à religião.

- **NHF Ocupar-se de forma a sentir-se útil:** O adolescente frequenta de momento o 5º ano do 2º ciclo do ensino básico, encontrando-se desmotivado conforme descrito anteriormente. Tem períodos de ausência das aulas frequentes, motivados pelos internamentos, levando a uma sensação de desigualdade perante os outros colegas, que demonstram capacidades cognitivas e motoras mais avançadas do que as demonstradas pelo adolescente, como ler e escrever. O cansaço habitualmente sentido pelo jovem bem como a evicção de atividades exaustivas não permitem que o mesmo acompanhe os outros colegas durante o tempo de recreio. O mesmo é sentido pelo adolescente em casa, na presença dos outros dois irmãos. Ocupa o tempo a ver televisão e gosta de montar puzzles.

- **NHF Recrear-se/Divertir-se:** Como referido anteriormente o adolescente ocupa o seu tempo recreativo a ver televisão ou a montar puzzles. Tem dificuldade, neste momento de internamento, em nomear atividades que o façam sentir divertido.

- **NHF Aprender:** A mãe do adolescente mostra-se disponível para aprender, não escondendo ao mesmo tempo que se sente exausta dos sucessivos internamentos, embora reconheça que este acompanhamento lhe tenha permitido desenvolver um conhecimento profundo sobre a doença do filho. O adolescente encontra-se desmotivado e pouco disponível para aprender mais sobre a sua doença.

5. TRATAMENTOS PASSADOS E ATUAIS

Na drepanocitose não existe um tratamento específico, mas sim, medidas gerais e preventivas tendo como objetivo principal a melhoria da qualidade de vida dos doentes (Braga, 2007). No caso do adolescente cliente em estudo, durante os primeiros cinco anos de vida foi-lhe administrada penicilina, profilaticamente, de forma a prevenir possíveis infeções decorrentes do desenvolvimento da doença. Tal tratamento é consistente com o que é referido na literatura, visto que a rotina de manutenção da saúde do indivíduo com drepanocitose deve ser iniciada nos primeiros meses de vida, logo após o diagnóstico (Braga, 2007).

O adolescente encontra-se atualmente a realizar tratamento com transfusões de concentrado eritrocitário. As transfusões sanguíneas constituem uma das bases do tratamento das complicações decorrentes da drepanocitose, sendo o único processo que permite a redução da percentagem da hemoglobina falciforme circulante em situações clínicas de urgência, como é caso do presente estudo de caso. O adolescente cliente encontrava-se, então, a fazer uma transfusão sanguínea simples. No entanto, é necessária precaução na realização deste tratamento uma vez que as transfusões podem aumentar a viscosidade sanguínea, podendo levar a um agravamento da vaso-oclusão (Santo & Graça, 1992). Para o controlo da dor, o adolescente cliente recorre a analgésicos de venda livre, sendo que na última crise a gestão da dor foi feita com sucesso através dessa medicação.

6. PLANO DE CUIDADOS

Para a elaboração do plano de cuidados foi utilizada como base a Taxonomia CIPE. Conforme fui descrevendo as necessidades humanas básicas do cliente pediátrico pude verificar que existem algumas necessidades comprometidas, que me vão facilitar a construção deste mesmo plano.

O seguinte plano será construído com base na hierarquização de necessidade segundo Maslow.

- Dor Presente

Foco	Dor
Juízo	Presente
Resultado esperado	Dor melhorada/ Controlo da dor efetivo (Reduzir e eliminar a dor sentida pelo adolescente)
Intervenções	Avaliar a dor – apresenta dor aguda, de localização dispersa e duração contínua que intensificava à mobilização (variável entre três em repouso e seis na escala numérica) Gerir a dor Demonstrar técnica de relaxamento Técnica de posicionamento Administrar medicação para a dor Avaliar a resposta à medicação Identificar a atitude face à dor Consultar o serviço de gestão da dor Ensinar sobre a gestão da dor
Avaliação	O adolescente foi reduzindo os episódios de dor aguda ao longo do internamento, com necessidade cada vez menor de analgésicos

- Cansaço Elevado

Foco	Cansaço
Juízo	Elevado
Resultado esperado	Cansaço melhorado / Sem sinais de cansaço (Reduzir o cansaço sentido pelo adolescente motivado pela anemia provocado pela

	drepanocitose)
Intervenções	<p>Avaliar o cansaço</p> <p>Encorajar o repouso - auxiliar ou substituir em atividades de vida diárias que possam comprometer o repouso que necessita durante fase aguda do cansaço</p> <p>Monitorizar o <i>status</i> respiratório – apresenta-se polipneico com frequência respiratória entre os 25-35 ciclos/minuto, respiração predominantemente abdominal, sem tiragem ou adejo nasal.</p> <p>Administrar hemoterapia - transfusão de concentrado eritrocitário prescrita</p> <p>Avaliar resposta à medicação</p>
Avaliação	O adolescente foi reduzindo o cansaço observado após suporte transfusional

- Febre Presente

Foco	Febre
Juízo	Presente
Resultado esperado	Temperatura corporal adequada (Eliminar episódios de febre e sintomatologia associada)
Intervenções	<p>Monitorizar a temperatura corporal – inicialmente com temperatura auricular superior a 38°C em intervalos de 4/4h que foram alargando em horizonte temporal após início de antibioterapia e antipiréticos</p> <p>Administrar medicamento – antipiréticos prescritos</p> <p>Avaliar a resposta à medicação</p> <p>Avaliar a resposta à termorregulação</p> <p>Promover a termorregulação adequada – ambiente com temperatura amena, não sobreaquecer o cliente</p> <p>Ensinar sobre o regime de tratamento</p>
Avaliação	O adolescente foi minimizando os episódios de febre ao longo do internamento

- **Apetite diminuído**

Foco	Apetite
Juízo	Diminuído
Resultado esperado	Apetite aumentado
Intervenções	Avaliar o comportamento de Comer ou Beber – apresenta apetite diminuído durante o internamento Colaborar no regime dietético - adaptar dieta fornecida aos hábitos do domicílio/gostos do cliente pediátrico Ensinar a família sobre o regime dietético Ensinar sobre a nutrição Ensinar sobre necessidade dietética Avaliar a resposta psicossocial ao ensino sobre nutrição
Avaliação	O adolescente manteve a falta de apetite.

- **Tristeza presente**

Foco	Tristeza
Juízo	Presente
Resultado esperado	Tristeza melhorada
Intervenções	Avaliar a auto estima Avaliar a auto imagem Promover a autoestima Estabelecer ligação Estabelecer confiança Facilitar a capacidade para desempenhar um papel Encorajar as afirmações positivas Implementar terapia pela diversão Implementar terapia pelo humor Providenciar apoio emocional
Avaliação	O adolescente manteve os sentimentos de tristeza

- Processo do sistema imunitário com potencial de risco

Foco	Processo do sistema imunitário
Juízo	Potencial de risco
Resultado esperado	Processo do sistema imunitário sem alterações aparentes – minimizar o impacto da drepanocitose sobre o risco de infeção e do funcionamento esplénico
Intervenções	Monitorizar sinais e sintomas de infeção Otimizar cateter venoso periférico Prevenir a infeção cruzada Administrar antibiótico Colaborar com o médico Ensinar sobre a doença Promover o autocuidado
Avaliação	O processo do sistema imunitário mantém-se em risco dada a doença de base do adolescente

Como foi referido anteriormente, a principal queixa do adolescente cliente era a dor, sendo que o internamento foi motivado por um episódio de dor intensa e incapacitante devido à drepanocitose. Deste modo, a prioridade do plano de cuidados era, naturalmente, o controlo da dor, sendo o objetivo principal a eliminação ou mitigação da mesma. Deste modo, o cuidado que é prestado a um adolescente com dor devido a drepanocitose requer competências do enfermeiro nas etapas da identificação, avaliação e controlo da dor, sendo fundamental que este considere a idade, estágio de desenvolvimento e subjetividade de cada criança e adolescente, para uma intervenção integral e humanizada (Campelo et al., 2018).

7. DISCUSSÃO

A dor é uma experiência subjetiva que varia de pessoa para pessoa, sendo que numa criança e adolescente, esta pode ser uma experiência bastante difícil. Muitas vezes, e como aconteceu com este adolescente cliente, a sua tristeza e sofrimento devido à situação, impedem muitas vezes de verbalizarem o que sentem, pelo que é necessário que os enfermeiros desenvolvam competências na identificação da dor na criança e adolescente com drepanocitose, de comunicação verbal ou não verbal, utilizando estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o alívio das crises álgicas.

Uma questão que ficou patente é que, se o cuidado individual é importante em todos os contextos de cuidados de saúde, este adquire um especial valor nos doentes com drepanocitose precisamente pela subjetividade da sua experiência de dor, de sofrimento. Durante todo o meu contacto com o cliente tive a preocupação em promover o conforto do adolescente, especialmente durante a sua crise de dor que tanto desconforto provocava. Deste modo, mobilizei estratégias para manter o ambiente o mais tranquilo possível, minimizando ruídos e colocando uma luz ambiente confortável, alertando a mãe para a importância de uma interação calma e relaxante, encorajei o repouso na cama, mas, sempre que assim era possível, estimulava a deambulação.

8. RECOMENDAÇÕES

O acompanhamento destes adolescentes mostrou o quanto dolorosa e incapacitante pode ser esta doença para um adolescente, sendo que a dor provoca um sofrimento profundo, não só físico, mas também psicológico e emocional, afetando as mais diversas dimensões da vida do adolescente. O reflexo indireto dos recorrentes internamentos são o fraco desempenho escolar, dificultando o progresso académico assim como o afastamento de colegas e amigos. Na realidade, esta doença pode motivar a exclusão do adolescente dos círculos de amizade (Jerenette et al., 2005).

O cliente que foi o centro de estudo de caso demonstrou sentimentos depressivos, ao verbalizar que não se sente ao mesmo nível dos colegas no que concerne ao desempenho académico, bem como por estar afastado dos mesmos. Na verdade, este adolescente revelava sintomas depressivos bastante evidentes. Tendo este facto em questão, posso afirmar que, além do controlo da dor física, promoção do conforto e a melhoria da qualidade de vida, a sua saúde mental não pode ser desvalorizada. É necessário pesquisar e/ou desenvolver métodos de avaliação específicos para sintomas depressivos, podendo os enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediatria, em conjunto com os enfermeiros especialistas de saúde mental, serem responsáveis por uma triagem que encaminhe as crianças e jovens para um tratamento adequado sempre que se justifique. Ao mesmo tempo devem ser desenvolvidas intervenções preventivas relativamente a perturbações como a depressão, ansiedade e outras que possam evoluir devido ao impacto emocional e social de ser portador de anemia falciforme.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, P. (Ed.). (2015). *Manual de Semiologia Médica: A prática do Exame Físico*. Universidade Federal do Pará.
- Campelo, L., Oliveira, N., Magalhães, J., Julião, A., Amorim, F., & Coelho, M. (2018). A dor da criança com doença falciforme: abordagem do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3), 1463-1469.
- De Montalembert, M. (2002). Management of children with sickle cell anemia: A collaborative work. *Archives de Pediatrie*, 9, 1195–1201
- Galdeano, L., Rossi, L., & Zago, M. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3), 371-375.
- Insua, B., Hsu, L., Kohli, N., Patel, A., Ominu-Evbota, K., Anie, K., & Atoyebi, W. (2019). Sickle Cell Disease—Genetics, Pathophysiology, Clinical Presentation and Treatment. *Int. Journal Neonatal Screen*, 5 (20), 2-15.
- Jeranette, C., Funk, M., & Murdaugh, C. (2005). Sickle cell disease: a stigmatizing condition that may lead to depression. *Issues Ment Health Nursing*, 26(10), 1081-1101.
- Kanter, J., & Kruse-Jarres, R. (2013). Management of sickle cell disease from childhood through adulthood. *Blood Reviews*, 27, 279-287.
- Santo, D., & Graça, F. (1992). A Transfusão Sanguínea na Drepanocitose. *Acta Médica Portuguesa*, 583-586.
- Soares, A., Gobbi, D., Silva, G., Siqueira, I., & Cruz M. (2012). A assistência de enfermagem em crianças e adolescentes portadores de anemia falciforme. *Revista Recien*, 2(5), 5-10.
- Thakolkaran, N., & Shetty, A. (2019). Acute Hematogenous Osteomyelitis in Children. *Ochsner Journal*, 116–122.

APÊNDICE IV
Reflexão - Internamento de Pediatria



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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Reflexão Crítica

Internamento de Pediatria

Discente:

Rozilany Araújo Lima dos Santos

Docente Orientadora:

Professora Cristina Maria Rosa Jeremias

Lisboa

Novembro, 2021

ÍNDICE

REFLEXÃO	4
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	8

REFLEXÃO

A segunda reflexão do estágio com Relatório, foi realizada no contexto de uma Unidade de Internamento de Pediatria. Este Serviço tem como objetivo geral prestar cuidados de saúde a crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 28 dias de vida e os 17 anos e 364 dias, sendo que, excepcionalmente pode admitir jovens com idade superior à idade limite estabelecida, em situações de doença crónica, deficiência física ou mental. Neste Internamento de Pediatria são admitidas crianças e jovens com patologia médica, cirúrgica e pedopsiquiátricas.

Deste modo, com esta reflexão crítica pretende-se analisar situações vivenciadas neste contexto de estágio, que promoveram o desenvolvimento de competências na área da saúde infantil e da pediatria. Assim, os momentos de estágio, aliado à formação contínua, com base na evidência científica constituem um elemento essencial na aquisição de novas competências. Assim, de acordo com a Lei nº156/2015, deliberada pela Ordem dos Enfermeiros, a formação permanente, assim como a atualização contínua dos conhecimentos é um dever dos enfermeiros, assim como analisar o trabalho realizado, identificando os pontos fortes e os pontos fracos da sua atuação.

A temática específica do Projeto de Estágio, orientará a perspetiva de cuidados no decorrer nos diferentes contextos e a escrita do respetivo relatório, das quais pretende adquirir/desenvolver competências para cuidar da criança e família independente da sua origem cultural; tendo presente que o cuidar é a essência da prática de enfermagem, fundamentada na melhor e recente evidência científica.

O sofrimento causado pela dor é, de facto, um dos fatores mais disruptivos para as crianças e para a sua família, sendo fonte de grande inquietação e preocupação. Deste modo, o controlo da dor num internamento pediátrico é uma responsabilidade inerente à prestação de cuidados para equipa de saúde.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2008, p.9) o controlo da dor é um “direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde”, sendo que a avaliação e controle da dor são um dos indicadores da qualidade dos cuidados de saúde que estão a ser prestados. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2003), é uma das competências de os enfermeiros avaliar a dor das crianças e jovens, de forma a

identificar e a planear as intervenções mais adequadas no que concerne ao seu controlo e gestão (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Além da prestação de cuidados as crianças e jovens em situação de internamento, há que também ter em atenção a sua família. Uma das definições de família, prende-se com a noção de que se está a falar de um sistema. Assim, a família é um sistema aberto, o que quer dizer que recebe influências exteriores e que, por sua vez, exerce influência sobre o que a rodeia. Nesta medida, só se pode compreender uma família se se conhecer os contextos em que se move (Relvas, 2004).

Sendo a família um sistema aberto, está em constante evolução, ou seja, ao longo do tempo os papéis dos seus elementos vão sofrendo modificações e é necessário que o grupo se adapte às mesmas para salvaguardar o seu equilíbrio e sobrevivência. Deste modo, a família evolui de acordo com a adoção de novas funções e de novos papéis pelos seus membros: a alteração do comportamento de um membro de uma família afeta a família no seu conjunto, obrigando-a a reestruturar-se e/ou reorganizar-se.

Este desenvolvimento da família ocorre a segundo três níveis: o nível funcional (diz respeito ao modo como a família funciona internamente e externamente), o nível interrelacional corresponde a dinâmica relacional entre os diferentes elementos da família) e o nível estrutural (que se relaciona com a estrutura da família, ou seja, a sua constituição). Estes níveis constituem o ciclo vital da família, que diz respeito à sequência de transformações previsíveis da organização familiar, relativamente ao cumprimento de tarefas bem definidas, caracterizadoras das diferentes etapas deste (Relvas, 2004).

Pode-se dizer que o internamento de um filho é um momento de crise familiar. Os pais, outros familiares significativos, ao verem as suas crianças em situações de desconforto, medo, dor e desconforto experienciam sentimentos angustiantes e de stress, pelo que os enfermeiros, especialmente os especialistas em saúde infantil e pediatria, assumem um papel central no que concerne à capacitação dos pais nesta situação de crise. Desenvolvem ainda, estratégias para minimizar a sua preocupação, permitindo, assim, dar o seu pleno apoio e motivação à criança, minimizando o seu sofrimento. Em suma, o meu trabalho nesta unidade baseou-se no paradigma dos cuidados centrados na família. Deste modo, a abordagem de cuidado centrado na

família baseia-se em parcerias mutuamente benéficas entre doentes, famílias e prestadores de cuidados de saúde (Crocker et al., 2012).

No decorrer deste estágio, tinha como objetivo realizar parcerias de cuidados com as crianças e famílias internadas, tendo em vista a partilha de metas e objetivos em comum, como por exemplo, o desenvolvimento de cuidados caracterizados pela qualidade, com base na evidência científica existente. Durante a prestação de cuidados na vida profissional e no decorrer dos estágios dentro das organizações de saúde, e principalmente em contextos pediátricos, é evidente a melhoria na adesão terapêutica quando as famílias são colocadas no centro da prestação dos cuidados. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2018), o enfermeiro deve implementar e gerir “em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime terapêutico e da inserção social da criança/jovem.” (p.19193)

No decorrer do meu estágio, foi internado um lactente de 6 meses de vida, com o diagnóstico de infeção do trato urinária. Esta é uma infeção bastante comum em bebés uma vez que, à semelhança de todo organismo, o trato urinário ainda se encontra em fase de formação, acabando por facilitar a entrada e hospedagem de microrganismos que, ao se multiplicarem, podem afetar a uretra, a bexiga e os rins (Campos et al., 2006). Apesar de comum, o diagnóstico correto e precoce é essencial, de forma a evitar morbidade a longo prazo como é o caso da insuficiência renal crónica e da hipertensão arterial.

Apesar da evolução do caso de o lactente ser favorável, ou seja, se encontrava a recuperar perfeitamente da infeção e encontrava-se devidamente acompanhado, o facto de a mãe nunca sair do quarto onde o seu filho estava internado intrigava-me. A mãe, de origem estrangeira, se encontrava há relativamente pouco tempo em Portugal, não tinha saído do quarto para tomar o pequeno-almoço e almoço, questionei o porquê de isso acontecer, ao que à mãe do lactente respondeu que tinha muito receio do seu filho sentir dor, e referiu “não consigo deixar o meu filho sozinho” Sic. Percebi de imediato que deveria intervir no bem-estar desta mãe, na sua segurança e conforto, de forma que esta também pudesse participar, de forma saudável na recuperação do seu filho. Para Coutinho, Amaral, Parreira, Chaves, Amaral e Nelas (2017) é essencial que os enfermeiros façam uma observação cuidada das características, comportamentos e necessidades da família e criança, numa perspectiva de conhecer o cliente alvo de cuidados.

Após algumas conversas esclarecedoras, referi que a mãe deveria ter os seus momentos de refeição, nos períodos mais calmos, sendo que nesses momentos de ausência da mãe, o seu filho iria ser acompanhado por um enfermeiro ou por um assistente operacional. E passei a estar atenta aos períodos das refeições, para poder proporcionar à esta mãe momentos de refeições, assim como, transmiti esta informação na passagem de ocorrências, para manter a continuidade deste aspeto de cuidados.

Naturalmente a hospitalização de um filho, é altamente stressante mesmo para a família mais bem organizada e funcional, e o que aconteceu com esta mãe demonstra que se encontrava sujeita a um grande nível de stress ao ver o seu filho internado, não tendo momentos de descanso, o que provocava grandes níveis de ansiedade a toda a família (pai e irmã), mas também ao própria lactente.

Neste sentido, acredita-se que as famílias devem ser estimuladas a serem um elemento ativo nos cuidados de saúde, em constante parceria com os profissionais de saúde, pois que o cuidar vai além da realização de técnicas e do saber fazer, mas também que o cuidar é saber olhar, observar, antecipar todos os aspetos relacionados as famílias e as suas crianças, ajudando-as a minimizar estes momentos de crise.

Durante estas conversas com a mãe, foi promovido um ambiente de confiança, onde foi proporcionado espaço para realização de questões e negociações, como por exemplo, as refeições da mãe, que passaram a serem feitas fora do quarto e o esclarecimento das dúvidas quanto aos aspetos relativos à dor do lactente, pois com a angústia aumentada, à mãe associava todos os momentos de choro do lactente à dor.

Nesta situação relatada, confirma-se que nos cuidados centrados na família, o cuidar é focado na necessidade da criança e na da sua família tendo como objetivo integrá-los como membros da equipa, ajudando a manter as rotinas familiares sempre que possível, criando uma relação de confiança mútua, promovendo o diálogo e negociação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Campos, T., Mendes, P., & Maio, J. (2008). Infecção urinária na criança. *Acta Urológica*, 19-23.
- Crocker, E., Webster, P. D., & Johnson, B. H. (2012). Developing Patient and Family Centered Vision, Mission, and Philosophy of Care Statements. *Institute for Patient and Family Centered Care*
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor: guia orientador de boa prática. *Ordem dos Enfermeiros*.
- Relvas, A. (2004). O ciclo vital da família. Perspetiva sistémica. *Edições Afrontamento*.
- Hockenberry, J. Marilyn e Barrera, Patrick (2014). *Promoção da Saúde do Adolescente e da Família*. (p. 1 - 20). In M., Hockenberry & D., Wilson. Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Lusociência.
- Coutinho, E., Amaral, S., Parreira, V., Chaves, C., Amaral, O., e Nelas, P. (2017). O cuidado cultural na trajetória da enfermagem transcultural e competência cultural.pdf. *Investigação Qualitativa Em Saúde*, 1578–1587. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1510>.
- Moreira, G. de O., e Motta, L. B. (2016). Competência Cultural na Graduação de Medicina e de Enfermagem. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 164–171. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n2e02902014>.
- Moita, M. A. G., e Silva, A. L. da. (2016). Modelos de Competência Cultural: Uma Análise Crítica. *Pensar Enfermagem*, 72–89. http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Doc4_72_88.pdf.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, 2.ª série, 133, 19192-19194. Acedido a 8 agosto. 2021. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115685379/details/maxim>.

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da república*, 2.ª série, 26, 4744-4750. Acedido a 11 agosto 2021. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/dre.u995/details/max>.

APÊNDICE V

Reflexão - Consulta de Desenvolvimento Infantil

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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Reflexão

Consulta de Desenvolvimento Infantil

Discente:

Rozilany Araújo Lima dos Santos

Docente Orientadora:

Professora Cristina Maria Rosa Jeremias

Lisboa

Novembro, 2021

ÍNDICE

1. REFLEXÃO.....	4
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	9

1. REFLEXÃO

O terceiro momento do estágio teve como contexto uma Consulta de Desenvolvimento Infantil, sendo que a promoção do desenvolvimento infantil constitui um elemento central no âmbito da especialização em enfermagem de saúde e infantil e pediátrica e consiste em ajudar a criança e família, com as suas circunstâncias de vida e o seu tempo, a desenvolver-se dentro dos padrões esperados para a sua idade, respeitando sempre o seu ritmo individual (Bellman, et al., 1996).

Durante séculos, as crianças eram vistas como seres incompletos e sem importância, subalternos no que concerne aos adultos, não sendo considerados seres sociais de pleno direito, pelo que só eram estudadas no âmbito da dimensão fisiológica, mas sem grande envolvimento. As crianças eram, então, vistas como estando numa fase de transição para a vida adulta, caracterizadas pela dependência relativamente aos adultos e pelo seu carácter não completo, em mudança.

De acordo com Falbo et al (2012) o desenvolvimento infantil, nas últimas décadas, em termos mundiais, tem sido tema de interesse, como resultado do aumento contínuo da esperança de vida infantil e do reconhecimento de que a prevenção de doenças exerce efeitos perduráveis na vida adulta.

No entanto, atualmente a criança é considerada um ser em desenvolvimento, sendo que o seu crescimento se manifesta através de comportamentos e de reações que resultam das múltiplas interações possíveis entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. (Chaves et al., 2019).

Tendo em conta estas dinâmicas existentes na vida da criança e família, Garrido e Boavista (2003) referem que todas as crianças se encontram expostas a diferentes oportunidades de desenvolvimento, mas igualmente a diferentes riscos relacionados com a sua saúde física e mental e, também, com o contexto sociocultural onde se encontram inseridas.

O desenvolvimento humano é, portanto, o resultado do aperfeiçoamento das estruturas individuais e das transformações que vão ocorrendo progressivamente, que vão desde o momento no nascimento até à morte, permitindo que os seres humanos sejam cada vez mais aptos a viverem na sociedade. Deste modo, o desenvolvimento é, portanto, visto como uma especialização de funções, que têm na infância uma fase de suma importância (Alarcão & Tavares, 2003). Deste modo, tendo em conta a

importância que a infância tem para todo o desenvolvimento humano, no âmbito da consulta de desenvolvimento infantil, o enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica deve ter presente os seguintes princípios (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.75):

1. Todas as crianças têm o direito a um desenvolvimento equilibrado e adequado.
2. As crianças seguem padrões previsíveis, mas não lineares ou contínuos.
3. Cada criança é única e tem o seu próprio ritmo.
4. O desenvolvimento infantil é multidimensional.
5. Existem fatores que influenciam o desenvolvimento infantil (biológicos, psicológicos, ambientais, hereditários e sociais).
6. As relações emocionais afetivas constituem a base primária para o desenvolvimento.
7. Os enfermeiros devem potenciar a relação pais/filhos (ou pessoa significativa/criança), numa atitude empática, flexível e não prescritiva.
8. A avaliação do desenvolvimento pressupõe a utilização de instrumentos de avaliação.
9. Os enfermeiros têm a responsabilidade de se articular com outros profissionais de saúde para a avaliação e promoção do desenvolvimento infantil.
10. Reconhecer o brincar como atividade basilar do desenvolvimento o infantil.

Foi precisamente o brincar um elemento central na intervenção com uma criança, filha de imigrantes de origem africana, que foi encaminhada para a Consulta de Desenvolvimento devido aos comportamentos agressivos repetitivos.

No âmbito da prática profissional do enfermeiro, no que concerne ao acompanhamento do desenvolvimento infantil, a apreciação constitui uma etapa essencial do processo de enfermagem para a definição de diagnósticos individualizados e fundamentados (Festas, 2006). Por exemplo, a apreciação do ambiente familiar da criança em questão permitiu concluir que os comportamentos agressivos resultavam do modelo parental apesar da mãe o negar. Foi a estratégia do brincar, que permitiu descobrir que os comportamentos agressivos eram um padrão de comportamento familiar. Por exemplo, durante uma brincadeira com duas bonecas,

uma representava uma “mãe” a outra boneca a “filha” e, sempre que a “filha” fazia algo que a “mãe” não queria, rapidamente era repreendida e ameaçada fisicamente. Este tipo de comportamento agressivo e violento contra crianças é um fenómeno de natureza interpessoal e transgeracional, sendo que a própria mãe foi, também, vítima de comportamentos agressivos durante a infância.

Observar o modo como a criança brincava teve um papel essencial no desenvolvimento do diagnóstico e do plano de intervenção. De acordo com Oliveira (2008), através do ato de brincar, a criança tem a possibilidade de expressar o seu estado emocional, permitindo a superação de medos e angústias, uma vez que a brincadeira apresenta o potencial de se reviver sentimentos, emoções e desejos, o que permite, muitas vezes, revelar experiências traumáticas, além de ser um momento de relaxamento, promovendo-se, assim, a saúde mental e emocional da criança.

Perante a problemática manifestada pela criança, e tendo em conta o que foi referido anteriormente, que o desenvolvimento infantil é feito da interação entre inúmeros fatores, internos e externos à própria criança, iniciou-se, também, um processo de acompanhamento clínico junto da mãe da criança. De acordo com Ordem dos Enfermeiros (2010) o acompanhamento da mãe faz parte da importante parceria que deve ser feita entre os profissionais de saúde, as crianças e os pais/família no âmbito da promoção de comportamentos que visem o correto desenvolvimento infantil.

Na situação apreciada, os comportamentos agressivos representavam a queixa principal, com consequências negativas para o desenvolvimento psicossocial da criança, com manifestações de desvios no relacionamento com os pares e, também, com adultos, como por exemplo, os seus professores. O desafio da intervenção, no caso da agressividade, passa pelo controlo comportamental, adotando-se estratégias de intervenção que não desenvolvam problemas ao nível interno, como é o caso do desenvolvimento de sentimentos de culpa ou sintomas depressivos, assim como problemas externos, como explosões de raiva (Chaves et al., 2019). Assim, e de acordo com investigações já realizadas, as intervenções no âmbito do controlo ambiental tem como finalidade compreender de que modo as normas ou as regras de socialização podem ser, efetivamente, interiorizadas pelas crianças de modo a promover a sua autorregulação comportamental assim como a sua autonomia (Grusec, 2011).

Uma criança com comportamentos agressivos, que vive num ambiente onde os mesmos são a norma e tolerados, não consegue compreender a importância da norma, ou não consegue fazer a construção da sua importância de forma significativa, o que pode comprometer amplamente o respeito das normas sociais assim como o desenvolvimento da moralidade (Grusec, 2011). Quando o processo de desenvolvimento moral não evolui ou fica seriamente comprometido nos seus estágios mais iniciais, podem-se desenvolver problemas futuros, como o aumento de comportamentos violentos e agressivos, por exemplo, na resolução de problemas (Borsa & Bandeira, 2011).

Além de permitir a compreensão do contexto familiar, o ato de brincar teve outra importante função que foi a apreensão das normas sociais, como por exemplo, o pedir desculpa, saber lidar com os problemas sem recorrer à violência, ter empatia pelo outro. Através das consultas observadas foi possível verificar que a função do enfermeiro consistiu em ensinar à criança estas competências através da brincadeira. De facto, proporcionar um espaço para a brincadeira construtiva apresenta um grande potencial para o desenvolvimento da criança, no âmbito da humanização, comunicação e socialização (Chaves et al., 2019).

É através da brincadeira que as crianças, além da sua imaginação e criatividade, desenvolvem as suas competências sociais. Como referem Sarmiento et al. (2017) brincar é responsável pela descoberta do mundo por parte das crianças, onde vão desenvolver as suas competências sociais, construindo assim a sua personalidade e cidadania. Deste modo, a brincadeira realizada pelos enfermeiros na Consulta de Desenvolvimento constitui uma oportunidade para que crianças como a do caso reportado, com comportamentos agressivos, possam ter um desenvolvimento normal, saudável, evitando-se deste modo futuros problemas.

Este estágio, apesar de curto, uma vez que apenas se acompanhou quatro consultas, foi de grande importância para o meu percurso profissional também pessoal, onde se realçou a importância que uma efetiva apreciação e análise para a tomada de decisão e elaboração de um plano de cuidados individualizado, que vise o desenvolvimento saudável da criança. Intervenções, para os pais aparentemente simples, como o brincar com bonecas, podem conter pistas essenciais para compreender o comportamento da criança e a influência que o ambiente no qual está integrada tem no mesmo. É de realçar ainda, que o trabalho no que concerne ao

desenvolvimento de uma criança deve ser feito ao nível sistémico, tendo em conta que cada família é um sistema com dinâmicas singulares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, L., & Tavares, J. (2003). Supervisão da Prática Pedagógica. Uma perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem. *Edições Almedina*.
- Bellman, M., Lingam, S., & Aukett, A. (1996). Schedule of Growing Skills II. *NFER Nelson Publishing Company Ltd*.
- Borsa, J. C., & Bandeira, D. R. (2011). Uso de instrumentos psicológicos de avaliação do comportamento agressivo infantil: Análise da produção científica brasileira. *Avaliação Psicológica*, 193- 203.
- Chaves, C., Cavalcanti, A., Alves, E., Mateus, E., Aguiar, A., & Fonsêca, P. (2019). Comportamentos Agressivos de Crianças na Escola: Evidência de Validade Interna da EPPCACE. *Psico-USF*, 259-272.
- Festas, C. (2006). Cuidados de Enfermagem e Competência Profissional. *Escola Superior de Enfermagem Imaculada Conceição*.
- Falbo, Bruna Cristine Peres, Andrade, Raquel Dully, Furtado, Maria C.andida de Carvalho, & Mello, D.bora Falleiros de. (2012). Estímulo ao desenvolvimento infantil: produção do conhecimento em enfermagem. *Revista brasileira de Enfermagem*, 148-154. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000100022>
- Garrido, C., & Boavida, J. (2003). Fatores de risco em desenvolvimento. *Saúde Infantil*, 47-55.
- Grusec, J. E. (2011). Socialization processes in the family: Social and emotional development. *Annual Review of Psychology*, 243-269
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guias Orientadores de uma Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Ordem dos Enfermeiros*

APÊNDICE VI
Reflexão - Unidade de Saúde Familiar

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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Reflexão

Unidade de Saúde Familiar

Discente:

Rozilany Araújo Lima dos Santos

Docente Orientadora:

Professora Cristina Maria Rosa Jeremias

Lisboa

Janeiro, 2022

Índice

1. REFLEXÃO	4
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	9

1. REFLEXÃO

A seguinte reflexão, tem como contexto uma Unidade de Saúde Familiar. Este tipo de unidades de saúde são consideradas a "imagem de marca" da reforma do Sistema Nacional de Saúde que se iniciou em 2005, podendo ser definidas como a "célula organizacional elementar de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares e possui autonomia organizativa, funcional e técnica e integrada em rede com outras unidades funcionais do centro de saúde" (Araújo, 2014, p. 83).

Segundo o DL n.º 298/2007, de 22 de agosto, as Unidades de Saúde Familiar são unidades elementares de prestação dos cuidados de saúde, os quais são assegurados por equipas multidisciplinares que integram médicos especialistas em medicina geral e familiar, enfermeiros generalistas e especialistas, assistentes operacionais e pessoal administrativo. Em relação às suas finalidades, as Unidades de Saúde Familiares assumem "como missão e responsabilidade manter e melhorar o estado de saúde das pessoas abrangidas, com boa acessibilidade e continuidade, contemplando os contextos sociofamiliares dos usuários" (Rocha & Sá, 2011, p. 2854).

Os cuidados de saúde primários são centrais na atuação do enfermeiro, sendo que as unidades de saúde familiar constituem um importante local de desenvolvimento de competências para os enfermeiros procuram prestar de cuidados de enfermagem de excelência. Os cuidados de saúde primários refletem um nível de cuidados de saúde personalizados que proporcionam, num primeiro contato, cuidados contínuos, globais e coordenados (Araújo, 2014).

Um dos exemplos de cuidados de saúde personalizados, que pode ser perfeitamente ilustrados através da descrição de uma situação vivenciadas durante o estágio na referida Unidade de Saúde Familiar, demonstra a importância da compreensão dos aspetos culturais de cada família, tendo em conta que o objetivo central de todo o percurso de EEESIP é o cuidar da criança/jovem e família.

Num mundo globalizado as competências culturais no âmbito da enfermagem são cada vez mais importantes e relevantes para a prática diária da profissão. Em Portugal, a crescente população multicultural representa, portanto, um desafio significativo para os enfermeiros que prestam cuidados individualizados e holísticos aos seus clientes (Vielas e Janeiro, 2012).

Ser um enfermeiro com competências culturais implica que este seja capaz de reconhecer e valorizar diferenças culturais na área da saúde, no que concerne aos valores, às crenças e aos costumes e práticas de cuidados de saúde das diferentes culturas. Deste modo, os enfermeiros devem adquirir conhecimentos acerca da cultura dos clientes. Como referem Vielas e Janeiro (2012), os cuidados de enfermagem culturalmente competentes são responsáveis por ajudar a garantir a satisfação dos clientes, e, conseqüentemente, a promover ganhos em saúde e qualidade de vida.

A competência cultural pode ser definida como sendo um processo contínuo, onde o enfermeiro procura se tornar cada vez mais autoconsciente e valoriza a diversidade, enquanto se torna um perito no que concerne ao conhecimento sobre os elementos culturais organizadores das diferentes culturas (Campainha-Bacote, 2002). De acordo com Dunn (2002), a competência cultural no âmbito da enfermagem desenvolve-se através de um processo contínuo e dinâmico de aprendizagem onde devem estar incluídos os seguintes elementos:

1. A reflexão e análise dos próprios valores, crenças, tradições, modos de vida, e comportamentos de modo que os preconceitos, estereótipos, racismo e etnocentrismo seja evitado, permitindo, deste modo, explorar diferentes perspetivas do mundo.
2. Conhecimento das principais questões culturais e explorá-las com os seus clientes.
3. Desenvolvimento do conhecimento sobre os diferentes grupos culturais e subculturas, principalmente daqueles com que se trabalha diariamente, aprendendo sobre as suas idiossincrasias.
4. Conhecimento do significado e dos sentimentos associados às diferentes concepções e construções culturais do conceito de saúde e de doença.
5. Criação de um ambiente acolhedor, flexível e recetivo às particularidades do cliente, que promova uma relação terapêutica eficaz.
6. Personalização e adaptação da prestação dos cuidados de saúde de modo que estes sejam aceitáveis e compreensíveis para o cliente, mas também para o enfermeiro.

A referida Unidade de Saúde Familiar presta serviços à uma população multicultural, onde se incluem população oriunda de diversos países, sendo os

principais clientes de origem portuguesa, brasileira e africana. Contudo, também presta cuidados à população oriunda de outros países, como por exemplo do sudoeste asiático, onde se destacam o Paquistão e Nepa. Países, cujos povos têm costumes e valores bastantes diferentes dos valores e crenças ditos ocidentais. Essa diferença ficou patente numa consulta de enfermagem de saúde infantil realizada a uma lactente e sua mãe, puérpera, no momento da pesagem da criança, um procedimento habitual e essencial realizado por enfermeiros no âmbito da vigilância de saúde infantil.

Para que as crianças sejam pesadas estas devem ser despidas, no entanto, uma das mães, nepalesa mostrava-se extremamente relutante em despir o “*body*” interior uma vez que, na cultura nepalesa, a intimidade e o corpo deve ser protegido, sendo que a mãe estava apenas a agir de acordo com os seus referenciais culturais. A comunicação foi o maior obstáculo em todo este processo de cuidar, uma vez que mãe não falava o idioma português e inglês, tendo sido utilizado técnicas de comunicação não verbal (tradutor online e gestos) como estratégias para ultrapassar as barreiras de comunicação oral, devido à indisponibilidade da linha de apoio ao imigrante. Quando se conseguiu negociar para que a mãe despisse da lactente para posterior pesagem, foi possível identificar uma inflamação na cicatriz umbilical, tendo sido necessário o contato com a médica para avaliação da situação. Durante todo este processo adotei a mnemónica LEARN, criada por Berlin & Fowkes (1983, cit in. Berlin et al., 2010), um instrumento relevante, que traduz as cinco fases essenciais no que respeita ao cuidar transcultural e multicultural:

- Listen: Em primeiro lugar o enfermeiro deve ser capaz de ouvir o seu cliente, de forma a perceber qual é a situação. No caso, perceber o porquê de a mãe não querer despir a sua filha para a realização da apreciação física e peso.
- Explain: Após a compreensão do problema, o enfermeiro deve fornecer uma nova explicação sobre o problema em causa. Ou seja, na prática expliquei que a lactente deveria estar despida em primeiro lugar para se ter o registo exato do peso, em segundo lugar, para compreender se existe algum problema de saúde na lactente.
- Acknowledge: de seguida dá-se o reconhecimento por parte do enfermeiro e do cliente, das semelhanças e diferenças nas perceções, no que respeito à saúde e à doença, sendo que as semelhanças são responsáveis

por promover o regime terapêutica, congruente com a cultura em causa. Tanto eu como a mãe da lactente concordamos que era a saúde da mesma que estava em causa, pelo que para identificar um problema de saúde era necessário que a lactente fosse despida.

- **Recommend:** nesta fase preconizam-se recomendações, com envolvimento do cliente. Além da mãe, foi feito um contacto telefónico com o pai da lactente, que falava em inglês, informando os cuidados necessários para tratamento dos sinais inflamatórios da cicatriz umbilical.
- **Negotiate:** O plano de cuidados é, então, negociado com os clientes, tendo em conta as suas vicissitudes culturais, ou seja, um plano centrado no cliente.

O referido instrumento é muito útil para a prática profissional de um enfermeiro que preste cuidados num mundo globalização, onde as fronteiras se atenuam, numa sociedade com a configuração de um grande mosaico cultural. A mobilização deste instrumento previne o choque cultural, reconhecendo as diferentes crenças e valores ao mesmo tempo que o enfermeiro vai enriquecendo o seu conhecimento sobre diferentes culturas, permitindo que sejam planeados cuidados de saúde congruentes, de forma a promover o bem-estar e conforto dos clientes.

Um enfermeiro que exerça funções num contexto transcultural deve compreender os conceitos de saúde, os comportamentos associados às respostas das situações de doença e reações como o medo; a dor; a ansiedade; as atitudes em relação à amamentação; aos cuidados à criança; à medicação; ao processo de tomada de decisão da família; às crenças sobre dietas e práticas alternativas; tendo em atenção que o conceito e percepção sobre a doença são determinadas pela cultura que a pessoa ou família integram (Chang & Kelly, 2007).

A cultura é um processo dinâmico, responsável pela orientação das famílias relativamente ao mundo e ao modo como interagem com ele, assim como a forma como desenvolvemos relações com os outros. O facto de as diferenças culturais serem mais marcantes do que as semelhanças, estas influenciam a relação entre o enfermeiro, a criança e a sua família, podendo trazer implicações no planeamento e na prestação de cuidados de saúde; principalmente quando a raça, etnia, género, classe social, padrões de vida, idade, idioma, etc, surgem como barreiras. Para que se preste um cuidado de saúde de qualidade, independentemente da cultura, é

essencial haja a compreensão de que não existe uma cultura certa ou cultura errada, mas sim diferentes formas de ver o mundo, sendo que, todas devem ser compreendidas e respeitadas no que concerne à prestação de cuidados de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, C. (2014). Enfermagem com Famílias. Perceção dos Utentes de uma Unidade de Saúde Familiar dos Cuidados do Enfermeiro de Família. Dissertação de Mestrado. *Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto*.
- Berlin, A., Nilsson, G., & Törnkvist, L. (2010). Cultural competence among Swedish child health nurses after specific training: A randomized trial. *Nursing & health sciences*, 381-391.
- Biscaia, A. (2006). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários e a Reforma do Pensamento. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 67-79.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The purpose of cultural competency in the delivery of healthcare services: A model of care. *JournalTrans Nursing*, 181-184.
- Chang, M., & Kelly, A. E. (2007). Patient education: Addressing cultural diversity and health literacy issues. *Urologic Nursing*, 411-417
- Dunn, A. M. (2002). Culture competence and the primary care provider. *Journal of Pediatric Health Care*, 105-111.
- Fernandes, A., & Monteiro, A. P. (2015). Contributo para o estudo de competência cultural em saúde mental de enfermeiros em Portugal. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing*. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0104>
- Rocha, P. & Sá, A. (2011). Reforma da Saúde Familiar em Portugal: avaliação da implantação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2853-2863.
- Vilelas, J. & Janeiro, S. (2012). Transculturalidade: O enfermeiro com competência cultural. *Revista Mineira de Enfermagem* 120-127.

Reis, A. & Costa, M. (2016). Cuidar de Imigrantes: das intervenções em contexto à construção de competências culturais nos enfermeiros. *Revista de Enfermagem*, 63–69. <http://dx.doi.org/10.12707/R11111318>

APÊNDICE VII

Sessão de Formação “Cuidar Multiculturalmente Competente em Saúde Infantil e Pediatria - Intervenção do Enfermeiro Especialista”



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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Sessão de Formação “Cuidar Multiculturalmente
Competente em Saúde Infantil e Pediatria -
Intervenção do Enfermeiro Especialista”**

Discente:

Rozilany Araújo Lima dos Santos

Docente Orientadora:

Professora Cristina Maria Rosa Jeremias

Lisboa

Janeiro, 2022

ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO	4
2.	OBJETIVO.....	4
3.	POPULAÇÃO-ALVO.....	5
4.	ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
5.	PLANO DE SESSÃO.....	7
6.	CONCLUSÃO E AVALIAÇÃO	10
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	12

Apêndice

Apêndice I – Apresentação em PowerPoint da sessão de formação

1. INTRODUÇÃO

No domínio da Unidade Curricular Estágio com Relatório, que integra o 12º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi-me proposto elaborar uma sessão de formação dirigida à equipa de profissionais de saúde da Unidade de Saúde Familiar, onde decorreu o estágio de cuidados de saúde primários, tendo por base o tema “Cuidar Multiculturalmente Competente em Saúde Infantil e Pediatria - Intervenção do Enfermeiro Especialista”.

Esta formação tem como finalidade a apresentação do projeto de estágio e promover à equipa o interesse na aquisição de competências culturais.

O serviço suprarreferido presta serviços a crianças/família imigrante e, diariamente, observa as dificuldades sentidas nos cuidados de uma população multicultural.

A sessão de formação proposta, contribui para os objetivos gerais de estágio: Desenvolver competências comuns e específicas de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica nos processos de saúde/doença nos diferentes estádios de desenvolvimento da criança, jovem e família, nos diversos contextos pediátricos; Desenvolver competências no âmbito do cuidar da criança, jovem e família imigrante, nos diferentes contextos pediátricos.

Apesar dos constrangimentos causados pela Pandemia Covid-19, a sessão de formação foi efetuada presencialmente, na sala de reuniões da equipa multidisciplinar.

2. OBJETIVO

O objetivo geral da sessão de formação é compreender a importância da competência multicultural para a prestação de cuidados de qualidade na população imigrante.

No que se refere aos objetivos específicos a referida sessão de formação irá incidir em: Identificar a problemática; definir os conceitos principais relacionados com a problemática; explanar os temas principais que integram o enquadramento teórico; evidenciar a atual realidade multicultural em contextos pediátricos; descrever

estratégias facilitadoras para a comunicação num contexto multicultural e promover a discussão sobre os cuidados prestados e dificuldades sentidas pela equipa prestadora de cuidados de saúde da Unidade de Saúde Familiar.

3. POPULAÇÃO-ALVO

A sessão de formação esta direcionada à toda a equipa prestadora de cuidados às crianças e famílias da Unidade de Saúde Familiar.

4. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Contabilizam-se, de acordo com o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2020) 662.095 estrangeiros a residir em Portugal.

Verificou-se em 2020 um aumento de 12,2% de população estrangeira a residir no nosso país, sendo que este é o quinto ano consecutivo que se constata esse fato.

A análise deste aumento de estrangeiros residentes em Portugal foi efetuada tendo por base “a consideração de diversos aspetos, particularmente os contextos económicos e sociais português e dos países de origem, a evolução legislativa, as relações históricas e culturais e os impactos da operacionalização de políticas de imigração” (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, 2020, p.20).

A maior comunidade estrangeira a residir em Portugal continua a ser a de nacionalidade brasileira, com uma percentagem que se cifra em 27,8%. O Reino Unido surge em segundo lugar com 7% e, em terceiro, a população de origem cabo-verdiana com 5,5%. A estes seguem-se, em quarto lugar a população originária da Roménia, com 4,5%, em quinto a população originária da Ucrânia, com 4,3% e em sexto a Itália, também com 4,3%. Já em sétimo surge a população oriunda da China com 3,9%, em oitavo a população de origem francesa, com 3,8%, em nono, com 3,7%, a Índia, em décimo a população de origem angolana, igualmente com 3,7%, surgindo por fim, com 31,5%, a população originária de outros diversos países, cuja expressão percentual individual se mostra diminuta (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, 2020, p.20).

Geograficamente, a distribuição desta população centra-se, maioritariamente, nos distritos de Lisboa, Faro e Setúbal.

A população de crianças e jovens, entre os 0 e os 19 anos, oriundas de famílias migrantes, representa 14,1% da população migrante a nível nacional (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, 2020).

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Regulamento 140/2019, “os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde” (p.4744).

Assim, colocando em prática este projeto, promover-se-á a aquisição de competências necessárias e essenciais, para ir ao encontro do proposto pela Ordem dos Enfermeiros para a prestação de cuidados de excelência, o que permitirá o exercício pleno das funções de Enfermeiro Especialista.

As crianças, jovens e famílias imigrantes têm, cada vez mais, maior expressão na sociedade portuguesa e, como tal, conforme se encontra referido pelo Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (1996), compete aos enfermeiros ir ao encontro das suas necessidades, no que respeita aos cuidados de enfermagem da população imigrante, consistindo o desenvolvimento de competências culturais na prestação de cuidados a esta população.

Conforme refere Mano (2002, p.60), quando o que está em causa é o cuidado dos filhos, o envolvimento dos pais e da sua integração no serviço, é importante esclarecer e demonstrar que os cuidados serão prestados em parceria, para que a família se considere incluída nas decisões e ações relativas aos cuidados à criança.

Como tal, considereei adequado realizar uma formação centrada nas competências culturais junto dos enfermeiros que exercem funções na Unidade de Saúde Familiar. Também integram a competência cultural, aspetos como capacidade de recolha de dados pertinentes e posterior análise dos mesmos, de forma a conseguir que as crianças e as suas famílias experienciem uma interação transcultural relevante, com o plano de cuidados de enfermagem adequados à sua realidade. Só assim, as competências culturais poderão vir a ser consideradas imprescindíveis para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, numa sociedade cada vez mais culturalmente diversa (Sharifi et al., 2019).

5. PLANO DE SESSÃO

Sessão de Formação: Cuidar Multiculturalmente Competente em Saúde Infantil e Pediatria - Intervenção do Enfermeiro Especialista		Pré-requisitos: Sim		Qual: Equipa prestadora de cuidados de saúde da USF			
Módulo: Intervenção do Enfermeiro no Cuidado Multicultural		Público – Alvo: Equipa Multidisciplinar da Unidade de Saúde Familiar					
Formadora: Rozilany Santos		Número de Sessões: 1		Tema: Cuidar Multiculturalmente competente			
Data: 27/01/2022		Local: Sala de reuniões					
Hora: 12h00m		Duração da Sessão: 30 minutos					
Objetivo geral: Objetivo geral: Compreender a importância da competência multicultural para a prestação de cuidados de qualidade na população imigrante.							
Objetivos Específicos	Fases	Conteúdos Teóricos	Métodos e Atividades Pedagógicas	Recursos Didáticos	Atividades Didáticas	Duração (Horas)	Avaliação
Expor os objetivos específicos da sessão; Apresentar o tema do Projeto de Estágio.	Introdução	Objetivos específicos da sessão; Tema do Projeto de Estágio.	Expositivo	Computador; Apresentação em Power Point; Microsoft Teams.	Plenário: Diálogo	5 minutos	Formativa (Observação)

<p>Identificar a Problemática; Definir o conceito de competência cultural Definir o conceito de competência cultural; Conhecer a filosofia de cuidados centrados na família; Identificar teorias de enfermagem relacionadas com os cuidados prestados na multiculturalidade; Explicar a importância da comunicação eficaz na prestação de cuidados em contexto multicultural; Identificar documentos disponíveis para facilitar a comunicação em contexto multicultural; Identificar aspetos principais relativos a diferentes culturas.</p>	<p>Desenvolvimento</p>	<p>Estatísticas relativas ao aumento na migração em Portugal; Definição de cultura; Competência cultural e cuidados de enfermagem; Cuidados centrados na família; Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger e Modelo de Cuidado Culturalmente Competente de Campinha-Bacote; Capacidade de Comunicação: barreiras na comunicação, fatores facilitadores de comunicação; Demonstrar documentos e outros recursos disponíveis durante a prestação de cuidados de enfermagem. Apresentar principais características culturais que da população imigrante mais prevalente em Portugal.</p>	<p>Expositivo Ativo: <i>Brainstorming</i></p>	<p>Computador; Apresentação em Power Point; Microsoft Teams.</p>	<p>Plenário: Diálogo</p>	<p>20 minutos</p>	<p>Diagnóstica</p>
---	------------------------	---	---	--	--------------------------	-------------------	--------------------

Sintetizar principais aspetos abordados na sessão; Promover a discussão sobre o tema da sessão.	Conclusão	Resumo dos principais aspetos abordados.	Expositivo	Computador; Apresentação em Power Point; Microsoft Teams.	Plenário: Diálogo	5 minutos	Relatório
--	-----------	--	------------	---	-------------------	-----------	-----------

6. CONCLUSÃO E AVALIAÇÃO

A divulgação da formação foi efetuada através de aviso na sala de pausa da equipa multidisciplinar, para que toda a equipa pudesse estar informada. Mesmo com os constrangimentos causados pela Pandemia Covid-19, foi possível a realização da sessão de formação, presencialmente, na sala de reuniões, da Unidade de Saúde Familiar.

Participaram na formação 13 profissionais de saúde, enfermeiras, médicas e assistentes operacionais, sendo considerada, pela referida, equipa uma formação com boa taxa de adesão. A sessão de formação foi moderada pela Enfermeira Orientadora local, uma EEESIP, foi também, reservado um período final da sessão, destinado para a discussão.

No início da sessão, o tema foi considerado de grande relevância, uma vez que a multiculturalidade é uma realidade na sociedade em que vivemos, em especial no caso da Unidade em questão, que na respetiva área de abrangência, residem populações de diversas origens culturais, religiosas e diversas nacionalidades.

Durante a sessão, foi notório o interesse demonstrado pelos elementos da equipa, que ao fim da sessão participaram ativamente da discussão. No final da sessão, foi proporcionado um momento de discussão, de forma que todos os participantes tivessem um tempo para partilhar a sua opinião e as suas experiências que pudessem enriquecer aquele momento de partilha. Durante a sessão de formação foi reforçada a importância de conhecermos e respeitarmos a cultura de quem prestamos cuidados, pois só desta forma favorecemos uma maior adesão ao plano de cuidados, indo ao encontro das necessidades das crianças e famílias.

No fim da sessão, a maioria dos elementos da equipa multidisciplinar referiu que a sessão de formação fez com que emergisse um momento de reflexão, sobre a importância do respeito pelo próximo e a personalização das intervenções de acordo com a cultura de cada cliente.

Segundo com os critérios definidos no autodiagnóstico, com esta atividade, em que foi necessário efetuar uma pesquisa da evidência científica recente, planeamento e realização da sessão de formação à equipa multidisciplinar do serviço, em especial aos enfermeiros, foi possível contribuir para o desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista.

A realização da sessão de formação foi efetuada com recurso a mais recente evidência científica publicada, de acordo com as necessidades observadas pelos profissionais de saúde da referida Unidade de Saúde Familiar, o objetivo major deste percurso é a prestação de cuidados de qualidade aos clientes e famílias. Foi também, promovido pelo enfermeiro formador o interesse dos elementos da equipa de saúde pelo desenvolvimento da competência cultural.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Coutinho, E., Amaral, S., Parreira, V., Chaves, C., Amaral, O., & Nelas, P. (2017). O cuidado cultural na trajetória da enfermagem transcultural e competência cultural. *Investigação Qualitativa Em Saúde*, 1578–1587. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1510>
- Carreira, S. (2015). Estudos de Literatura e imigração. *Uniabeu*
- Fernandes, A., & Monteiro, A. P. (2015). Contributo para o estudo de competência cultural em saúde mental de enfermeiros em Portugal. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing*, 39–47. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0104>
- Fontana, R. T. (2019). A Interculturalidade Na Formação Dos Profissionais De Enfermagem. *Revista Contexto e Educação*, 36–51. <https://doi.org/10.21527/2179-1309.2019.109.36-51>
- Mano, M. (2002). Cuidados em Parceria às crianças hospitalizadas: Predisposição dos enfermeiros e dos pais. *Revista Referência*, 53-61.
- Moita, M. A. G., & Silva, A. L. da. (2016). Modelos de Competência Cultural: Uma Análise Crítica. *Pensar Enfermagem*, 72–89. http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Doc4_72_88.pdf
- Moreira, G. de O., & Motta, L. B. (2016). *Competência Cultural na Graduação de Medicina e de Enfermagem*. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 164–171. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n2e02902014>
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. *Lusociência*.
- Reis, A. & Costa, M. (2016). Cuidar de Imigrantes: das intervenções em contexto à construção de competências culturais nos enfermeiros. *Revista de Enfermagem*, 63–69. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1318>
- Regulamento n.º 205/1996, (2015). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República*, Série I-A de 1996-09-04. Acedido a 10

agosto 2021. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/241640/details/maximize>.

Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, 2.ª série, 133, 19192-19194. Acedido a 8 agost. 2021. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115685379/details/maxim>.

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da república*, 2.ª série, 26, 4744-4750. Acedido a 11 agost. 2021. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/dre.u995/details/max>.

Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2020). Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2020. *Editor: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras*. ISSN: 2183-2935.

Sharifi, N., Adib-Hajbaghery, M., & Najafi, M. (2019). Cultural competence in nursing: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 103386.

Thibodeaux, G. Annaka e Mooney-Doyle, Kim (2014). Influências Sociais, Culturais e Religiosas na Promoção da Saúde da Criança. (p.21-48). In M., Hockenberry & D., Wilson. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Lusociência

Tito, J. (2015). Quando os imigrantes falam: Vozes diaspóricas em How The Garcia Girls Lost Their Accents. *Revista Linguas e Letras*, nº 33.

Welch, A. (2004). Cuidar cultural: Teoria da Diversidade e da universalidade. In A. Tomey e M. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem*, p. 563-589. Lusociência.

Apêndice

Apêndice I

Apresentação em PowerPoint da sessão de formação

12º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
 Área de Especialização Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Docente Orientadora:
 Cristina Jeronimas
 Enfermeira Orientadora

Discente:
 Rozilany Santos



1

Índice



- Identificação do Tema;
- Problemática;
- Definição do Conceito Principal;
- Enquadramento Teórico;
- Competência Cultural;
- Multiculturalidade em Contexto de Saúde;
- Multiculturalidade em Contexto Pediátrico;
- Comunicação na multiculturalidade;
- Aspectos culturais específicos;
- Conclusão;
- Referências Bibliográficas;
- Discussão.

2

Identificação do tema

Tema: Cuidar da Criança/Jovem e Família Migrante

Título: Cuidar Multiculturalmente Competente em Saúde Infantil e Pediatria: Intervenção do Enfermeiro Especialista

3

Problemática



Número de Imigrantes em Portugal **aumentou** quase 12,2% em 2020 (comparativamente a 2019).

Total de Imigrantes com título de residência - **662.095**

1- **Brasil**
 2- **Reino Unido**
 3- **Cabo Verde**
 4- **Roménia**

5º ano consecutivo com acréscimo da população Imigrante em Portugal

(SEF, 2020)

4

Definição do Conceito Principal: Cultura

Um conjunto de pessoas que partilham e transmitem os seus valores, normas, crenças, padrões e práticas, através de gerações.
(Leininger, 2001, citada por Tribodisoux e Mooney-Doyle, 2014)

Um conjunto de pessoas que partilham as mesmas normas, crenças, estilos de vida, formas de pensar, leis, práticas políticas e económicas e relações sociais, que são transmitidas às novas gerações.
(Purnell e Paulanka, 2010)



5

Enquadramento Teórico

Com a presente representatividade das crianças, jovens e famílias imigrantes na sociedade,

Os enfermeiros devem ir ao encontro das necessidades de cuidados de enfermagem da população imigrante.

O desenvolvimento da competência cultural é determinante para a prestação de cuidados à esta população.
(Silva e Mota, 2016)

Respeitar os direitos de todos os clientes que cuidam.

(Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, 2019)



6



7

Enquadramento Teórico

Para que os enfermeiros promovam a saúde das crianças, jovens e famílias, é necessária a compreensão das influências sociais, religiosas e culturais que caracterizam a mesma.
(Tribodisoux e Mooney-Doyle, 2014)

Questões de género, raça, etnia, cor de pele, entre outros aspetos, são extremamente relevantes para o cuidar culturalmente competente, tendo por base a ausência de preconceitos e o respeito pelas diferenças e pela identidade cultural de cada população.
(Fontana, 2019)



8

Multiculturalidade em contexto de saúde

Identificar a cultura dos clientes

Compreender que a cultura afeta diretamente os comportamentos dos clientes

Respeitar características específicas de cada cultura e as suas influências na forma de cuidar.



(Hookerberry e Barrera, 2014)

9

Multiculturalidade em contexto Pediátrico

Filosofia de Cuidados Centrados na Família

A família é reconhecida como uma constante na vida da criança e o enfermeiro deve apoiar, respeitar, encorajar e potencializar a força e competência familiar.
(Hookerberry e Barrera, 2014)



10

Comunicação na Multiculturalidade

Capacidade de comunicação

Transmissão de informação eficaz, tendo em consideração que a interpretação da realidade pode ser divergente, de acordo com as crenças, os valores e os hábitos das comunidades.
(Moreira e Motta, 2016)

Dado a característica da sociedade cada vez mais multicultural, é essencial que os enfermeiros e demais profissionais de saúde planejem os cuidados de saúde, tendo em conta as características culturais dos clientes.
(Fernandes e Montelro, 2015)

11

Comunicação na Multiculturalidade

Principal barreira na comunicação: idioma

Idioma alternativo, compreendido por todos os envolvidos nos cuidados.

Validar a compreensão da informação fornecida;

Utilização de intérpretes;

Utilizar linguagem clara e concisa;

Utilização de recursos tecnológicos (internet - google tradutor);

Estimular a presença de um acompanhante que consiga traduzir a informação;

(Phaneuf, 2009)

Factores Facilitadores

12

Comunicação na Multiculturalidade

- Centro de Apoio à Integração de Imigrantes de Lisboa: 218106100 (www-acm.gov.pt);
- Linha SOS grávida: 808201139 ou 213926600;
- Linha de Apoio ao Migrante e Linha de Tradução Telefónica: 2ª a 6ª - 9h as 19h) 808267257 ou 218106191;
- Câmaras municipais: gabinetes de apoio ao imigrante.

13

Brasileiros

- Comunicação verbal:**
 - Embora falem português, os sotaques são muito diferentes, algumas palavras tem significados diferentes.
 - A maioria dos brasileiros recém chegado tem dificuldade em compreender a mensagem transmitida por um português.
- Organização familiar:**
 - Redes de apoios familiares alargados.
 - Amigos que são considerados familiares.
- Tradições alimentares:**
 - Utilização de miçanga, canjica, chás, ervas, sapos artesanais...
 - As rezadeiras/terceiras ainda são muito utilizadas, assim como líderes espirituais.
- Doenças tropicais:**
 - Doenças tropicais (malária, dengue, meningite, febre amarela, hepatite, tuberculose...).
 - Alta taxa de mortalidade por causadas por doenças cardíacas, neoplasias.



14

Africanos


- Comunicação verbal:**
 - Colocar questões pessoais durante os primeiros encontros é considerado intrusivo;
 - Olhar diretamente nos olhos durante a conversa é considerado indelicado.
- Organização familiar:**
 - Redes de apoios familiares alargados.
- Tradições alimentares:**
 - Sacerdote, vudu, espiritismo;
 - Utilização de ervas, óleos, raízes, entre outros produtos naturais com o objetivo de cura e manutenção da saúde.
- Doenças tropicais:**
 - Anemia falciforme, mancha mongólica, formações queloides, ondas "T" invertidas, intolerância à lactose, cor da pele.



15

Asiáticos

- Comunicação verbal:**
 - Elevado respeito pelos outros, respeitam a autoridade;
 - Olhar diretamente nos olhos de superiores pode ser considerado desrespeito;
- Organização familiar:**
 - Priorizam as necessidades da família;
 - Laços familiares alargados;
- Tradições alimentares:**
 - Acupuntura; herbanário, terapias compressivas...
 - Alimentos quentes e frios, chás, sopas, massagem, compressão.
- Doenças tropicais:**
 - Talassemia, interação medicamentosa, mancha mongólica, intolerância à lactose, cor da pele.



16

Aspetos religiosos e as suas implicações nos cuidados de saúde



Hinduísmo: restrições alimentares (proibido comer carne de vaca); acreditam que a doença é uma punição por algo feito numa vida anterior; um fio à volta do pescoço ou pulso representa um elemento que concede proteção.



Islão: proibido o consumo de carne de porco e derivados e álcool; o jejum é praticado durante o mês do Ramadão; acreditam que Alá cura, seguem as orientações dos profissionais de saúde pois acreditam que Alá cura através do esforço dos humanos; a mão direita deve ser utilizada para comer e a mão esquerda para a higiene.

17

Aspetos religiosos e as suas implicações nos cuidados de saúde



Testemunha de Jeová: não são permitidas transfusões sanguíneas ou administração de derivados do sangue. Proíbem a utilização de tabaco e permitem o consumo moderado de álcool.



Judaísmo: só é permitido comer carne de animais terrestres herbívoros e que tenham sido ritualmente abatidos; proibido aves, marisco e carne de porco; o jejum é uma prática comum; não devem realizar procedimentos cirúrgicos no período de Sabbath (entre o por do sol de sexta-feira até o mesmo período de sábado).

18

Aspetos religiosos e as suas implicações nos cuidados de saúde



Cristianismo: batismo (especialmente em caso de mau prognóstico); indicada a abstenção do consumo de carne em dias específicos relacionados aos "dias santos" da Páscoa; utilizam elementos objetos com significado espiritual: terço, crucifixo, imagens santas de madeira, lenço...

19

Conclusões

- A multiculturalidade é uma realidade nos cuidados de saúde;
- A utilização de uma comunicação eficaz, facilita a promoção de cuidados de enfermagem de excelência;
- Estão disponíveis diferentes alternativas para a promoção de uma comunicação eficaz;
- As intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros contribuem para a literacia em saúde na população imigrante;
- Os enfermeiros podem contribuir para um cuidado culturalmente competente das crianças/jovens e família imigrantes residentes em Portugal.

20

Referências Bibliográficas

- Coutinho, E, Amari, S, Palmeira, V, Chaves, C, Amaral, C, & Neles, P. (2017). O cuidado cultural na trajetória da enfermagem transcultural e competência cultural.pdf. *Investigação Qualitativa Em Saúde*, 2, 1573-1607. <https://proceedings.diaq.org/index.php/ciaq/2017/articlos/view/1610>
- Cairns, S. (2016). Estudo de literatura e imigração. *Belford Roxo, Unabau*
- Fernandes, A, & Montalvo, A P. (2016). Contributo para o estudo da competência cultural em saúde mental de enfermeiros em Portugal. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing*, 14(4), 30-47. <https://doi.org/10.18311/pjmh.2104>
- Fontana, R. T. (2016). A interculturalidade Na Formação Dos Profissionais De Enfermagem. *Revista Contexto & Educação*, 34(06), 36-58. <http://dx.doi.org/10.24627/2179-1309.2016106.36-58>
- Malta, M. A. G., & Silva, A. L. da. (2018). Modelos de Competência Cultural: Uma Análise Crítica. *Persar: Enfermagem*, 20(2), 72-89. http://pensarenfermagem.esel.ufes.br/Doc4_72_89.pdf
- Momin, C. de O., & Motta, L. B. (2018). Competência cultural na graduação de Medicina e de Enfermagem. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 42(3), 184-191. <https://doi.org/10.1590/rbmed-62712018402000200204>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Infância e Pediatría. *Diário da República*, nº2 6 de 2018, Série II de 2018-02-08.

21

Referências Bibliográficas

- Pheneuf, M. (2003). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. *Loures, Lusolândia*.
- Reis, A. & Costa, M. (2016). Cuidado de imigrantes das intervenções em contexto à construção de competências culturais nos enfermeiros. *Revista de Enfermagem*, vol IV, número 5, 63-68. <http://dx.doi.org/10.12707/rf.00538>
- Regulamento nº 205/1998, (2016). Regulamento do Exame Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República*, Série I-A de 1998-06-04. Acessado a 10 agosto 2021. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/2415404ostals/máximo>
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2020). *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2020*. Editor: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, Barcelona, Ceixa. ISSN 2163-2930.
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2019). *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo*. Editor: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, Barcelona, Ceixa. ISSN 2163-2930.
- Thibodeaux, G, Annaka e Mooney-Doye, KM (2014). Influências Sociais, Culturais e Religiosas na Promoção da Saúde da Criança (p21-48). In M, Hodgekerry, S. D., Wilson, Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (6ª ed.). Loures, Lusolândia
- Tito, J. (2016). Quando os imigrantes falam: Vozes desconhecidas em How The Garcia Girls Look Their Accents. *Revista Língua e Letras, Lissoeste*, Vol 6, nº 33.
- Welch, A. (2004). *Cuidar cultural: Teoria da Diversidade e da universalidade*. In A. Torrey e M. Allgood, *Técnicas de Enfermagem sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed), p. 503-506, Loures, Lusolândia.

22

DISCUSSÃO OBRIGADA



Imagem: Desenvolvida em: <https://www.dreamstime.com/stock-vector-illustration-world-map-ethnicity-people-image-image34892727.html>



23

APÊNDICE VIII
Projeto do Folheto “Comunicação
em Urgência Pediátrica num Contexto Multicultural”

Cuidados de Saúde em Contexto Multicultural

A multiculturalidade é uma realidade nos cuidados de saúde;

A utilização de uma comunicação eficaz, facilita a promoção de cuidados de enfermagem de excelência;

É essencial conhecer os aspectos culturais das diferentes culturas para se prestar cuidados de saúde culturalmente competentes.

Linhas de apoio aos prestadores de cuidados de saúde à população imigrante:

Centro de Apoio à Integração de Migrantes de Lisboa: 218106100 (www-acm.gov.pt);

Linha de Apoio ao Migrante e Linha de Tradução Telefónica : (2ª a 6ª - 9h as 19h)

808257257 ou 218106191;

Linha SOS grávida : 808201139 ou 213926600;

Câmaras municipais : gabinetes de apoio ao imigrante.

Referências Bibliográficas e Netgrafia

Imagens:

<https://www.google.com/search?q=cultura&tbm=Acedido> em 15/02/2022

Hockenberry & D. Wilson (Eds), Wong – Enfermagem da criança e do adolescente (9ªed.) (pp.1-20). Lusociência.

Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2020). Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2020. Editor: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. ISSN: 2183-2935.

Folheto realizado por Rozilany Santos, Estudante do 12º Curso De Mestrado Em Enfermagem na

Área de Especialização Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob orientação da Professora Cristina Jeremias

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



IMPACTO DA CULTURA

nos cuidados de saúde



BRASIL

Comunicação verbal:

Por vezes tem dificuldade em compreender a mensagem transmitida pelos profissionais (as mesmas palavras podem ter significados diferentes)

Terapêuticas alternativas:

Utilizam medidas terapêuticas da medicina popular (ex.: chás, xaropes artesanais e emplastos.)

Recorrem habitualmente a curandeiros.

Principais Variações Biológicas:

Doenças tropicais (ex.: dengue, malária, febre amarela)

Alta taxa de mortalidade por doenças cardíacas e neoplásicas.

GUINÉ BISSAU

Comunicação verbal:
Olhar diretamente nos olhos pode ser considerado indelicado.

Terapêuticas alternativas:
Utilizam práticas de vudu e de espiritismo;
Utilizam medidas terapêuticas da medicina popular (ervas, óleos e raízes).
Recorrem a curandeiros.

Principais Variações Biológicas:
Anemia falciforme, mancha mongólica, formações queloides e ondas "T" invertidas



CHINA

Comunicação verbal:

Elevado respeito pelos mais velhos;
Olhar diretamente nos olhos de superiores pode ser considerado desrespeito.

Terapêuticas alternativas:

Utilizam acupuntura, herbanário, terapias compressivas, etc;

Principais variações Biológicas:

Talassémia, interação medicamentosa, mancha mongólica e intolerância à lactose.