

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**Acompanhamento da criança, do jovem e família
com cardiopatia proveniente dos Países Africanos
de Língua Oficial Portuguesa durante o
tratamento em Portugal**

Ana Maria Antunes dos Santos Menino Ribeiro

2012

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, consisting of several overlapping, curved, grey shapes that resemble a stylized wave or a series of overlapping pages.



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

**“Acompanhamento da criança, do jovem e família
com cardiopatia proveniente dos Países Africanos
de Língua Oficial Portuguesa durante o tratamento
em Portugal”.**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Ana Maria Antunes dos Santos Menino Ribeiro

Orientador: Professora Doutora Maria Manuela Soveral

Co-orientador: ESIP Teresa Pedro Bravo

2012

“O que faço é uma gota no meio de um oceano,
mas sem ela o oceano estaria incompleto”

Madre Tereza de Calcutá

À minha mãe pelo seu amor incondicional

Ao meu marido e filhos pela sua paciência

À professora Soveral pela sua orientação e apoio

A todas as crianças, jovens e famílias que contribuíram para este projecto

Ao meu pai, que já não está entre nós, mas a quem dedico este trabalho.

RESUMO

As crianças, os jovens e famílias provenientes dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), que chegam ao hospital de Santa Marta ao abrigo dos acordos de cooperação internacional no domínio da saúde para tratamento médico e/ou cirúrgico da patologia cardíaca, constituem um grupo de utentes com necessidades especiais e sujeitos a várias vulnerabilidades. Estas devem-se à sua situação de saúde, à proveniência de um contexto cultural distinto e às inúmeras dificuldades com que se deparam em Portugal - país acolhedor -, por os acordos de saúde se mostrarem desajustados, desadequados face aos tempos actuais e, muitas vezes, não serem cumpridos pelos países de origem.

A divulgação dos direitos e deveres destes utentes entre os profissionais que deles cuidam nos mais variados contextos, e entre os próprios utentes, bem como o conhecimento de possíveis recursos, são factores que auxiliam a ultrapassar situações de doença e a promover cuidados de enfermagem culturalmente competentes.

A necessidade de conhecer e garantir o acompanhamento de todo o processo, fundamentando a intervenção de enfermagem na teoria da diversidade e universalidade dos cuidados desenvolvida por Madeleine Leininger, no sentido de assegurar a eficácia do tratamento, prevenir situações de risco e promover a garantia de continuidade de cuidados, implicando toda a equipa de enfermagem e a criança, o jovem e a família nos cuidados conduziu à implementação deste projecto.

A reflexão sobre a prática, a partilha de experiências em diferentes contextos de cuidados e a revisão de literatura foram etapas da metodologia utilizada para fundamentar e justificar a pertinência deste projecto.

Este texto corresponde ao relatório de estágio e nele procura-se dar a conhecer e fundamentar a experiência significativa em cada um dos campos seleccionados com vista ao desenvolvimento do projecto *Acompanhamento da Criança/do Jovem e Família com cardiopatia proveniente dos PALOP, durante o tratamento em Portugal.*

Palavras-chave: **Acompanhamento, Acordos de cooperação, PALOP, Criança, Família**

ABSTRACT

The children, young people and families from the African Countries who have Portuguese as Official Language (PALOP), arrived at the Santa Marta's Hospital under the health agreements of international cooperation, for medical treatments and / or surgical treatments of cardiac disease. They constitute a group of health users with special needs and several vulnerabilities. These vulnerabilities are the result of their health situation, a distinct cultural context and the numerous difficulties that they encountered they unexpectedly experience in Portugal - the host country – and almost all the times the health agreements are dysfunctional, inadequate to the present times and frequently, not fulfilled in the origin countries.

The divulgation of users 'rights and duties among within the professionals' who take care of them in the different extensions and needs in their life, and among users themselves, as well as the knowledge of possible resources are factors that help to overcome situations of illness and promote culturally competent nursing care.

The need to understand and monitor closely the entire process, supports the nursing intervention based in the diversity of the diversity and universality of care developed by Madeleine Leininger, ensuring treatment efficacy, prevent risk situations and actively encouraging the care promotion, involving the whole nursing team and children, young people and their families in the provision of what is necessary for the health . This was the point from which this project was developed.

The reflection in practice, sharing the experiences in different contexts of care and the literature review were stages of the methodology used to support and justify the relevance of this project.

This text reflects the stage report, and wanting others to recognize this subject in all branch of knowledge, selected to develop the project “The monitoring of the Children/ Young people with heart disease and their Families from PALOP during treatment in Portugal”.

Key-words: Monitoring, Cooperation Agreements, PALOP, Children, Family

SUMÁRIO

	Pág.
INTRODUÇÃO.....	10
1 - IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA/DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO.....	12
2 - QUADRO DE REFERÊNCIA.....	16
2.1 - Enquadramento Legal e Organizacional.....	16
2.2 - Enquadramento Conceptual.....	23
2.2.1- Migração e Saúde.....	23
2.2.2 -Competência Cultural.....	24
2.2.3 -Teoria de Enfermagem Transcultural.....	25
3 - ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS....	28
3.1 - Serviço de Nefrologia Pediátrica do Hospital de Santa Maria.....	28
3.2 - Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de Santa Maria.....	32
3.3 - Unidade de Neonatologia da Maternidade Alfredo da Costa.....	35
3.4 - Centro Nacional de Apoio ao Imigrante – Gabinete de Saúde.....	40
3.5 - Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Dona Estefânia.....	44
3.6 - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Alameda.....	47
3.7 - Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta.....	50
4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
5.1 - Bibliografia Informática.....	65
APÊNDICES	

APÊNDICES

APÊNDICE I – Cronograma de Estágios do 3º Semestre

APÊNDICE II – Pesquisas em Bases de Dados

APÊNDICE III – Plano de Acção

APÊNDICE IV – “Diário de Campo”

APÊNDICE V – “Descrição dos Campos de Estágio”

APÊNDICE VI – Formação no Serviço de Nefrologia Pediátrica do Hospital de Santa Maria

APÊNDICE VII – Folha de Orientação de Terapêutica

APÊNDICE VIII – Formação no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de Santa Maria

APÊNDICE IX – Poster “Cuidar na Multiculturalidade”

APÊNDICE X – Formação no Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Dona Estefânia

APÊNDICE XI - Formação na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Alameda

APÊNDICE XII – Folha de Acolhimento à Criança, ao Jovem e Família Proveniente dos

PALOP

APÊNDICE XIII – Folheto em Português “Cooperação Internacional”

APÊNDICE XIV – Folheto em Crioulo “Cooperação Internacional”

APÊNDICE XV – Folha de Articulação de Cuidados de Enfermagem

APÊNDICE XVI – Formação no Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa
Marta

FOLHA DE ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACIDI – Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural

ARS – Administração Regional de Saúde

ARS LVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CHLC – Centro Hospitalar de Lisboa Central

CNAI – Centro Nacional de Apoio ao Imigrante

DGS – Direcção Geral de Saúde

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

IAC – Instituto de Apoio à Criança

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

MAC – Maternidade Alfredo da Costa

NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

PADE – Programa de Apoio a Doentes Evacuados

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

RN – Recém-nascido

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UMAD – Unidade Móvel de Apoio Domiciliário

APÊNDICES

APÊNDICE I – Cronograma de Estágios do 3º Semestre

APÊNDICE II – Pesquisas em Bases de Dados

APÊNDICE III – Plano de Acção

APÊNDICE IV – “Diário de Campo”

APÊNDICE V – “Descrição dos Campos de Estágio”

APÊNDICE VI – Formação no Serviço de Nefrologia Pediátrica do Hospital de Santa Maria

APÊNDICE VII – Folha de Orientação de Terapêutica

APÊNDICE VIII – Formação no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de Santa Maria

APÊNDICE IX – Poster “Cuidar na Multiculturalidade”

APÊNDICE X – Formação no Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Dona Estefânia

APÊNDICE XI - Formação na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Alameda

APÊNDICE XII – Folha de Acolhimento à Criança, ao Jovem e Família Proveniente dos

PALOP

APÊNDICE XIII – Folheto em Português “Cooperação Internacional”

APÊNDICE XIV – Folheto em Crioulo “Cooperação Internacional”

APÊNDICE XV – Folha de Articulação de Cuidados de Enfermagem

APÊNDICE XVI – Formação no Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa

Marta

INTRODUÇÃO

Este relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Enfermagem da Criança e do Jovem pertencente ao 2º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A temática escolhida: “Acompanhamento da criança, do jovem e família com cardiopatia proveniente dos PALOP durante o tratamento em Portugal” constitui para mim uma preocupação, face à especificidade desta população e à, eventual, complexidade das suas necessidades e problemas.

Este trabalho pretende mostrar todo o meu percurso de forma a desenvolver competências de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria, tendo presentes os seus objectivos gerais: “Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e família proveniente dos PALOP e na partilha de experiências com pares para acompanhamento destes utentes durante o tratamento em Portugal” e “Identificar contributos para o projecto a desenvolver”.

Conhecer mais profundamente estes utentes, os recursos possíveis e disponíveis na comunidade, a legislação que os apoia, as suas necessidades e dificuldades auxiliou o meu percurso como estudante e futura enfermeira especialista, e direccionou a procura de conhecimentos.

Adequar os cuidados a estes utentes é algo desafiante e que requer conhecimento, criatividade e imaginação. A competência de cuidar é o resultado de um processo dinâmico perante as necessidades e problemas destas crianças, jovens e famílias, resultantes não apenas das diferenças culturais mas, também, dos fracos recursos e apoios de que dispõem (Alves e Namora, 2010, Fonseca e Silva, 2010, Henriques 2010).

Conhecer e compreender as dificuldades com que se deparam os enfermeiros ao cuidar destas crianças, jovens e famílias conduziu-me à partilha de experiências nos diferentes contextos de estágio, a qual levou à reflexão conjunta sobre as práticas e ao crescimento mútuo numa perspectiva de melhorar os cuidados de enfermagem e realçar o trabalho dos enfermeiros através do cuidar. É fundamental valorizar o trabalho dos enfermeiros, estruturando-o para que tenha visibilidade na equipa multidisciplinar. No Decreto-Lei nº248/2009 de 22 de Setembro, relativo à nova carreira de enfermagem, Cap. III artigo 8º, está descrito o conteúdo funcional da categoria de enfermeiro, que compreende uma plena “autonomia técnico-científica, para participar e promover acções que tenham como objectivo articular as diferentes redes e níveis de cuidados de saúde e desenvolver métodos de trabalho com vista à melhor utilização dos meios, promovendo a circulação de informação, bem como qualidade e eficiência”. Neste sentido os enfermeiros são autónomos ao cuidar dos utentes.

Segundo Hesbeen (2004) acompanhar significa “caminhar com” e, para cuidar, o enfermeiro tem de ir ao encontro do outro. No dicionário de língua portuguesa¹ capacitar significa convencer, persuadir, habilitar. Segundo a CIPE o enfermeiro “ensina”, “orienta”, “dá poder” definindo esta última palavra como “capacitar as pessoas para fazerem escolhas de modo a que se consciencializem do seu potencial para influenciar a sua saúde” (ICN 2005). Ao capacitar a criança, o jovem e família a participar activamente no seu processo de tratamento, procurando recursos e estratégias adequadas às suas necessidades, os enfermeiros contribuem para a promoção da adesão ao tratamento, reduzindo os riscos e custos em saúde.

A metodologia utilizada para a elaboração deste relatório centrou-se na reflexão em cada local de estágio, sobre as situações vividas, enriquecida com a bibliografia que fui encontrando e analisando e com o modelo teórico em estudo, assim como, na análise das actividades desenvolvidas e competências de enfermeiro especialista adquiridas.

As pesquisas realizadas na *internet*, a revisão sistemática da literatura, a consulta nos diferentes centros de documentação (dos quais saliento os Centros de Documentação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e do Centro Nacional de Apoio ao Imigrante), o contacto com as crianças, os jovens e famílias e com os enfermeiros que deles cuidam através de momentos informais e entrevistas constituíram os recursos de que dispus. Nos artigos, teses, livros, publicações periódicas, encontrei muito pouco escrito e documentado sobre o acesso dos utentes oriundos dos PALOP aos serviços de saúde, sobre os cuidados de enfermagem a esta população específica, e sobre estas crianças, jovens e famílias. Toda a bibliografia é recente, geralmente ligada à imigração e dispersa por várias áreas da ciência.

Todo o meu percurso foi conduzido pela teoria da diversidade e universalidade dos cuidados culturais desenvolvida por Madeleine Leininger, perspectivando atingir a finalidade major deste projecto: promover cuidados de enfermagem culturalmente competentes.

Assim, após esta introdução, farei a identificação do problema e o diagnóstico da situação, apresentarei o quadro de referência com o enquadramento legal e organizacional, o enquadramento conceptual (seleccionando neste os conceitos de migração e saúde, de competência cultural e a teoria de enfermagem transcultural), a descrição das actividades desenvolvidas e competências adquiridas em cada local de estágio, terminando com as considerações finais. Em apêndices colocarei todos os trabalhos que elaborei durante todo este percurso.

¹ www.dicionarioonline.com

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA/DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), foram formados por 5 países Lusófonos Africanos (Angola, Cabo Verde, Guiné Bissau, São Tomé e Príncipe e Moçambique).

Estes Países, que adoptam o Português como língua oficial, são considerados subdesenvolvidos, ou em vias de desenvolvimento, e deparam-se com inúmeros problemas no domínio da saúde pelo que necessitam da cooperação internacional para melhoria das condições de vida dos seus habitantes.

Uma das responsabilidades do Sistema de Saúde para com a saúde global é “valorizar-se, competindo e usando o capital da saúde para a cooperação entre países, prestando serviços a nível internacional e obtendo reconhecimento” (Gabinete Técnico do PNS 2011-2016, p.22)

A investigação sobre os utentes provenientes dos PALOP é muito escassa. Nas diversas e diferentes pesquisas efectuadas apenas encontrei um estudo de caso exploratório descritivo elaborado no âmbito de mestrado em Demografia e Sociologia da População que alerta para o facto dos acordos de saúde celebrados entre Portugal e os PALOP, estarem desadequados à realidade actual e, estes migrantes não serem objecto de investigação aprofundada (Henriques 2009). No entanto, a investigação sobre saúde e imigrantes, apesar de muito recente, tem evoluído de forma exponencial nos últimos anos, encontrando-se alguns trabalhos de investigação sobre esta temática, dispersos por várias áreas como a geografia da saúde, saúde internacional, antropologia social, etc.

O Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta, onde exerço funções, tem como missão “prestar cuidados de saúde especializados na área das doenças cardiovasculares à população pediátrica, ensinar e investigar esta área da medicina de acordo com padrões de elevado nível técnico-científico, ético e organizacional” (Lima, M. *et al* 2009, p.6).

Mensalmente, chegam ao Hospital de Santa Marta várias crianças, jovens e famílias ao abrigo dos acordos de cooperação internacional existentes entre Portugal e os PALOP, para tratamento médico e/ou cirúrgico. Estas vêm muitas vezes numa fase avançada de doença, a que se atribui uma deficiente ou inexistente vigilância periódica de saúde e/ou a um processo de evacuação demasiado moroso. No que se refere à evacuação de doentes, o processo é muito burocrático, tornando-se muito longo e difícil, conseqüentemente, os doentes chegam muitas vezes numa situação tardia, prejudicando o tratamento e pondo em causa a própria vida.

Em Março de 2009 deu-se início à Consulta de Cooperação Internacional no Hospital de Santa Marta em Lisboa, que é constituída por uma equipa multidisciplinar (médica, enfermeira e assistente social), tendo-se registado nesse ano 69 crianças provenientes dos PALOP, no ano de 2010, 84 crianças e, no ano de 2011, 86 crianças. Estas crianças vêm na sua generalidade acompanhadas por um familiar.

Esta consulta foi criada face às necessidades específicas e de vária ordem detectadas nesta população, as quais conduziam muitas vezes ao insucesso do tratamento: dificuldade de comunicação; proveniência de um contexto socioeconómico e cultural diferente; desconhecimento das políticas de cooperação internacional; desconhecimento dos direitos e deveres; incumprimento dos acordos de cooperação por parte de algumas embaixadas; dificuldades económicas; baixo nível socioeconómico e de escolaridade das famílias; incumprimentos (de seguimento do tratamento, medicação, adesão a consultas).

Como enfermeira, cuidar destas crianças/famílias, provenientes de um contexto sócio cultural diferente, e de realidades muito distintas, sempre constituiu uma área onde tive interesse em investir.

Tal como Leininger escreveu “Na qualidade de enfermeira, sentia-me incapaz para responder às crianças de forma apropriada devido às grandes diferenças culturais (...)” (*ibid*, 1988, p.33).

A complexidade das histórias de vida que acompanham estas crianças, estes jovens e famílias para tratamento da sua patologia a um país estrangeiro e a dificuldade de cuidar em situações de tão grande complexidade, proporcionando à criança, ao jovem e família a autonomia de que necessitam para posteriormente se autocuidarem e garantirem o sucesso do tratamento, é algo que é sentido como primordial por toda a equipa de enfermagem.

A permanência no país acolhedor, neste caso, em Portugal, torna-se muitas vezes longa face à deficiente agilização dos serviços de saúde e às diferentes patologias associadas que estes doentes apresentam, e muitas vezes torna-se penosa face ao fraco, ou mesmo inexistente, apoio dado por algumas embaixadas, dependendo muitas vezes a criança/família da solidariedade de familiares e amigos. Este último facto leva-nos à conclusão que os acordos de cooperação são antigos e desajustados à realidade actual, como aliás refere o PNS 2004-2010.

Devido às várias dificuldades com que se deparam, e à sua situação, estas crianças, estes jovens e famílias necessitam de cuidados de enfermagem não apenas numa perspectiva holística, mas também multicultural, sendo todo o seu acompanhamento muito importante, tanto a nível de consulta externa, como de internamento e de seguimento após a alta hospitalar.

Muitos dos utentes/famílias, ao terem alta para o país de origem, não querem regressar, permanecendo numa situação de ilegalidade. Quando ilegais, as crianças, os jovens e famílias perdem alguns direitos, nomeadamente à assistência médica programada e ao apoio dado por algumas embaixadas, ficando numa situação de grande vulnerabilidade de saúde, económica e social. Sem recursos e sem apoio, estão tendencialmente vulneráveis a cair na pobreza, cuja redução é o objectivo das Nações Unidas até 2015.

A situação destas crianças, jovens e famílias é vista como um problema que suscita, na generalidade, sentimentos de solidariedade, quando estas, após a alta, não querem regressar ao país de origem, no entanto, será que ao sermos permissivos em situações de ilegalidade estamos a cuidar convenientemente destas crianças e famílias?

Ultimamente têm-se desenvolvido esforços para criar condições ao tratamento destas crianças no País de origem (equipas que se deslocam a Angola, São Tomé, Moçambique, aparelhos que são adquiridos, médicos e profissionais especialistas que são formados); desenvolvimento da telemedicina com apoio dos diagnósticos (em Coimbra); melhor articulação com os serviços do país de origem, garantindo, quando necessário, o regresso a Portugal para tratamentos posteriores, e a agilização do processo de evacuação.

A análise dos dados da consulta de cooperação internacional de cardiologia pediátrica do Hospital permite concluir que a equipa multidisciplinar tem conseguido uma diminuição do tempo de estadia em Portugal, através da agilização dos processos intervenientes de tratamento, nomeadamente o acesso rápido a outras consultas do Centro Hospitalar e de outros hospitais (no entanto, e no caso de tratamento cirúrgico, este depende também do tempo de espera para cirurgia e da gravidade do problema), e um maior conhecimento por parte da família dos seus direitos e deveres. Apesar da existência da consulta de cooperação internacional, ainda se continuam a verificar reinternamentos por descompensação cardíaca motivada por incumprimento do prescrito.

Face à análise do problema, podemos atribuir algumas prioridades de intervenção: intervenção a nível do acolhimento, acompanhamento e aconselhamento durante o processo de tratamento em Portugal; informação dos profissionais que trabalham com esta população acerca dos direitos, dos deveres e dos recursos disponíveis.

Como perspectivas futuras, para melhorar/solucionar esta problemática, aconselha-se promover cuidados de enfermagem culturalmente competentes; garantir os direitos da criança e da família durante o tratamento em Portugal; promover o regresso rápido e em condições de segurança ao país de origem; participar e intervir em reuniões e encontros com parceiros que trabalhem a problemática de forma a influenciar a elaboração de políticas de saúde que sustentem esta realidade.

A saúde é fundamental ao desenvolvimento social e económico. Os enfermeiros devem mostrar-se sensíveis à economia do país e os que trabalham esta temática devem envolver-se em debates, reuniões, encontros onde se discutam e questionem estas temáticas, esforçando-se por participar em equipas multidisciplinares que tentem encontrar respostas e soluções, tendo sempre presente que a pobreza é um dos mais importantes desafios dos direitos humanos e, o seu combate deverá constituir uma das preocupações dos enfermeiros, pois como refere a OE (2011, p.1) “ A pobreza e

a saúde precária caminham lado a lado, cabendo aos pobres o fardo desigual da saúde frágil (...) a particular crueldade da pobreza é o seu ciclo vicioso”.

Ao acompanhar a criança, o jovem e família durante todo o processo de permanência em Portugal para tratamento, facilitando a integração nos cuidados de saúde, na cultura e na sociedade do país acolhedor, respeitando a identidade e cultura do utente, os enfermeiros estarão a promover um cuidado mais competente e, conseqüentemente, uma diminuição do risco clínico e uma redução em custos de saúde.

A capacitação da criança, do jovem e da família deve ser feita gradualmente durante todo o processo de permanência em Portugal, de forma a esta assimilar as orientações dadas, a esclarecer todas as dúvidas a participar activamente em todo o processo de tratamento.

O conhecimento dos direitos e deveres é fundamental para que o utente possa auferir de um dos direitos fundamentais consagrados na Constituição da República Portuguesa: - o direito à saúde, mas também deverá ser conhecedor dos seus deveres, como o dever de a manter e promover.

A equipa de enfermagem necessita de estar sensibilizada para a transmissão de informação gradual e para um trabalho com a família, tendo presentes todas as alterações que o processo migratório, por motivo de doença, possa trazer. A criação de alguns instrumentos de apoio (de colheita de dados, de fornecimento de informação, de articulação com outras instituições e equipas de enfermagem), poderão constituir elementos de suporte muito uteis no apoio aos cuidados. A partilha de experiências, prevendo a formação dos enfermeiros nesta área específica, tornando-os conhecedores dos direitos e deveres destes utentes, das suas dificuldades e necessidades, e dos recursos a utilizar que permitam ultrapassar obstáculos permitirão um cuidar mais completo.

A colaboração de todos os profissionais no acompanhamento destes utentes, constituirá o “ponto de partida” para o sucesso do tratamento.

2. QUADRO DE REFERÊNCIA

Cuidar de crianças, jovens e famílias de contextos culturais diferentes implicou o estudo sobre o enquadramento legal e organizacional da assistência médica às crianças e jovens evacuados dos PALOP e suas famílias; a pesquisa sobre migrações, competência cultural e enfermagem transcultural, de forma a perceber alguns factores que afectam a sua saúde, podendo até ditar o sucesso ou o insucesso do tratamento. Assim debrucei-me sobre a legislação em vigor e sobre alguns autores que estudam estas temáticas, como Natália Ramos, Madeleine Leininger e Paulanka e Purnel; no entanto, é o pensamento de Madeleine Leininger que norteio todo o meu percurso, inspiro algumas das minhas reflexões e percorro todo este “caminho” que conduz ao acompanhamento destas crianças, destes jovens e destas famílias.

2.1 – Enquadramento Legal e Organizacional

Até ao séc. XX, Portugal foi um país de emigrantes, mas, a partir de 1974, resultante da guerra colonial e da independência das ex. colónias, começou a receber migrantes dos PALOP, especialmente de Cabo Verde. Com a adesão de Portugal à Comunidade Europeia (década de 80), e até aos dias actuais, Portugal tem visto a população imigrante a crescer, passando a ser considerado um país de imigração multicultural.

A saúde é um valor básico e uma mais-valia no diálogo e relacionamento entre países. Existem actualmente enormes desigualdades no estado de saúde e esperança de vida entre os países ricos e pobres, entre homens e mulheres e entre a população rural e urbana. O acesso aos serviços de saúde é fundamental para melhorar os indicadores de saúde de um povo e melhorar a sua saúde. Os enfermeiros são essenciais para a melhoria da equidade, do acesso e qualidade dos cuidados de saúde (O.E,2011).

O direito à saúde e uma oportunidade igual de saúde estão consagrados na Declaração Universal dos Direitos Humanos “A necessidade de melhorar o acesso e a equidade aos cuidados de saúde constitui o cerne dos objectivos de Desenvolvimento do Milénio”² acordados em 2001 pelos estados membros das Nações Unidas.

Portugal desenvolve cooperação bilateral em saúde com países de todo os continentes através de acordos de cooperação internacional, entre os quais se destaca África. As acções de cooperação

² Centro de Informação das Nações Unidas in www.onuportugal.pt

bilateral entre Portugal e os PALOP assentam em programas de coadjuvação que definem as orientações. As actividades incluídas nestes programas resultam da negociação entre o Ministério dos Negócios Estrangeiros e o Ministério da Saúde de Portugal e o Ministério da Saúde de cada país. O Alto Comissariado de Saúde é um serviço central do Ministério da Saúde, integrado na administração directa do Estado e dotado de autonomia administrativa e desenvolve protocolos com outras Instituições e Organizações não-governamentais.

A assistência médica a doentes evacuados pelos PALOP é prestada nos termos dos seguintes Acordos no Domínio da Saúde, estabelecidos entre Portugal e cada um dos países africanos de língua oficial portuguesa: Decreto nº 24/77, de 3 de Março e Decreto nº 129/80 de 18 de Novembro, com a República de Cabo Verde; Decreto nº 25/77 de 3 de Março, com a República Democrática de S. Tomé e Príncipe; Decreto do Governo nº 35/84, de 12 de Julho, com a República Popular de Moçambique; Decreto do Governo nº 39/84, de 18 de Julho, com a República Popular de Angola; Decreto nº 44/92, de 21 de Outubro, com a República da Guiné -Bissau.

Os decretos referidos, ainda em vigor, prevêm responsabilidades para Portugal e para os Governos de cada um dos países. Segundo a Direcção Geral de Saúde³, é da responsabilidade de Portugal: a assistência médica hospitalar (internamento, semi-internamento e ambulatório); terapêutica e meios complementares de diagnóstico, quando efectuados em estabelecimentos hospitalares oficiais, ou suas dependências, e transporte em ambulância do aeroporto ao hospital quando clinicamente exigido. Ao país Africano compete: o transporte de vinda e regresso ao país de origem; deslocação do aeroporto ao local de destino; alojamento de doentes não internados ou em regime de semi-internamento e ambulatório; medicamentos e produtos farmacêuticos prescritos em ambulatório; próteses; funeral ou repatriamento do corpo em caso de morte.

Os doentes provenientes dos PALOP, que vêm para Portugal através dos acordos de cooperação na saúde, enfrentam muitos problemas no acesso ao SNS. É frequente solicitarem, junto do Centro Nacional de Apoio ao Imigrante (CNAI), apoio financeiro e social por incumprimento e desresponsabilização da parte do acordo que cabe às embaixadas dos países de origem. Estas, alegando dificuldades económicas, levam a que muitos doentes se vejam forçados a entrar em redes de trabalho ilegal, ou a procurar ajuda para a sua subsistência.

As solicitações no CNAI referem-se a ajuda na providência das suas necessidades básicas e de saúde. A resposta a estes casos é dada através da articulação do CNAI com as instituições parceiras (Backstrom; Carvalho; Inglês, 2009). Os CNAI foram criados em 2004 pelo Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI) para responder às dificuldades dos imigrantes no processo de integração em Portugal.

³ Circular Normativa nº4/DCI de 16/04/2004

Ao contrário dos utentes que vêm pelos seus meios para tratamento, em que lhes é exigido, além do relatório da junta médica, um termo de responsabilidade como prova de meios de subsistência em território português, aos utentes que vêm ao abrigo dos acordos de cooperação não é exigida a apresentação de provas de subsistência e de capacidade financeira para pagar o tratamento, pois parte-se do princípio que a embaixada cumprirá os seus deveres no acordo. No entanto, estes utentes, por desconhecerem os seus direitos e a estrutura do SNS português enfrentam grandes dificuldades.

Determinados grupos de pessoas correm o perigo de cair na pobreza, é o caso de algumas destas crianças e famílias deslocados que, sem recursos e sem apoios, estão tendencialmente vulneráveis a esta situação.

Alves e Namora (2009, p.21) são da opinião que “os acordos celebrados entre o estado português e os estados dos PALOP devem ser revistos, tornando-se mais específicos e objectivos”.

Na versão para discussão do PNS (2011-2016), como orientações estratégicas e evidência para a acção, no seu ponto 8º, este propõe “organizar, construir perspectivas estratégicas, e promover a sua discussão a nível nacional e regional, sobre objectivos, prioridades e recursos para a cooperação portuguesa na saúde”, onde inclui a” inclusão de pequenos projectos de cooperação em projectos mais abrangentes e com maior impacto potencial sobre a saúde global” (Gabinete técnico do PNS 2011-2016, p.20).

É importante salientar que os utentes de junta médica, ao abrigo dos acordos, não são considerados imigrantes, no entanto, não existe legislação específica para estes doentes.

Como refere Ramos (2009), as migrações e a diversidade cultural colocaram novos desafios à sociedade, ao estado e às políticas nos vários sectores, particularmente na saúde. A multiculturalidade exige actualmente a reformulação de políticas de forma a melhorar a saúde, a qualidade de vida, o acesso aos serviços públicos e a comunicação entre os vários grupos de profissionais implicados. As políticas sociais e os cuidados de saúde têm de ser humanizados e sensíveis às necessidades e aspirações dos grupos que servem, e culturalmente competentes (*ibidem*).

O acesso aos cuidados de saúde é um direito consagrado aos cidadãos, quer na Constituição da República, quer na Lei de Bases da Saúde. A Constituição da República Portuguesa, no nº1 do artigo 15º, estende aos estrangeiros que se encontram ou residem em Portugal, o gozo dos direitos e a sujeição aos deveres do cidadão Português.

A saúde tem carácter universal e não pode ser desviada por qualquer interpretação restritiva, devendo os preceitos constitucionais e legais relativos aos direitos fundamentais serem interpretados de harmonia com a Declaração Universal dos Direitos do Homem. O Despacho nº 25

360/2001 do Diário da República, no ponto 1, refere: “é facultado aos cidadãos estrangeiros que residam legalmente em Portugal, o acesso, em igualdade de tratamento aos beneficiários do SNS, aos cuidados de saúde e de assistência medicamentosa, prestados pelas instituições e serviços que constituem o SNS”.

A DGS (2011)⁴ Institui um código de identificação individual, que deverá integrar e acompanhar todo o processo clínico do utente proveniente dos PALOP, por acordo de cooperação no domínio de saúde, desde a sua entrada até à alta do Sistema Nacional de Saúde. Estes utentes estão sujeitos a regras de procedimento de acesso à organização que os distinguem de outros cidadãos estrangeiros, por aplicação dos acordos de cooperação. Desta forma, a DGS clarifica a situação destes doentes, permitindo às unidades prestadoras dos cuidados de saúde identificar os que estão abrangidos pelos acordos de cooperação no domínio da saúde, encaminhamento e acompanhamento clínico.

Assim, as crianças provenientes dos PALOP, ao abrigo dos acordos de cooperação no domínio da saúde, poderão e deverão ter acesso aos cuidados de saúde primários enquanto permanecem em Portugal, devendo o hospital receptor destas crianças enviar uma informação médica sobre a sua situação. O Centro de Saúde não pode recusar-se a prestar-lhes assistência, havendo a possibilidade de esta recusa ser até considerada uma violação a um dos direitos fundamentais, como seja o direito à saúde.

Verifica-se frequentemente que, após a conclusão do tratamento, muitos familiares, crianças e jovens não querem regressar ao país de origem, apontando como razões principais a dificuldade no acesso à saúde e medicamentos no país de proveniência, o que cria um fluxo migratório muito específico: “A imigração oriunda dos PALOP por via da saúde” (Henriques, 2010).

Perante a situação irregular das crianças, o Decreto-Lei nº67/2004 estabelece a criação de um registo de cidadãos estrangeiros menores em situação ilegal face ao regime jurídico de entrada e permanência de estrangeiros de território nacional. O Despacho nº25 360/2001 enquadra-se no estipulado pelo Decreto-Lei, pelo que as crianças menores de 16 anos têm acesso aos cuidados de saúde prestados pelo SNS, independentemente do seu estatuto jurídico.

Promover e proteger a saúde deverá constituir uma das preocupações dos enfermeiros, pelo que a educação deste grupo profissional acerca do trabalho com comunidades e grupos vulneráveis é fundamental. Nesta problemática devemos intervir de forma a assegurar a equidade no acesso aos serviços de saúde e influenciar políticas e programas dirigidos a este tipo de população (OE, 2004).

O DL nº167/2007 de 3 de Maio, criou o ACIDI, que é um instituto público dotado de autonomia administrativa, com o objectivo de colaborar na concepção, execução e avaliação das políticas

⁴ Circular nº6/2011 de 22/2/2011

públicas relevantes para a integração de imigrantes e das minorias étnicas, bem como o de promover o diálogo entre as diversas culturas, etnias e religiões. O gabinete de saúde do CNAI surgiu de uma parceria entre o ACIDI e o Ministério da Saúde /ARS Lx.

No gabinete de saúde do CNAI, a lei e o enquadramento legal são os principais instrumentos de trabalho. Este gabinete, com 3 enfermeiras, tem um trabalho de mediação com os serviços de saúde de forma a ser cumprida e aplicada a legislação em vigor. O gabinete centra as suas actividades na divulgação de informação aos imigrantes e instituições de saúde sobre os direitos e deveres destes utentes, de forma a garantir o acesso aos cuidados de saúde e potenciar a integração dos mesmos, através da melhoria das práticas e das condições de ingresso aos serviços, tentando eliminar barreiras legislativas, económicas, culturais e linguísticas. No entanto, recomenda: - que a legislação relativa ao acesso dos imigrantes ao SNS seja divulgada a estes e aos profissionais de saúde, através de vários canais de comunicação (folhetos, cartazes, *internet*); que seja feito o reforço de bolsa de tradutores e de mediadores socioculturais; se articule o Programa de Apoio a Doentes Estrangeiros (PADE) com as embaixadas dos PALOP, de forma a solucionar problemas dos doentes evacuados, dando, nomeadamente, a conhecer ainda no país de origem as condições de acesso à saúde em Portugal para futuros imigrantes (Backstrom; Carvalho; Inglês, 2009).

Dirigido especificamente aos utentes provenientes dos PALOP para tratamento médico, é criado o PADE, resultante de um acordo de cooperação entre o ACIDI e o Instituto de Segurança Social. Este programa destina-se a apoiar cidadãos e acompanhantes, que necessitem de tratamento - atestado por Junta Médica - em Portugal, ao abrigo dos acordos de cooperação no domínio da saúde e/ou se encontrem em situação de extrema pobreza e se debatam com problemas de alojamento, alimentação, necessidade de apoio psicológico e social. Visa assegurar a organização e gestão de um serviço que apoie esta população, facilitando a sua integração e implicando a colaboração de todos os agentes intervenientes.

Integrado no PADE, existe uma rede de casas para acolher estes utentes e acompanhantes, permitindo a gestão e acompanhamento de cada criança, jovem e família no país de origem, na permanência em Portugal e no fim do tratamento, o qual implica o regresso ao país de origem e sua reintegração, ou a integração em Portugal, caso o doente seja portador de uma autorização de residência⁵.

Muitas mais iniciativas vão sendo criadas, dirigidas à população em geral, de modo a reduzir as disparidades no acesso à saúde desta população. No entanto, ainda não foram criadas acções para as

⁵ Ao abrigo da lei nº123/2007 alínea g) do nº1 do artº 122 de 4 de Julho.

equipas multidisciplinares de saúde que lidam directamente com estes cidadãos, e com a sua integração no SNS.

A falta de informação, tanto por parte dos imigrantes, como dos profissionais de saúde que deles cuidam, foi identificada como um obstáculo no acesso e utilização dos cuidados de saúde. As informações produzidas não são sensíveis às diferenças culturais e linguísticas destes clientes e apenas são divulgadas nas instituições através de documentos internos (Fonseca e Silva, 2010).

O ACIDI está consciente desse obstáculo e tem desenvolvido esforços para melhorar a informação dos utentes imigrantes em diversas línguas. No entanto, a formação dos profissionais é actualmente inexistente, identificando-se esta necessidade concreta de forma a dotá-los de conhecimentos actuais e fundamentados sobre esta problemática (*ibidem*). Sensível a esta problemática, o Plano para Integração dos Imigrantes (PII), desenvolvido pela DGS, prevê a formação do pessoal administrativo e mediador sócio cultural nos centros de saúde das áreas com maior densidade populacional de imigrantes.

Fonseca e Silva (2010), após o seu estudo de investigação de natureza exploratória sobre: “Saúde e Imigração: Utentes e Serviços na Área de Influência do Centro de Saúde da Graça” recomenda várias acções para colmatarem as dificuldades indicadas:

- O reforço da divulgação e informação sobre a legislação geral e específica e os procedimentos que contemplem o acesso dos imigrantes ao SNS dirigidas a profissionais de saúde, imigrantes, instituições, juntas de freguesia.
- O desenvolvimento de programas de formação avançada em saúde e imigração envolvendo a equipa multidisciplinar dos centros de saúde, hospitais e instituições.
- A criação ou o reforço de uma bolsa de tradutores e mediadores socioculturais.
- Maior articulação entre o governo Português e as embaixadas e consulados dos PALOP, de forma a informar os doentes, ainda no país de origem, sobre as condições de acesso à saúde em Portuga
- Promover a cooperação e o diálogo entre instituições com responsabilidade na área da saúde e imigração
- Apoiar a realização de trabalhos de investigação na área e incentivar a colaboração entre investigadores na área das ciências da saúde e das ciências sociais.
- Adequar o sistema informativo das unidades de saúde de acordo com as alterações legislativas existentes.

As restrições no acesso aos cuidados de saúde podem incluir, entre outras causas, o idioma e cultura, a falta de conhecimentos e informações, a sensibilidade e preparação pessoal. Estas barreiras podem ter um impacto directo na qualidade dos cuidados (OE, 2011).

Esteves et al (2009, p.34) salientam que em Portugal o que mais afecta a qualidade dos serviços e os cuidados de saúde prestados aos estrangeiros se prende com: “O desconhecimento de aspectos culturais e de tradições das sociedades de origem, as dificuldades de comunicação por questões linguísticas, ausência e insipiência da informação disponível por parte dos prestadores de cuidados sobre os direitos e deveres, bem como dos serviços disponíveis para esta comunidade”, entre outras. O desconhecimento, por parte dos profissionais, de como o imigrante pode aceder aos cuidados de saúde, possibilita a criação de problemas de atendimento e de acessibilidade, pelo que o conhecimento da legislação, dos apoios e das diferentes culturas se torna fundamental para a prestação de cuidados culturalmente competentes (Ribeiro 2011).

A comunicação entre o profissional de saúde e o utente pode interferir no diagnóstico, no tratamento e na interpretação das queixas do doente, especialmente quando o utente e o profissional são de culturas diferentes (Ramos,2008).

A etnia e a cultura podem ter influência na acessibilidade e na qualidade dos cuidados de saúde que são prestados pelos serviços de saúde. A competência cultural e a comunicação eficaz promovem o sucesso do tratamento e a decisão consciente relativa aos cuidados de saúde (*Ibidem*).“É inerente à Enfermagem o respeito pelos direitos culturais, o direito à vida e à livre escolha, o direito à dignidade e a ser tratado com respeito” (OE,2011, citando ICN 2006).

A posição do ICN relativamente ao direito de informação actualizada no que se refere à promoção e à manutenção da saúde e à prevenção e tratamento da doença é a de que as pessoas têm direito a aceder à informação exacta e fiável, apropriada ao seu nível de compreensão e conhecimento, que lhes permita escolhas informadas e liberdade de decisão relativas à sua saúde. Esta informação, para doentes e prestadores de cuidados, deve ser adequada às suas necessidades e circunstâncias. Devem também explicar-se os riscos e benefícios das intervenções e opções dos cuidados de saúde ao doente e à família (Ordem dos enfermeiros, 2011).

A temática da saúde e imigração é muito recente, os estudos são raros e a informação disponível é muito limitada, encontrando-se dispersa por várias áreas científicas. No âmbito de promover e desenvolver esta temática, o Observatório da Imigração tem desenvolvido estudos e publicadas teses de mestrado e de doutoramento, concluído recentemente, que a abordam. Estes estudos foram realizados por investigadores que trabalham na área da medicina, sociologia, antropologia, geografia, saúde pública. Paralelamente, em meio académico, têm sido desenvolvidas várias acções que contemplam programas de formação sobre migrações e saúde.

2.2 – Enquadramento Conceptual

2.2.1 - Migração e Saúde

A palavra migração deriva do latim “migrare” que significa passar de um local para o outro.

O processo migratório coloca o migrante perante países, com culturas e línguas diferentes, que este tem de gerir. As mudanças são diversas: físicas, sociais, culturais, políticas, dando origem a alterações de hábitos e estilos de vida, as quais podem ter consequências positivas e negativas, podendo constituir todas elas um factor de “stress” (Ramos, 2009).

A aculturação é a adaptação do individuo a todas estas alterações, de forma a integrar-se numa nova cultura e numa nova sociedade.

A criança, o jovem e família que vem para Portugal por motivos de saúde vivem um processo migratório. Cada cultura tem o seu modo de lidar com a saúde, a doença e de cuidar destas.

“Em situações de migração certas práticas de cuidados mantêm-se, transformam-se ou perdem-se” (Ramos, 2008, p.64).

“Os migrantes são obrigados a fazer face ao isolamento, à solidão, à insegurança, e à incompreensão, a abandonar a família, os amigos, os locais conhecidos e seguros para enfrentarem, não apenas uma nova cultura e língua, novos hábitos culturais, sociais e religiosos mas, muitas vezes também a hostilidade, a discriminação, a insegurança e a indiferença da população, factores que vão influenciar na sua qualidade de vida e saúde física e mental, nomeadamente na depressão, tanto das crianças, como dos adultos” (Ramos, 2009, p.5, citando Coutinho, Franken & Ramos 2007 e 2008).

Torna-se actualmente urgente criar serviços de informação e acompanhamento destinados aos migrantes, de forma a torna-los conhecedores dos seus direitos e dos seus deveres, do acesso a estes, favorecendo a integração social e combatendo a imigração irregular (Ramos, 2008).

Na multiculturalidade, a comunicação em saúde tem de se adaptar às necessidades da criança, do jovem e família, tornando-se essencial para o sucesso do tratamento, informando e negociando comportamentos promotores de saúde. A qualidade da comunicação está directamente relacionada com a qualidade dos cuidados (*ibidem*).

2.2.2 – Competência Cultural

A cultura é definida como “os valores, crenças, normas e modos de vida de um determinado grupo, aprendidos, compartilhados e transmitidos e que orientam o seu pensamento, suas decisões e suas ações de maneira padronizada” (Leininger, 1991, citada por George et al, 2000, p.298).

As populações autóctones e migrantes necessitam de uma nova abordagem de cidadania que incorpore a diversidade cultural e os princípios dos direitos humanos, que promovam estratégias e políticas multiculturais condutoras do desenvolvimento, da liberdade e inclusão cultural (Ramos, 2008)

“A educação para a diversidade deve incluir a transformação de saberes e a promoção de atitudes que favoreçam a tolerância, o respeito pela diferença e o desenvolvimento das práticas de saúde congruentes com as realidades culturais” (Abreu 2003, p.212).

Actualmente, os profissionais de saúde prestam cuidados a pessoas e culturas diversas a nível primário, secundário e terciário, pelo que necessitam de informação culturalmente específica e de desenvolver capacidades neste âmbito de forma a poderem comunicar eficazmente com várias populações. Se os profissionais e os serviços forem competentes haverá uma maior procura destes em fases iniciais da doença, o que prevenirá certamente as complicações e os custos inerentes a estas (Paulanka e Purnel, 2010).

Na população migrante existem grupos particularmente vulneráveis, no âmbito da saúde, é o caso dos recém-chegados, dos que não dominam a língua, que desconhecem a cultura e os serviços de saúde. A comunicação em saúde torna-se fundamental de forma a informar e negociar comportamentos promotores de saúde (Ramos, 2008)

Os cuidados de saúde culturalmente competentes estão a transformar-se numa preocupação dos serviços de saúde e consumidores (Paulanka e Purnel, 2010).

A competência cultural, numa perspectiva de cuidados de enfermagem, refere-se a conhecimentos e habilidades desenvolvidas pelos enfermeiros, que permitem prestar cuidados congruentes com as crenças, os valores e as práticas culturais do utente. Nesta perspectiva, o modelo de Purnell de competência cultural “oferece uma estrutura global, sistemática e concisa para aprender e compreender a cultura” (*Ibid*, p.21). O modelo é representado por um círculo, com 4 circunferências exteriores que representam do exterior para o interior: a sociedade, a comunidade, a família, o individuo. O interior do círculo é dividido em 12 parcelas que representam os 12 domínios culturais que constituem a estrutura organizadora do modelo. No centro do círculo existe uma zona escura correspondente aos fenómenos desconhecidos.

Este modelo pode ajudar os enfermeiros a garantirem cuidados holísticos e culturalmente competentes. Segundo este modelo, o enfermeiro pode ser: inconscientemente incompetente (não ter conhecimento sobre a falta de conhecimento sobre outra cultura); conscientemente incompetente (ter conhecimento sobre a falta de conhecimento de outra cultura); conscientemente competente (aprender sobre a cultura do cliente verificando as generalizações sobre a cultura do cliente e oferecer intervenções culturalmente específica); inconscientemente competente (oferecer automaticamente cuidados culturalmente congruentes a utentes de diversas culturas).

2.2.3 – Teoria de Enfermagem Transcultural

A enfermagem transcultural desenvolveu-se com Leininger, definindo-se como uma área fundamental da enfermagem que estuda e compara as diferentes culturas do mundo e dirige a sua atenção ao cuidar, à assistência, aos valores, crenças e padrões de saúde e doença, incrementando conhecimentos e proporcionando práticas assistenciais de qualidade. A teoria tem como principal premissa que os indivíduos são indivisíveis dos seus antecedentes culturais e da sua estrutura social, histórica e ambiental. Em minha opinião, o desconhecimento da especificidade da sua diferença pode constituir o cerne das dificuldades sentidas ao cuidar destes utentes. É a teoria de enfermagem que se debruça sobre o universal e o diverso nos cuidados culturais, proporcionando conhecimentos que permitem prestar cuidados de enfermagem sensíveis, responsáveis e congruentes que conduzem ao bem-estar dos indivíduos, famílias e comunidade.

Leininger define saúde, mas não especificamente as concepções de Pessoa, Ambiente e Enfermagem. No entanto, a sua visão desses conceitos pode-se aferir, através das suas definições e pressupostos (George *et al*, 2000).

De acordo com Leininger e transportando os quatro conceitos do metaparadigma para o tema em estudo: **a pessoa** é a criança/o jovem/família proveniente dos PALOP com a capacidade de cuidar e ser cuidada; no entanto, de diferentes formas que variam com a sua cultura; **a saúde** é o que a traz a Portugal, estabelecendo muitas vezes a diferença entre a vida e a morte. É um bem universal nas diferentes culturas e, ao mesmo tempo, um bem diversificado, pois reflecte as crenças, os valores e as práticas da própria cultura; **o ambiente** é a diferença entre o ambiente de onde o utente provém (físico, ecológico, sociopolítico e cultural) e o ambiente que encontra no país acolhedor; **a enfermagem** é a ciência e a arte que é constituída por todos os profissionais que cuidam destas crianças/famílias e que tentam “encontrar” soluções para as dificuldades com as quais se deparam, tendo como objectivo a eficácia e a eficiência, o benefício alcançado e o benefício alcançável.

Utiliza três modos de actuação baseados numa abordagem holística e ecológica do utente: **preservação/manutenção** dos cuidados culturais, **adaptação/negociação** e **remodelação/reestruturação** de forma a atingir a qualidade dos cuidados de enfermagem com compreensão e respeito pelas crenças e práticas específicas da cultura do utente.

Leininger criou o Modelo de Sunrise, que representa o universo que o enfermeiro deve ter em conta para a prestação de cuidados e considera o homem inseparável da sua cultura e da sua estrutura social (fig. 1) Pode ser dividido em quatro níveis:

- Nível 1 – permite o estudo do significado e dos contributos do cuidado a partir de três perspectivas: a microperspectiva (dos indivíduos de uma cultura), a perspectiva intermédia (factores mais complexos de uma cultura específica) e a macroperspectiva (transversal a diversas culturas).
- Nível 2 – permite a colheita de informação sobre o utente, a família, o grupo e as instituições em diferentes sistemas de saúde.
- Nível 3 – permite a recolha de informação acerca dos sistemas popular, profissional e de enfermagem que actuam dentro dessa cultura.
- Nível 4 – corresponde ao patamar das decisões de cuidados de enfermagem (preservação/manutenção dos cuidados culturais, acomodação/negociação e repadronização/reestruturação cultural de cuidado).

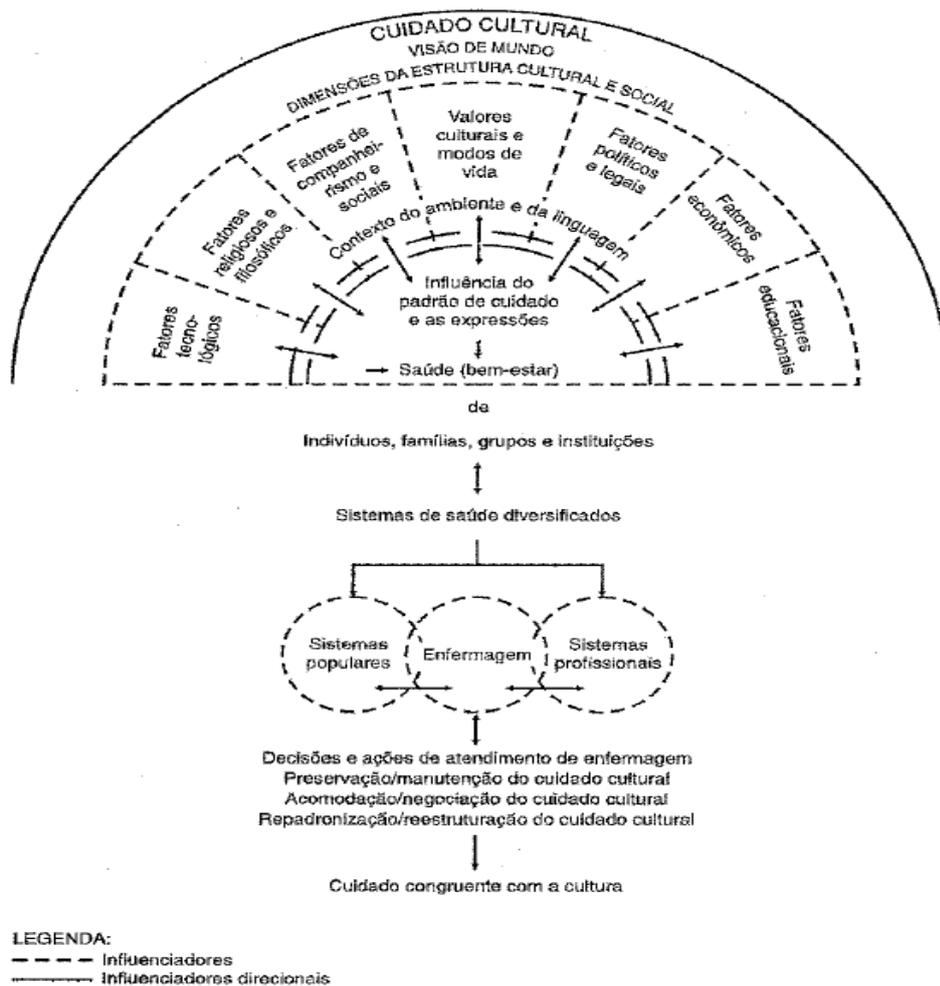


Fig 1 – Modelo Sunrise

Madeleine Leininger concebeu a sua teoria da diversidade e universalidade dos cuidados culturais com o modelo de Sunrise, o método de investigação de etnoenfermagem e o apoio da disciplina de antropologia (George, 1993). A diversidade étnica é um dos patrimónios da humanidade que devem ser preservados. Ao aproximar a enfermagem da antropologia (Leininger 1985, citada por Abreu, 2003,p.187), defendia que “culturas diferentes percebem, conhecem e praticam o cuidado de maneira diferente, apesar de haver pontos comuns no cuidado de todas as culturas do mundo”.

A humanização dos cuidados pressupõe: a empatia, a congruência e a escuta activa entre os profissionais de saúde e o utente. Tendo em conta a dimensão cultural da criança, do jovem e família, o enfermeiro, ao saber escutar, aprender e recomendar, assume uma atitude de humildade perante o utente, tendo consciência que, este lhe pode transmitir informações úteis e essenciais para prestar cuidados de enfermagem culturalmente congruentes. Os cuidados de enfermagem devem ser negociados para darem resposta às verdadeiras necessidades das crianças/famílias.

3 - ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Os diferentes locais de estágio permitiram-me adquirir vários contributos para o presente projecto. Foi minha preocupação planeá-los e seleccioná-los criteriosamente, de forma a permitirem desenvolver este projecto e, ao mesmo tempo, cumprir o plano de estudos delineado para o enfermeiro especialista, como preconizado pela Ordem dos Enfermeiros. Ao elaborar o “cronograma de estágios do 3º semestre” (Apêndice I), tive a preocupação de o fazer baseada em conhecimentos que me pudessem proporcionar uma maior experiência com estas crianças, jovens e famílias. Baseei-me em alguns trabalhos descritos na literatura sobre a temática em estudo, em algumas indicações de colegas e, até, em algumas notícias dos meios de comunicação social.

Tendo sempre presentes os objectivos gerais a que me propus e as competências de enfermeiro especialista a adquirir, elaborei alguns objectivos específicos transversais a todos os locais de estágio (Apêndice III), os quais me permitiram operacionalizar os primeiros. Desenvolvi actividades que me permitiram responder a estes objectivos, planeei as competências a desenvolver em cada campo de estágio e fui construindo um “diário de campo”, constituído por vários diários de aprendizagem, que relatam e reflectem sobre situações vividas e aprendizagens feitas neste percurso (Apêndice IV).

De forma a dar resposta ao 1º objectivo específico, senti a necessidade de pesquisar e descrever cada local de estágio, que incluí em cada reflexão crítica de estágio, construindo no final um trabalho que intitulei “descrição dos locais de estágio” (Apêndice V).

3.1 – Serviço de Nefrologia Pediátrica do Hospital de Santa Maria

O serviço de Nefrologia Pediátrica do Centro Hospitalar de Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria foi por mim seleccionado devido à elevada afluência de crianças, de jovens e famílias provenientes dos PALOP ao abrigo dos acordos de cooperação internacional, tendo-me sido dado a conhecer este facto através das colegas de curso que trabalham no Hospital, e de uma reportagem televisiva apresentada nos meios de comunicação social em 2009.

Com a finalidade de compreender a dinâmica funcional e metodologia de trabalho da equipa de enfermagem, iniciei em primeiro lugar uma pesquisa sobre o Hospital de Santa Maria, de forma a conhecer a sua história e missão, os serviços que o compõem e a sua articulação. Descrevi seguidamente o serviço onde estagiei, informação que fui obtendo através da minha integração nas

várias valências do serviço e na equipa multidisciplinar, no decorrer do estágio (Apêndice V, capítulo 1).

Ao reflectir sobre o papel do enfermeiro nesta unidade de cuidados, vocacionado para a prestação de cuidados à criança com doença crónica, percebi-me, desde o início, da dificuldade dos enfermeiros mais jovens compreenderem e aceitarem o processo que conduz a família da criança proveniente dos PALOP a não aderir ou a “descurar” os cuidados à criança e ao tratamento instituído. Alguns verbalizam até alguma revolta face a este facto, pois investiram grandemente para o sucesso do processo de tratamento, e veem-no algumas vezes em risco.

Os enfermeiros, já com alguma experiência neste campo, promovem a capacitação da família a cuidar da criança em casa no decorrer de todo o processo de internamento, tendo no entanto presentes todos os problemas e necessidades pelas quais a família passa, e as quais a podem conduzir a uma situação de maior vulnerabilidade e à não adesão completa e eficaz ao tratamento. É neste sentido que se tentam aproximar mais da criança, do jovem e família através da visita domiciliária com a UMAD, de forma a compreender quais os riscos que a criança e família correm e como a podem ajudar. Foi uma destas visitas, em que tive oportunidade de participar, que me conduziu à realização do 1º diário de aprendizagem (Apêndice 4, capítulo 1).

Como refere a Ordem dos Enfermeiros (2010 c, p.35), os utentes com doença crónica “necessitam de um nível de apoio alargado nas suas comunidades (...) carecem de aptidões de auto-cuidado associadas a um cuidado e tratamento proactivos, integrados, planeados, que prevejam as suas necessidades, de modo a que quaisquer alterações ou deterioração do seu estado possam ser rapidamente enfrentados antes de evoluírem para uma situação aguda”.

Tive também oportunidade de colaborar com a minha orientadora nos cuidados de enfermagem no “hospital de dia” e no serviço de internamento, participando activamente em todo o processo de capacitação da família o mais precocemente possível, iniciando este processo no internamento, continuando no “hospital de dia” e no próprio domicílio. Desta forma tive a oportunidade de promover a adaptação da criança, do jovem e família à doença crónica (E2.5), cuidando deste em situações complicadas de saúde e de vida que se traduzem por uma maior complexidade (E2) (OE, 2009b).

Ao conhecer os problemas e necessidades sentidas pela criança, pelo jovem, pela família proveniente dos PALOP, e pela equipa de enfermagem ao cuidar destas crianças, destes jovens e destas famílias, tive a oportunidade de encontrar uma realidade diferente da minha, o que implica diferentes necessidades dos utentes e diferentes formas de cuidar por parte da equipa de enfermagem e da equipa de saúde, envolvendo a intervenção de vários profissionais na continuidade de cuidados, como a equipa médica, assistente social, psicóloga, dietista, educadora de infância, o

que me deu a oportunidade de, em colaboração com a minha orientadora, diagnosticar precocemente e intervir nas situações de risco que pudessem afectar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança ou do jovem (E1.2), tendo a oportunidade de: “identificar situações de risco para a criança e jovem” (E1.2.4), “encaminhar as crianças doentes que necessitem de cuidados de outros profissionais” (E1.2.2) (OE 2009b).

Comparativamente à minha realidade, os problemas com que se deparam a crianças/família e os enfermeiros que delas cuidam são ligeiramente diferentes e, alguns, muito similares. Nesta Unidade os Utentes provenientes dos PALOP por motivos de saúde são, na sua maioria, portadores de uma doença crónica que a maior parte das vezes e após o tratamento instituído não lhes permitem o regresso ao país de origem em situação de segurança. Na população de doentes seguidos nesta Unidade só 2 destes regressaram. A estes utentes acaba por lhes ser atribuída a residência permanente em Portugal, adquirindo os mesmos direitos de todos os cidadãos nacionais. Logo, estes utentes e profissionais não se defrontam com o problema da ilegalidade por não regresso. No entanto, em ambos os Serviços nos deparamos com o problema da comunicação, da não adesão ao tratamento, do fraco ou inexistente apoio fornecido por algumas embaixadas, da vulnerabilidade da criança/família perante o fenómeno de migração e aculturação, de problemas de reinternamentos – por descompensação e pelo conseqüente aumento dos custos pessoais e de saúde a que esta situação conduz – e do deficit de conhecimentos da equipe de saúde sobre os direitos e deveres destes utentes, da sua cultura e de como comunicar com ela.

A O.E. (2010c) vem salientar que o problema da fraca adesão ao tratamento compromete a qualidade de vida dos doentes e desperdiça recursos de cuidados de saúde, e que esta é influenciada por diversos factores que interagem complexamente e onde se incluem: o baixo estatuto socioeconómico, o analfabetismo e educação limitada, o desemprego, a distância dos centros de tratamento, o custo elevado da medicação, as características da doença, a complexidade e duração do tratamento, as crenças culturais, pelo que os utentes necessitam de ser apoiados.

Sendo um dos meus objectivos de projecto participar, em colaboração com a enfermeira especialista, na formação de pares na temática em estudo, propus-me, com muito agrado da equipe, realizar uma formação sobre os acordos de cooperação internacional, sobre os problemas e necessidades sentidos pelos utentes e profissionais, partilhando experiências da minha realidade (Apêndice VI). Esta formação realizou-se no serviço, no dia 19 de Outubro, teve a presença não apenas da equipe de enfermagem, mas também das assistentes sociais do Hospital, de pessoal da “Casa do Gil” e de médicos. Aparentemente decorreu com muito interesse de todas as partes presentes, com entusiástica discussão no final, face à actualidade da problemática e ao interesse suscitado pela mesma, e partilha das diferentes experiências vivenciadas. Esta formação deu-me a

oportunidade de adquirir aprendizagens profissionais (D), desenvolvendo o autoconhecimento e assertividade (D1) e, através das pesquisas que fui fazendo, basear a *praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (D2) (OE, 2009b).

Elaborei também uma folha de orientação de terapêutica traduzida em várias línguas, destinada a estas crianças, estes jovens e famílias, que deixei como “contributo”, colaborando desta forma com os enfermeiros do serviço na capacitação da família, promovendo a adesão terapêutica, contribuindo para a gestão eficaz do autocuidado (Apêndice VII), em colaboração com a minha orientadora local para “criar e manter um ambiente terapêutico seguro” (B3) e desenvolvendo desta forma a competência no “domínio da melhoria contínua da qualidade” (B) (OE, 2009b).

Na última semana de estágio tive a oportunidade de participar no acolhimento de uma adolescente e família proveniente dos PALOP, que iria ser sujeita a transplante renal de dador vivo (a mãe). Foi algo que me tocou profundamente e que me levou a realizar outro incidente crítico que integrei no “diário de campo” (Apêndice IV, capítulo 2). Desta forma, prestei “cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da jovem”(E3), “comunicando com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e cultura” (E3.3) (OE, 2009b).

Como no serviço não existem trabalhos sobre multiculturalidade, penso ter sido importante iniciar a reflexão e sensibilizar a equipa para esta temática; apesar de delimitada aos utentes dos PALOP, esta é uma população considerável neste serviço. Os problemas sentidos pelos enfermeiros ao cuidar destes doentes e já referidos, como a fraca adesão ao tratamento e as dificuldades na comunicação, podem ser minimizados ou até ultrapassados se todos estivermos despertos para as suas possíveis causas e se em conjunto reflectirmos sobre as formas que nos conduzam a transpor estes obstáculos.

Como referiu Leininger no II Encontro Internacional de Enfermagem de Países de Língua Oficial Portuguesa, em 1997, “os enfermeiros têm de possuir conhecimentos e aptidões que lhes permitam lidar com pessoas de diversas culturas, com diversos estilos de vida, diferentes valores, diferentes crenças e diferentes expectativas face aos enfermeiros e aos prestadores de cuidados de saúde”, devendo adquirir conhecimentos capazes de proporcionar cuidados de enfermagem sensíveis, responsáveis e culturalmente congruentes que conduzam à saúde e ao bem-estar do indivíduo, da família, do grupo, da comunidade cultural (Leininger 1998).

Penso que, ao proporcionar, em colaboração com a minha enfermeira orientadora, a reflexão sobre as práticas, tomando consciência das nossas dificuldades e fragilidades consegui desenvolver uma prática profissional e ética no meu campo de intervenção” (A1) e “promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (A2) (OE 2009b).

3.2 – Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de Santa Maria

O serviço de Urgência de Pediatria do Centro Hospitalar de Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria foi por mim seleccionado por ser o local onde muitas vezes se realiza o 1º contacto entre a criança, o jovem e família proveniente dos PALOP e os serviços de saúde em Portugal. A criança, o jovem e família vêm directamente do aeroporto de Lisboa para este Serviço, devendo o transporte ser garantido pela embaixada, conforme o estipulado nos acordos de cooperação internacional entre Portugal e os PALOP. É, também, ao abrigo dos acordos de cooperação, que muitos utentes em tratamento em Portugal, que permanecem no país numa situação transitória de residência, ou, até mesmo, de ilegalidade, acorrem ao Serviço de Urgência Pediátrica por inúmeras causas, entre as quais as descompensações.

Esteves *et al.* (2009) referem que a população estrangeira prefere os serviços de urgência, pois estes permitem maior anonimato dos utentes e maior rapidez de atendimento e qualidade nos cuidados prestados, para além de não levantarem dificuldades no acesso aos mesmos, adoptando uma atitude menos controladora que os centros de saúde.

Enquanto permaneci no Serviço de Urgência, não tive a oportunidade de acolher nenhum utente proveniente directamente dos PALOP, apenas consegui acompanhar utentes já em tratamento e numa situação de residência em Portugal, os quais me permitiram aprofundar certas temáticas, como as implicações psicológicas, sociais, políticas da migração, da imigração, da cultura, da aculturação. Através das pesquisas que fui fazendo sobre estas temáticas, desenvolvi o autoconhecimento e a assertividade (D1), detendo uma elevada consciência de mim enquanto pessoa e enfermeiro, reconhecendo os meus recursos e limites pessoais e profissionais e facilitando a identificação de factores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e/ou a equipa multidisciplinar. (OE, 2009b).

No decorrer deste período, considero que consegui integrar-me na minha equipa e perceber o funcionamento do Serviço de Urgência como descrevo no (Apêndice V, capítulo 1).

A permanência da criança, do jovem, da família no serviço de urgência é muito curta, o que conduz a uma abordagem rápida, precisa e concisa por parte dos enfermeiros, que prestam cuidados à criança, ao jovem e família em situações de urgência/emergência, detectando possíveis riscos, e encaminham para outros serviços do hospital.

Ao colaborar na prestação de cuidados à criança e o jovem com a família que se dirigem ao serviço de urgência, assisti-os na maximização da sua saúde (E1) colaborando no diagnóstico precoce e intervenção nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida

ou a qualidade de vida da criança e do jovem (OE 2009b). A orientação transmitida à família, não apenas referente à situação de doença que traz a criança ao serviço de urgência, mas também relacionada com a promoção da saúde, e com a detecção de possíveis riscos são exemplo desta colaboração.

Foi na prestação destes cuidados de enfermagem que tive a oportunidade de colaborar, não apenas no acolhimento e acompanhamento da criança, do jovem e família proveniente dos PALOP, mas também de outros utentes pediátricos que recorrem ao serviço de urgência, constituindo este um dos meus objectivos de estágio.

Assim, em algumas situações, colaborei nos cuidados à criança, ao jovem e à família em situações graves de saúde e de especial complexidade (E2) (OE 2009b), foi o caso de utentes em situação crítica e em situações de suspeita de risco ou perigo de negligência e maus tratos. No entanto, a dinâmica do Serviço de Urgência, a rotatividade pelas diferentes áreas do Serviço (SO, Sala de tratamentos, Triagem, UCI, Sala de Técnicas de Pediatria) e o tempo de permanência dos utentes, apesar de me ter permitido o acompanhamento de alguns provenientes dos PALOP, apenas permitiram fazê-lo numa situação de “crise familiar”, sendo difícil trabalhar a comunicação neste contexto.

Apesar desse facto, foi possível perceber algumas necessidades demonstradas pela criança, pelo jovem, pela família proveniente dos PALOP, em diversas situações de legalidade em Portugal, que recorrem a este serviço numa situação de urgência/emergência. A adesão terapêutica demonstra-se um problema preocupante nesta população, provocando situações de descompensação em algumas doenças crónicas e colocando a criança e o jovem em risco. O problema da falta de adesão ao regime terapêutico deve-se, essencialmente, a problemas económicos provocado pela falta de apoios de algumas embaixadas, por dificuldades de comunicação entre a família e os técnicos de saúde, por dificuldades de acompanhamento destas famílias na comunidade face a um contexto de vida complexo que a situação de migração comporta e, também, devido à deficiente e por vezes inexistente articulação entre os hospitais e os centros de saúde de forma a garantir a continuidade dos cuidados. Segundo informação dos enfermeiros do Serviço de urgência, estas situações são, no entanto, trabalhadas pelos enfermeiros dos serviços de internamento para onde a criança geralmente é transferida.

Tive a oportunidade de acompanhar uma criança/família proveniente da Guiné – numa situação de residência desde 2008 em Portugal, por problema de saúde que não lhe permitiu o retorno ao país de origem – com suspeita de abuso sexual (Apêndice IV, capítulo 3). Foi uma circunstância que me permitiu perceber a articulação do Serviço de Urgência com outros serviços do hospital e da comunidade, assim como o funcionamento e articulação do NACJR. Esta ocasião permitiu-me

também reflectir sobre algumas dificuldades sentidas por estas crianças e famílias perante a necessidade de permanência e residência no país acolhedor (Portugal) e dos problemas de migração que lhe podem estar associados.

Colaborei na prestação de cuidados a um jovem e família natural de Cabo Verde, que veio para Portugal, não por motivo de saúde, mas num contexto de reagrupamento familiar, tratando-se de uma situação de migração, de choque cultural, permitindo-me a percepção das dificuldades que a família enfrenta e das consequências que estas podem ter no crescimento e desenvolvimento da criança, sobre o que elaborei um diário de aprendizagem (Apêndice IV, capítulo 4).

Ao colaborar na prestação de cuidados a estas crianças e famílias, ao reflectir conjuntamente com a minha orientadora e restante equipa sobre a situação destes utentes e sobre as práticas dos enfermeiros, contribuí para a criação e manutenção de um ambiente terapêutico seguro (B3), promovendo um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção do individuo (B 3.1), promovendo a sensibilidade, a consciência e respeito pela identidade cultural, como parte das percepções de segurança de um individuo/grupo (B 3.1.1) OE (2009b).

A equipa de enfermagem demonstra sensibilidade e abertura perante os problemas da imigração, da aculturação, de reintegração e integração destas crianças/famílias, no entanto, referem dificuldades de as cuidar na multiculturalidade, desconhecendo a legislação que as apoia, os seus direitos e os deveres, assim como o seu destino após a alta hospitalar. Toda a situação deste utente pediátrico é analisada em contexto rápido, que assim prevê um atendimento de urgência e apenas os problemas mais evidentes e mais graves passam à etapa da referenciação. Quando os enfermeiros suspeitam de um problema social encaminham-no directamente para a assistente social, dando por terminados os seus cuidados.

Nessa perspectiva, e após conversa com a minha orientadora, sendo um dos meus objectivos de estágio a colaboração na formação de pares através da partilha de experiências para acompanhamento destas crianças, destes jovens e famílias, achámos oportuno programar uma apresentação à equipa de enfermagem sobre os acordos de Cooperação Internacional e as dificuldades/ necessidades do utente proveniente dos PALOP e dos enfermeiros em o cuidar numa situação de urgência. Esta apresentação teve lugar no dia 4 e no dia 11 de Novembro no Serviço de Urgência Pediátrica (Apêndice VIII) tendo despertado a atenção e o interesse dos enfermeiros presentes, que salientaram a sua actualidade e pertinência, e pediram para a divulgar aos restantes elementos da equipa de enfermagem.

Desta forma baseei a *praxis* clinica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (D2), sendo facilitador (em colaboração com a orientadora local) da aprendizagem em contexto de trabalho na área de especialidade (D2.1), actuando como formador oportuno em contexto de

trabalho (D2.1.1), diagnosticando necessidades formativas (D2.1.2), favorecendo a aprendizagem (D2.1.4) (OE, 2009b). Colaborei na promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2), promovendo a protecção dos direitos humanos (A 2.1), promovendo na equipa de enfermagem onde estive inserida, o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação (A 2.1.2), o reconhecimento e a aceitação dos direitos dos outros (A 2.1.7), mantendo o processo efectivo de cuidados, quando confrontado por valores diferentes, como as diferentes percepções e representações de saúde/doença que se encontram nas diferentes culturas (A 2.1.8) (OE2009b).

Neste Serviço existem alguns “*posters*” expostos sobre trabalhos apresentados em jornadas, entre os quais destaco um sobre as “crianças evacuadas dos PALOP na urgência pediátrica”, o qual foi apresentado em 2007 nas XIV Jornadas de Pediatria do Hospital de Santa Maria pelos médicos da urgência e faz a caracterização demográfica dessas crianças que entraram através do Serviço de Urgência do Hospital de Santa Maria em 2006, identificando a patologia que os trouxe, assim como o destino após a alta deste Serviço. Como conclusão deste “*poster*”, a maioria das crianças evacuadas e que entraram pelo Serviço de Urgência foi oriunda de Cabo Verde, sendo a doença cardíaca o motivo de envio mais frequente. A maioria destes doentes mantém-se em Portugal durante um período prolongado, recorrendo posteriormente ao serviço de Urgência por outras causas. (Araújo *et al*, 2007).

Segundo um estudo feito por Henriques (2009), no Hospital Dona Estefânia, o tempo de espera entre a referenciação e a chegada a Portugal para tratamento foi de alguns meses e, nalguns casos, de anos, sendo que no referido estudo a maioria foi de 1 a 3 anos.

3.3 – Unidade de Neonatologia da Maternidade Alfredo da Costa

Ao escolher este campo de estágio, seleccionei a MAC por constituir uma das maternidades maiores do país e com um serviço de neonatologia abrangente e onde nascem muitos filhos de pais imigrantes e estrangeiros provenientes dos PALOP, perspectivando adquirir contributos para o meu projecto, trabalhando o cuidar na multiculturalidade direccionada para os migrantes provenientes destes Países Africanos.

No decorrer do estágio deparei-me com uma nova população de utentes que me surpreendeu: as utentes migrantes dos PALOP vindas para Portugal como turistas no último trimestre da gravidez com a perspectiva do nascimento e puerpério em Portugal. Estas utentes (mães grávidas) não vêm ao abrigo de nenhum acordo de cooperação internacional, fazendo parte da população estrangeira

que permanece em Portugal por um determinado período de tempo. Na sua generalidade são mães mais diferenciadas, com algum poder económico, e com formação académica, que se apoiam em familiares residentes. Como são grávidas, e posteriormente puérperas, têm direito a todos os cuidados de saúde e, de igual forma, os seus RN. É uma situação para mim completamente nova e sobre a qual nunca tinha pensado, mas que me levou a reflectir, pesquisar e questionar.

Estas mães consideram que o seu país não lhes garante condições de segurança durante e após o parto, pelo que se deslocam para Portugal para ter os filhos e, posteriormente, regressarem ao país de origem. Algumas das mães, com quem tive a oportunidade de conversar, referiram mesmo que, se os seus filhos pré termo não tivessem nascido em Portugal, não teriam sobrevivido no país donde provinham (sic). No caso do RN pré termo este é um ser fisiologicamente imaturo e vulnerável e a sua sobrevivência depende da diferenciação numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) (Blackburn,1998).

De uma forma um pouco intensiva, tentei conhecer o serviço de neonatologia da MAC, a sua dinâmica, alguns elementos da equipa, auxiliando-me no contacto directo com os profissionais, em pesquisa bibliográfica e informática e através da descrição do serviço que apresento (Apêndice V, capítulo 2), pelo que considero ter atingido o objectivo específico: “ compreender a dinâmica funcional e a metodologia de trabalho da equipa de enfermagem”.

Os problemas e necessidades sentidas pela família migrante dos PALOP numa Unidade de neonatologia prendem-se com problemas de comunicação, de ansiedade, de desconhecimento, de diferenças culturais e, em casos de famílias imigrantes, de desenraizamento, de isolamento, que segundo a assistente social da maternidade podem conduzir a problemas mentais na mãe, a negligência e até a maus tratos dos recém-nascidos.

Neste sentido é conveniente definir a diferença entre a família migrante e a família imigrante. A família migrante é aquela que por algum motivo se desloca de um local para o outro. A família imigrante é a que se desloca do seu país de origem para outro país por motivos laborais (Ramos, 2008).

Das entrevistas ocasionais com os enfermeiros, os problemas/ necessidades sentidas ao cuidar destas crianças e famílias são essencialmente relatados como os problemas de comunicação, mas percebe-se que existem problemas de choque cultural, relatados como dificuldades em “compreender a atitude da família”.

A comunicação possibilita a interacção entre os indivíduos, entre o individuo e a sociedade, entre o individuo e as instituições e entre a sociedade e a cultura, tornando-se assim um fenómeno social complexo e multidimensional intimamente ligado à cultura e sub cultura (Ramos 2008).

Dentro de cada cultura, existem variáveis culturais que afectam a comunicação verbal e não-verbal. As representações de saúde, doença, práticas de protecção de saúde, crenças, variam entre culturas e na própria cultura. Cada cultura tem o seu modo de lidar com a saúde, doença, e de cuidar destas. Como nos refere Ramos (2008), muitas das insatisfações no âmbito dos cuidados de saúde estão relacionadas com problemas de comunicação, estando estes relacionados com a falta de conhecimentos e o desrespeito por parte dos profissionais de saúde sobre crenças de saúde/doença e das relações com o mundo social, cultural e comunitário dos utentes. A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem alertado para a importância da integração da cultura no domínio da saúde, defendendo também a importância da integração das medicinas tradicionais nos sistemas de saúde (Ramos 2008).

A gravidez e a maternidade são alvo de diferentes crenças e mitos nas diferentes culturas, pelo que a educação para a saúde, baseada numa abordagem multicultural, seria de grande importância para se atingirem cuidados culturalmente competentes.

É através da interacção entre o RN e o cuidador, numa determinada realidade cultural e familiar, que se organizam os laços de vinculação e o RN estabelece as suas primeiras relações com o seu ambiente familiar e cultural (Ramos 2001). (...)“Em cada cultura o adulto que presta cuidados de *maternage* desenvolve um “estilo” próprio de comunicação com o bebé, e numa mesma cultura há diferenças no estilo de interacção materno e paterno com a criança” (*ibid*, p.160).

A utilização de um modelo de enfermagem, como o modelo de “Sunrise” de Leininger, poderia auxiliar a preservar, a negociar e a reestruturar o cuidado cultural de forma a conseguirmos cuidados culturalmente competentes. No entanto, neste serviço, apesar de já existirem dois enfermeiros que desenvolveram projectos sobre multiculturalidade no âmbito de especialidade e mestrado, ainda não existem normas ou trabalhos realizados sobre este tema.

Porém, ao observar certas técnicas de cuidados utilizados nesta Unidade como, por exemplo a “técnica de Canguru”, que promove a vinculação do recém-nascido com a mãe trazendo inúmeros benefícios para ambos, poderemos ser conduzidos a pensar que estamos perante uma técnica transcultural de cuidados (Apêndice IV, capítulo 5). Reflecti esta temática com a minha orientadora, promovendo a sensibilidade, consciência e respeito pela identidade como parte das percepções de segurança do recém-nascido e família (B 3.1.1) (OE, 2009b).

Nesta perspectiva, a amamentação também pode traduzir uma técnica transcultural de cuidados. A importância da educação para a saúde na promoção da amamentação, criando suportes culturais necessários para promover esta prática universalmente, é fundamental para a manutenção da saúde da díade (mãe-filho) (Bee, 2003).

No decorrer deste estágio tive oportunidade de prestar cuidados aos RN de alto risco e suas famílias em colaboração com a minha enfermeira orientadora que me despertou para todas as especificidades do cuidar neonatal. É algo muito importante, mas que requer a sensibilidade de um especialista já perito nesta área, cujo cuidar faz a diferença. O conhecimento profundo do bebé em todas as fases do seu desenvolvimento, desde a concepção, é fundamental para conseguir cuidar em neonatologia. A precisão e delicadeza de movimentos, a minúcia, transportam-nos para um cuidado “artístico”, com sabedoria, sensibilidade e amor. Assim, assisti a criança e família na maximização da sua saúde (E1), Implementando e gerindo, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade (E 1.1), Diagnosticando precocemente e intervindo nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou a qualidade de vida do RN e da sua família (E 1.2). Colaborei nos cuidados ao RN de alto risco, e de risco em neonatologia, traduzindo situações de especial complexidade como é o caso dos RN prematuros e grandes prematuros (E2), mobilizando conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória (E2.1). Prestei cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento do RN (E3): promovendo a vinculação de forma sistemática, em RN com necessidades especiais (E 3.2), comunicando com a família de forma apropriada à sua cultura (E 3.3) OE (2009b).

O acompanhamento da criança e da família durante todo o processo de internamento tornam-se fundamentais de forma a promover o desenvolvimento de mecanismos capazes de estabelecer a interacção mãe-filho precocemente, envolvendo os pais nos cuidados e permitindo a continuação do processo de vinculação através do ver, ouvir, tocar e cuidar. Desta forma, os pais são inicialmente encorajados a permanecerem junto do bebé, a interagir gradualmente com ele e, finalmente, a prestar-lhe cuidados de higiene e alimentação. Aprendem a conhecer o RN, a interagir com ele de forma adequada e oportuna, minimizando sentimentos de incapacidade geradores de grande ansiedade, e são ajudados a preparar-se para cuidar do seu filho em segurança após a alta, fortalecendo os laços que os unem.

A equipa de enfermagem atribui grande importância à promoção da interacção mãe-bebé, desenvolvendo projectos neste sentido (técnica de Canguru, espaço amamentação, plano de acções de formação para pais).

O serviço articula-se directamente com o serviço de obstetrícia, sala de partos e cesarianas, serviço de puerpério onde existe o “espaço bebé”, “espaço amamentação”, serviço social e com a consulta de desenvolvimento onde os bebés são posteriormente seguidos. No entanto, na Maternidade, a articulação entre serviços e entre equipas de toda a instituição é uma realidade presente. Quando

necessário, o serviço articula-se com outros médicos do Centro Hospitalar de Lisboa Central ou de outras instituições, funcionando como médicos consultores das diferentes especialidades.

Todos os bebés que a equipa considera que necessitam de encaminhamento para a comunidade são referenciados ao serviço social. É este o caso das crianças e famílias provenientes de outras culturas que, por este facto, são muitas vezes consideradas famílias com necessidade de acompanhamento. No serviço social são analisados os casos em presença dos familiares e referenciados pela assistente social para o centro de saúde, sempre que considere necessário. É de salientar a inexistência de um profissional de enfermagem neste processo, ou da não envolvência dos enfermeiros na articulação com a comunidade, demonstrando o seu desinvestimento na continuidade dos cuidados.

Na maternidade existe também um serviço de psicologia que apoia as puérperas e grávidas quando solicitado pela equipa de médica e de enfermagem, um serviço de fisioterapia que segue o RN prematuro e um serviço de voluntariado detentor de um projecto intitulado o “banco do bebé”, composto por uma equipa multiprofissional, constituída por médico, psicóloga, fisioterapeuta, assistente social, voluntárias, destinado a apoiar famílias carenciadas. Esta equipa actualmente não tem enfermeira. É este serviço da maternidade que faz a visitação domiciliária a famílias carenciadas e em risco e articula com o Serviço de Neonatologia, Consulta de Desenvolvimento e Centro de Saúde da área. Geralmente são as voluntárias, sem preparação especial, que fazem a visitação e que, quando detectam algum problema, o expõem em reunião semanal da equipa, onde está presente a enfermeira chefe da neonatologia, que tenta solucionar as situações anómalas, referenciando ao centro de saúde da área de residência e, em casos de risco ou perigo de negligência ou maus tratos, ao Núcleo de Crianças e jovens em Risco.

É de lamentar que alguns destes projectos, que prestam um grande serviço e apoio à comunidade, vão perdendo profissionais de enfermagem devido à crise económica e aos cortes orçamentais, com consequentes medidas de redução de pessoal, pondo em risco o seu funcionamento e até proporcionando o encerramento de certos espaços. É exemplo o “espaço bebé” que encerrará até ao final do ano devido à redução de enfermeiros contratados.

A maternidade tem também um Núcleo de Crianças e jovens em Risco (NCJR), funcionando com uma equipa multidisciplinar da qual faz parte a enfermeira chefe da Neonatologia. Esta equipa reúne semanalmente, sendo apresentados todos os novos casos de RN que a equipa de enfermagem do serviço considere estarem numa situação de risco.

No decurso deste estágio fiz várias pesquisas sobre migrações, saúde, interculturalidade, selecionei um estudo mais aprofundado da teoria da diversidade e universalidade dos cuidados desenvolvidos por Madeleine Leininger, e adquiri novos conhecimentos sobre a área específica de neonatologia e dos cuidados ao RN prematuro, desenvolvendo o autoconhecimento e a assertividade (D1) e

“reconhecendo os meus limites pessoais e profissionais” (D 1.1.3), suportei a prática clínica na investigação e conhecimento (D 2.2), de forma a “facilitar a identificação de factores que podem interferir no relacionamento com o cliente” (OE, 2009b).

3.4 – Centro Nacional de Apoio ao Imigrante – Gabinete de Saúde

Conhecer e analisar a legislação de apoio a esta problemática, num serviço único destinado ao encaminhamento destas situações, e numa forma diferente de cuidar em enfermagem, foram factores que me conduziram a experienciar este campo de estágio; no entanto, não imaginava a existência de um projecto tão abrangente e inovador do ACIDI – o CNAI, pelo que necessitei de compreender a sua dinâmica funcional e a metodologia de trabalho da equipa de enfermagem, através da pesquisa bibliográfica, informática e presencial (Apêndice V, capítulo 3).

A equipa de enfermagem é composta por 3 enfermeiras (das quais, 1 enfermeira chefe especialista em saúde mental e 2 enfermeira generalistas). Neste Gabinete de Saúde não é utilizado nenhum referencial teórico de enfermagem, no entanto, e após conhecer o seu trabalho através da observação do cuidar dos utentes em situações específicas, pude constatar que a teórica por mim estudada – Madeleine Leininger – se adapta perfeitamente à forma de trabalhar a multiculturalidade adoptada pela equipa de enfermagem no CNAI, onde os cuidados são diferentes em cada cultura, que é respeitada, e simultaneamente transversais a todas as culturas. Respeita-se a individualidade de cada um, as suas crenças, os seus valores mas, ao mesmo tempo, procuram-se cuidados universais que respondam aos problemas. Onde o “Emic” está presente e se tenta aproximar do “Etic” do utente. Este projecto permite a aplicação do modelo de “Sunrise” e é exemplo, ao nível 3 deste modelo, da aceitação, da acomodação e da repadronização dos cuidados. Penso que estamos em presença de um cuidar culturalmente competente, no qual este modelo se retracta. Em discussão com as enfermeiras referi este facto, e propus-me elaborar, em conjunto com a colega que também se encontrava a estagiar no CNAI, um “*poster*” (Apêndice IX) que analisa o trabalho do Gabinete de Saúde à luz do modelo teórico de Madeleine Leininger.

A equipa de enfermagem do gabinete de Saúde do CNAI necessita de possuir competências pessoais, técnicas e sócio relacionais, pois só desta forma consegue ultrapassar obstáculos. A assertividade, a capacidade de resistir à frustração, a persuasão, o conhecimento da legislação e das culturas, a comunicação eficaz, capacidade de escuta, a empatia são atributos fundamentais para trabalhar neste local (Carvalho e Horta,2007). A comunicação com os utentes, tendo presente uma relação de ajuda efectiva, onde a escuta activa, a aceitação, a congruência são evidentes, o

conhecimento de toda a estrutura do projecto CNAI de forma a articular com todos os recursos disponíveis, o papel de formação a outros profissionais de saúde sobre os direitos e deveres destes utentes, sobre a legislação de apoio e os recursos disponíveis, são formas de cuidar numa perspectiva holística, um cuidar multicultural que prima pela diferença, por um trabalho autónomo da enfermagem, por um verdadeiro trabalho de equipa entre parceiros no cuidar.

Os principais problemas e necessidades sentidas pela equipa do gabinete de saúde são: a falta de conhecimento por parte dos profissionais de saúde acerca da legislação, dificuldades de acesso a cuidados de saúde por estrangeiros em situação irregular e seus filhos menores, doenças crónicas, carência socioeconómica e dificuldades várias dos doentes dos PALOP ao abrigo dos Acordos de cooperação Internacional no domínio da saúde (*ibidem*).

Um estudo feito, no Gabinete de Saúde do CNAI, que procurou compreender alguns problemas enfrentados pelos imigrantes no acesso à saúde, mostrou que estão ligados ao desconhecimento dos direitos, deveres, e do funcionamento do SNS, a obstáculos burocráticos relacionados com condição irregular de permanência no país, e que aparecem também inúmeros doentes ao abrigo dos acordos de cooperação na saúde a necessitar de apoio financeiro e social devido ao incumprimento destes por parte de algumas embaixadas (Backstrom, Carvalho, Inglês, 2009). “Alguns dos problemas estão relacionados com a falta de conhecimentos da legislação Portuguesa tanto por parte dos imigrantes, como por parte dos profissionais de saúde” (*ibidem*, p.72). Neste sentido também Esteves *et al* (2009) referem que os principais problemas enfrentados pela equipa de enfermagem ao cuidar destes utentes se relacionam com o desconhecimento jurídico ou com a sua deficiente interpretação por parte dos profissionais de saúde, com o incumprimento de algumas embaixadas, com o desconhecimento da legislação portuguesa e do acesso ao SNS por parte dos estrangeiros.

No CNAI existem inúmeros trabalhos sobre migração, saúde, multiculturalidade, estando disponíveis no centro de documentação e recursos, podendo uns ser lá consultados e alguns disponibilizados. O gabinete de saúde tem alguns trabalhos publicados na revista “Migrações” e no Boletim Informativo (BI) e divulga o seu trabalho em acções de formação em diversas entidades (escolas, instituições, fundações, associações) quando solicitado.

Ao deslocarem-se a diversas instituições quando solicitadas para formar os profissionais de saúde que lidam com estes utentes, as enfermeiras do CNAI reiteram os princípios e promovem os direitos humanos e a equidade, os quais estão incluídos no código de ética de enfermagem, que aborda directamente as questões da equidade e do acesso aos serviços de saúde (OE, 2011).

O Gabinete de Saúde articula-se com os diversos gabinetes do CNAI, com os Centros Locais de Apoio ao Imigrante (CLAI), Embaixadas, Centros de Saúde, Instituições e Consulados. São muitas

vezes discutidos casos entre gabinetes, procurando a melhor solução enquadrada na legislação portuguesa em vigor, nos direitos e nos deveres dos utentes.

Ao informar o utente que recorre ao gabinete de saúde, ao comunicar com este, ao acompanhá-lo e ao encaminhá-lo, as enfermeiras cuidam-no. É um trabalho autónomo da equipa de enfermagem, desempenhando um importante papel na resolução de problemas relacionados com o acesso dos estrangeiros (em situação regular ou irregular) e dos doentes dos PALOP, ao abrigo dos Acordos de Cooperação, aos cuidados de saúde. O diálogo com outras Instituições (ARS de todo o país, Centros de Saúde, Hospitais, IPSS, Centros Locais de Apoio ao Imigrante (CLAI), Representações consulares de alguns países, Instituições religiosas, ONG promotoras de saúde,...) auxiliam a encontrar soluções conjuntas para cuidar destes utentes.

As enfermeiras do Gabinete de saúde usam o conhecimento da cultura, para praticar um cuidado culturalmente congruente e responsável. Este conhecimento é central para o ensino e a prática de enfermagem, visto que a cultura e o cuidar são os meios mais alargados e holísticos de conceptualizar e compreender as pessoas (Leininger 1995).

Em todos os atendimentos a que assisti no Gabinete de Saúde a estrangeiros e imigrantes, pude constatar a preocupação da equipa em esclarecer as dúvidas, e em solucionar os problemas que levaram o utente a este local, coordenando todos os gabinetes do CNAI necessários, de forma a responder às suas necessidades. O esclarecimento e informação dos direitos do utente conseguem antecipar problemas, prevenir situações de vulnerabilidade, permitindo desta forma cuidar, tendo presente uma visão holística da pessoa como ser único. Todos os casos que recorrem ao Gabinete de Saúde são registados, assim como todos os encaminhamentos feitos, permitindo o seguimento do utente através de um processo único. No final de cada ano procede-se a uma análise concisa dos problemas e necessidades dos migrantes e das dificuldades sentidas pela equipa de enfermagem, sendo estas tratadas por alguns investigadores que se dedicam ao estudo da temática, sendo estes estudos posteriormente publicados em livros e publicações periódicas do ACIDI. As enfermeiras deste Gabinete são co-autoras ou autoras de alguns deles, os quais podem ser consultados na biblioteca do CNAI e na *internet*. Estamos em presença de um projecto inovador e, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2009c), a inovação surge como uma forma de dar resposta a um problema ou necessidade e consiste em transformar uma boa ideia na acção, melhorando a qualidade dos cuidados.“ (...) a inovação ocorre no contexto de, e em resposta a, um ambiente partilhado, à natureza desse ambiente irá afectar a probabilidade de surgirem inovações de valor e de estas serem ou não adoptadas” *ibidem* (p.31).

Durante este período de tempo saliento um atendimento de um pai guineense que, ao abrigo dos acordos de cooperação, veio para Portugal para acompanhar o filho doente, o qual necessitava de

uma cirurgia. A criança foi operada e teve alta, sendo encaminhada para o país de origem. O pai não queria regressar e, após alguns meses, dirigiu-se ao gabinete de saúde a pedir auxílio. A enfermeira explicou-lhe os seus direitos, os seus deveres e, como a sua autorização de permanência no país já não se encontrava válida, encaminhou-o ao Gabinete Jurídico e ao SEF a fim de resolver a situação perante o enquadramento legal em vigor. Este pai não queria regressar porque tinha empenhado os seus bens no país de origem para conseguir vir para Portugal e, agora, temia pela sua segurança e da sua família. Foi então encaminhado ao PADE que prevê a reintegração destes utentes no país de origem e foi também contactada a Embaixada da Guiné. Esta situação foi acompanhada, encontrando-se actualmente esta criança e família em vias de ser reintegradas pelo referido programa.

Num dos outros atendimentos, a que assisti, a imigrantes chineses que recorreram ao gabinete de saúde, por alegados problemas com o centro de saúde relacionados com a recusa de observação médica por parte da utente, a minha enfermeira orientadora necessitou de perceber os factores culturais que levavam a utente a esta recusa. Como era difícil a comunicação, mesmo com a utilização do serviço de tradução telefónica, a enfermeira recorreu a uma funcionária do CNAI de nacionalidade chinesa que explicou que a cultura da utente apenas aceitava ser observada por um clínico do mesmo sexo, pelo que telefonou para o centro de saúde comunicando à chefia de enfermagem o facto e programando uma consulta com uma médica que observasse a utente.

Neste estágio, consegui desenvolver competências através da observação participante da prestação de cuidados de enfermagem ao imigrante em geral. Ao consultar bibliografia de apoio, a legislação em vigor, ao assistir a cada atendimento de enfermagem, consegui, apesar de encontrar algumas dificuldades em analisar a legislação face a cada situação de atendimento que assisti, desenvolver o autoconhecimento e a assertividade (D1) através da pesquisa bibliográfica no centro de documentação, do esclarecimento de dúvidas com as enfermeiras e com o jurista do CNAI, facilitando a identificação de factores que podem interferir no relacionamento com o utente pediátrico e sua família e a equipa multidisciplinar (D 1.1.1), reconhecendo os meus recursos e limites pessoais e profissionais (D 1.1.3). Geri respostas de elevada adaptabilidade individual (D 1.2) as quais me auxiliaram a reunir a teoria na prática de cuidados, desenvolvendo a congruência entre auto e hétero percepção (D 1.2.1), gerindo sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente (D1.2.2) (OE, 2009b).

3.5 – Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Dona Estefânia

Ao seleccionar este campo de estágio, num serviço de ortopedia pediátrica, fui motivada por um artigo: “ A Criança dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa no Hospital...e depois?”, que encontrei numa revista de enfermagem, escrito por duas enfermeiras que trabalham neste local, constituindo este o único registo encontrado nas diversas bases de dados que consultei, e que se refere às crianças, aos jovens e famílias provenientes dos PALOP por motivos de saúde (Apêndice II). A temática relaciona-se com as dificuldades sentidas pela equipa de enfermagem quando estas crianças têm alta do Hospital, e com o seu encaminhamento para os variados centros de saúde da área de residência. Ao ler este artigo, retracei a realidade do serviço onde trabalho, com as minhas próprias dificuldades ao cuidar destas crianças, destes jovens e famílias.

Ao conhecer o serviço e a equipa de enfermagem, tive a oportunidade de compreender a sua dinâmica funcional e a metodologia de trabalho (Apêndice V, capítulo 4).

Ao iniciar este estágio baseei a minha *praxis* clínica e especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (D2) através da pesquisa bibliográfica que fui construindo e da formação no CNAI, apercebendo-me das minhas limitações e dificuldades detive uma elevada consciência de mim enquanto pessoa e enfermeira (D 1.1) (OE, 2009b).

Durante este espaço de tempo prestei cuidados a uma jovem e família natural de Cabo Verde, que se encontrava internada no serviço ao abrigo dos acordos de cooperação internacional. Foi a única utente que tive nesta situação, apesar de ter conhecimento que esta população de utentes é frequente. Esta menina, que se encontrava hospitalizada há 3 meses por fractura patológica do fémur esquerdo sobre osteomielite crónica tendo sido submetida a colocação de um fixador externo, tinha uma previsão de alta próxima, pelo que tive a oportunidade de a preparar, assim como à família, para a alta, de conhecer os seus receios.

Uma das dificuldades da equipa de enfermagem prende-se com o encaminhamento destas utentes para os cuidados na comunidade, nomeadamente para os Centros de Saúde que muitas vezes não as querem inscrever. Esta foi a razão da criação, em 2009, de um projecto de articulação com os Centros de Saúde, de modo que o atendimento à criança fosse feito em tempo útil, assegurando a continuidade dos cuidados de acordo com o artigo 9º da Carta da Criança Hospitalizada (IAC,2008) e descongestionando os serviços de urgência dos hospitais centrais em caso de doença aguda. No entanto, vários obstáculos foram encontrados por parte dos Centros de Saúde: “os centros de saúde informaram-nos que estas crianças/famílias têm direito somente à vacinação (...) e não à vigilância de saúde, quer médica, quer de enfermagem” (Alves e Namora, 2009, p.20), pelo que o problema

foi colocado ao Dr. Luís Varandas (pediatra do hospital) que se disponibilizou a acompanhar estas crianças na consulta de pediatria do Hospital *ibidem* (2009).

Um estudo realizado por Andrade (2008) sobre a geografia da saúde da população imigrante na área metropolitana de Lisboa, refere que o acesso e utilização por parte dos estrangeiros aos cuidados de saúde dependem de vários factores como o género, o grupo etário, o nível de escolaridade, a proximidade da área de residência, os acessos, o número de profissionais de saúde, as próprias características do SNS (burocracia, horário, a desadaptação à cultura Africana, as próprias barreiras por parte da população estrangeira como a ausência de hábitos de promoção de saúde e de prevenção de doença, as dificuldades linguísticas e as situações de ilegalidade. Desta forma esta população recorre à assistência médica principalmente em situações de doença e de urgência. A par destas dificuldades comuns sentidas pela equipa de enfermagem e pelas crianças, os jovens e as famílias, as saudades “da terra” e da família alargada, as dificuldades de comunicação e de se orientar num país diferente, com uma cultura distinta, são alguns dos problemas referidos por estes utentes. Adaptar-se a um novo país numa situação de migração pode causar “stress” associado a perdas respeitantes à família, a amigos, à cultura, à linguagem, à posição social, à segurança física. Quando a situação de migração é resultante da doença de um filho pode gerar situações de perda de segurança que, igualmente, conduz ao “stress”, ansiedade e perda de autoconfiança (Dewes, Leite e Muhlen, 2010).

Ao prestar cuidados a esta jovem e família, ao incentivar a mãe a envolver-se na participação nos cuidados, ao informá-la sobre a articulação de cuidados com a comunidade após a alta, assisti-as no sentido da maximização da sua saúde (E1), diagnosticando precocemente e intervindo em situações de risco que pudessem afectar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança e do jovem (E 1.2), promovendo a adaptação da criança e do jovem e família à doença crónica, deficiência, incapacidade (E 2.5), comunicando com a criança/família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (E 3.3) OE (2009b).

A equipa de enfermagem deste Serviço refere como problemas ao cuidar destes utentes, a dificuldade de comunicação, o choque cultural, o deficit de conhecimentos sobre multiculturalidade. Segundo informação de enfermeiros que investiram nesta temática, alguns colegas não sentem a necessidade de conhecer os direitos e os deveres destas crianças e famílias simplesmente porque não os conhecem, não relacionando a necessidade do seu conhecimento com a ajuda para a resolução dos problemas destes utentes, e com uma melhor forma de cuidar. Estamos perante uma verdadeira necessidade de tornar os enfermeiros sensíveis a esta temática numa perspectiva multicultural de cuidados.

Perante esse facto, e tendo presente um dos objectivos de estágio, propus-me, em concordância com a minha enfermeira orientadora, programar uma acção de formação que proporcionasse a partilha de experiências para acompanhamento destes utentes em Portugal, contribuindo para a sensibilização de alguns enfermeiros para esta temática (Apêndice X). A ideia foi muito bem acolhida pela chefia de enfermagem, que propôs a sua divulgação a nível hospitalar de forma a possibilitar a assistência de um maior número de enfermeiros.

Em 2010 o número de pedidos de 1ª consulta para crianças provenientes dos PALOP no HDE foi, segundo informação do Serviço de Gestão de Doentes, de 180 e, segundo informação do serviço de Estatística do Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC), o número total de doentes internados durante o ano de 2010 no serviço de Ortopedia Pediátrica foi de 848, sendo 51 provenientes dos PALOP, o que corresponde a cerca de 6% do total de doentes. Destes 51 doentes, 8 entraram pela urgência, 29 pela consulta externa e 14 por transferência de outro serviço. Estes números justificam a pertinência da acção de formação nesta área face a uma população real, pois constitui um grupo de utentes que poderão ser vulneráveis, pelo que a sensibilidade da equipa de saúde para esta problemática poderá proporcionar um melhor nível de cuidados e um cuidar culturalmente competente.

A comparação das diferentes realidades encontradas com esta população, nos diferentes contextos e nos diferentes hospitais, poderá levar os enfermeiros a pensar e a repensar conjuntamente estratégias para ultrapassar as dificuldades e minimizar os problemas destes utentes.

A acção de formação realizou-se com sucesso, no entanto com uma assistência de apenas 6 enfermeiros, o que pode comprovar a pouca sensibilização da equipa do Hospital Dona Estefânia para a formação nesta problemática. No final, a avaliação da sessão feita pelos enfermeiros reconheceu a pertinência a importância da formação nesta área. Torna-se necessário no futuro, proporcionar a reflexão de casos reais e práticos, de forma a incentivar o interesse pela temática em maior número de enfermeiros.

A troca de experiências com pares com realidades diferentes, mas com problemas idênticos, permitiu o desenvolvimento das competências descritas e a promoção e incentivo de um cuidar mais consciente e informado para prevenir possíveis situações de risco, promovendo a adaptação da criança, do jovem e da família a uma nova situação de vida e integrando o utente a todos os níveis: psico social espiritual e cultural, indo ao encontro de uma das competências que me propus adquirir neste estágio: “a promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção da criança e da família (B 3.1) (OE, 2009b).

3.6 – Unidade de Cuidados Saúde Personalizados da Alameda

A UCSP da Alameda foi por mim escolhida por constituir um dos centros de saúde da região de Lisboa com grande afluência de população imigrante, tendo algumas crianças e famílias provenientes dos PALOP. Algumas casas de acolhimento destes utentes pertencem à sua zona de abrangência.

Ao iniciar o estágio na UCSP da Alameda, e sendo um dos meus objectivos gerais o “desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e família proveniente dos PALOP”, senti a necessidade de conhecer a nova organização do SNS e, correspondentemente, da integração dos Centros de Saúde nos Agrupamentos, bem como a sua composição, seu modo de organização e funcionamento. Consultei o Decreto-lei nº28/2008 de 22 de Fevereiro que concebeu os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e esclareci algumas dúvidas com as enfermeiras da UCSP da Alameda. Pude então perceber a composição do ACES da Grande Lisboa III Central, a dinâmica funcional da UCSP da Alameda, a composição da equipa de enfermagem nos diferentes programas e a metodologia de trabalho utilizada pelos enfermeiros no Programa de Saúde Infantil e Juvenil, o que auxiliou a minha integração nesta unidade e na equipa de enfermagem (Apêndice V, capítulo 5).

Um estudo realizado por Fonseca e Silva (2010) refere que, em 2008, no 3º Agrupamento de Centros de Saúde do Concelho de Lisboa, onde se inclui a UCSP da Alameda, num total de 252804 utentes inscritos, 5881 eram imigrantes, o que corresponde a uma percentagem de 2,3%, sendo a maioria de utentes estrangeiros residentes sem acordo de saúde. A nacionalidade predominante era a brasileira, seguida dos utentes dos PALOP.

No programa de Saúde Infantil e Juvenil desta UCSP existem 4 enfermeiros, 2 na sala de Saúde Infantil e 2 na sala de vacinação. Vou descrever apenas o trabalho das enfermeiras da sala de Saúde Infantil que foi onde me fixei, face à temática em estudo. Neste Programa, os enfermeiros fazem cerca de 200 atendimentos de enfermagem por mês. No ano de 2011 realizaram 331 atendimentos de enfermagem de 1ª vez e 298 testes de “Guthrie” (dados aproximados fornecidos pelas enfermeiras do serviço). A filosofia de cuidados utilizada é a dos cuidados centrados na família.

Colaborei com a minha enfermeira orientadora na prestação de cuidados a crianças que recorriam à UCSP em situações de doença aguda, de vigilância de saúde e de esclarecimento de dúvidas, tendo presentes os valores culturais e as vivências que pudessem influenciar a prestação de cuidados, promovendo o desenvolvimento infantil nas diferentes faixas etárias, a vinculação, a alimentação

diversificada, a imunização, prevenindo o risco e capacitando a família para um cuidar atento, consciente e informado.

Durante o período em que estive na UCSP da Alameda, tive apenas a oportunidade de prestar cuidados a uma criança e família imigrante proveniente dos PALOP, que recorreu ao Programa de Saúde Infantil e Juvenil numa situação de doença aguda. Foi uma situação em que fiz o acolhimento da criança e família, reflectindo conjuntamente com a enfermeira orientadora sobre as causas que conduziram esta criança à situação de doença e que levaram esta mãe a descurar os cuidados ao filho, dando-me a oportunidade de orientar a criança e família para o seu autocuidado e capacitar a mãe para um cuidar mais consciente e competente. Sobre esta situação de cuidados elaborei uma reflexão (Apêndice IV, capítulo 6). Colaborei com as enfermeiras no atendimento de enfermagem de inúmeras crianças de famílias migrantes de diversas nacionalidades e com diferentes culturas, participando na avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, despistando possíveis alterações susceptíveis de trazer problemas à criança/família.

Ao prestar cuidados de enfermagem à criança, ao jovem e família em colaboração com as enfermeiras especialistas deste programa, tive a oportunidade de rever mais pormenorizadamente alguns dos meus conhecimentos, apoiando-me no Programa de Saúde Infantil e Juvenil da DGS e nos Guias Orientadores de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica publicada pela Ordem dos enfermeiros em 2010. Tive a oportunidade de comunicar com a criança e família de forma apropriada ao seu estadio de desenvolvimento e à sua cultura (E3.3), promovendo o crescimento e o desenvolvimento infantil (E3.1), diagnosticando e intervindo em situações de risco que pudessem afectar negativamente a vida e a qualidade de vida da criança e do jovem (E1.2) OE (2009). Neste último ponto dou especial atenção ao conteúdo do Apêndice 4, que me permitiu analisar uma situação susceptível de afectar a saúde da criança.

Realizei também pesquisas sobre migrações, imigração e saúde, cuidados de saúde primários, programa nacional de vacinação, desenvolvimento infantil e legislação de apoio. No decorrer deste estágio, fui-me apercebendo de algumas das minhas dificuldades pelo que as tentei ultrapassar com o estudo e pesquisa. Considero que ao conhecer as minhas limitações, procurei deter uma elevada consciência de mim enquanto pessoa e enfermeira (D1.1), baseando a minha *praxis* clinica e especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (D2) OE (2009b).

Ao conhecer os problemas e necessidades relatados pelos enfermeiros ao cuidar das crianças e famílias provenientes dos PALOP, através das conversas informais que se proporcionaram, estes, tal como noutros contextos já referidos, relacionam-se com problemas de comunicação, de desconhecimento da legislação referente a esta problemática, do desconhecimento dos direitos e deveres destes utentes e da sua cultura. As dificuldades referidas vão ao encontro das descritas na

pesquisa bibliográfica. Como nos refere Ribeiro (2011): o desconhecimento da possibilidade de acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde, por parte dos profissionais, pode criar problemas de atendimento e de acessibilidade, pelo que o conhecimento da legislação, dos apoios, assim como das especificidades das diferentes culturas se torna fundamental para a prestação de cuidados culturalmente competentes.

Numa revisão de literatura, realizada em 2011 por Ribeiro, sobre os cuidados de saúde primários a imigrantes e sobre a imigração em Portugal, este autor conclui que em Portugal os cuidados de saúde estão centrados em maiorias e não em minorias e é urgente que estes sejam reorganizados de forma a estas minorias não serem excluídas dos cuidados de saúde. (...)“A prática de uma cultura integrante implica uma mudança de paradigma considerando que o outro diferente será o ponto de partida” (Ribeiro, 2011, p.469)

Ao contactar a criança, o jovem, a família proveniente dos PALOP, na UCSP da Alameda, pude aperceber-me apenas de problemas de comunicação, falta de apoios e desconhecimento dos deveres pelo facto de a única criança que cuidei nesta situação ser imigrante e já conhecer os seus direitos, no entanto, e segundo a descrição dos enfermeiros, estas famílias encontram barreiras no acesso aos cuidados de saúde, tendo a equipa da UCSP dificuldade em desbloqueá-los, o que vai ao encontro do que nos refere Ribeiro (2011): apesar dos cuidados de saúde serem disponibilizados pela legislação Portuguesa a toda a população nacional ou estrangeira, verifica-se que certos grupos da população não têm acesso facilitado a estes. O autor dá como exemplo a população migrante que não conhece os seus direitos, os locais onde se dirigir, o que conduz à necessidade de informação eficaz e culturalmente adequada, acrescentando que “a adopção de boas práticas na saúde relativamente aos migrantes deve ser fruto de uma reflexão consciente e responsável sobre o que temos, o que fazemos e o que deveríamos e poderíamos fazer” (*ibidem* p464).

Na UCSP da Alameda existem alguns trabalhos realizados no programa de saúde Infantil e juvenil como o “Guia de Consulta de Saúde Infantil”, “Guia de Integração de novos Enfermeiros” e vários folhetos informativos para entregar aos pais, realizados por enfermeiros. Não existem trabalhos ou projectos sobre multiculturalidade. No entanto, como nos refere Franco (2009), o enfermeiro de saúde comunitária deve ser sensível à multiculturalidade, pois é cada vez mais frequente os utentes pertencerem a diferentes raças, culturas, religiões e nacionalidades, proporcionando um confronto entre formas diferentes de estar e de viver, diferentes hábitos e costumes, mitos, crenças, linguagem, comportamentos, os quais estão relacionados com as suas experiências de vida pelo que devem ser respeitados e aceites.

Perante esta realidade, e tendo presente um dos meus objectivos “a partilha de experiências com pares para acompanhamento destes utentes durante o tratamento em Portugal”, propus-me, em

colaboração com a minha enfermeira orientadora, realizar uma formação em serviço dirigida à equipa de enfermagem e aberta a toda a equipa de saúde desta UCSP sobre o “Acompanhamento da criança, do jovem e família proveniente dos PALOP durante o tratamento em Portugal” (Apêndice XI), o que foi muito bem aceite. Nela participaram 7 enfermeiros do serviço e 2 estudantes de enfermagem (4º ano da licenciatura), referindo os enfermeiros, no final da sessão, a pertinência do tema e salientando a importância do conhecimento dos direitos e deveres destes utentes para a qualidade dos cuidados de enfermagem e para um cuidar culturalmente competente.

Com esta formação consegui criar um espaço de reflexão onde se promoveu um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção da criança, do jovem e da família (B3.1, in OE, 2009b), apelando à sensibilidade para os problemas e necessidades da criança, do jovem, da família de um grupo cultural diferente e promover a protecção dos direitos humanos (A 2.1, in OE, 2009b), baseando os cuidados nas necessidades de saúde de uma população culturalmente diferente.

3.7 – Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta

O Serviço de Cardiologia Pediátrica é o local onde exerço a minha actividade profissional há alguns anos, conhecendo, como tal, a sua realidade e algumas dificuldades dos enfermeiros e utentes.

Desde há muitos anos que este Serviço recebe crianças, jovens e famílias provenientes dos PALOP através do acordo de cooperação internacional no domínio da saúde, sendo sentidas, há longa data, as dificuldades explanadas por estes utentes e pelos profissionais que os cuidam.

As dificuldades de comunicação entre estes utentes e enfermeiros, as diferenças culturais, de crenças e valores, o desconhecimento dos acordos de cooperação, dos direitos e deveres, as diferentes concepções de saúde/doença, conduzem a dificuldades acrescidas na compreensão destes utentes, o que interfere no seu cuidar.

É necessário compreender os valores, respeitar os direitos, as crenças e religião dos utentes e ter presente que as nossas dificuldades de comunicação podem prejudicar o processo terapêutico de pessoas com outra cultura (Lopes *et al*, 2009).

A par destas dificuldades, o não cumprimento dos acordos por parte de algumas embaixadas, o desconhecimento do Sistema Nacional de Saúde Português por parte dos utentes, conduzem a problemas económicos e à não adesão ao tratamento, o que pode pôr em causa a saúde e todo o investimento feito pelos profissionais de saúde e pelos próprios governos. Os problemas de ilegalidade, por não regresso ao país de origem findo o processo de tratamento, constituem outro

problema com o qual nos deparamos face à situação de vulnerabilidade a que estes utentes ficam sujeitos.

Lopes *et al* (2009) referem que as dificuldades de barreiras linguísticas, de aceder a informação relevante, de utilizar o sistema de saúde, de fazer cumprir a lei conduzem ao recurso ao hospital em situação de urgência e risco elevado.

São estas dificuldades sentidas pelos enfermeiros que os têm conduzido à elaboração de alguns trabalhos feitos no âmbito do curso de licenciatura, de complemento e, até, de mestrado em enfermagem que promovam um cuidar competente e uma maior qualidade nos cuidados de enfermagem. Temas como a comunicação com o utente proveniente dos PALOP (em 2003 duas enfermeiras elaboraram um dicionário de crioulo), a adesão terapêutica (em 2011 uma enfermeira desenvolveu o seu trabalho de mestrado em enfermagem neste âmbito), as vivências emocionais e sentimentos dos enfermeiros que cuidam destas crianças/famílias (duas enfermeiras elaboraram um trabalho de investigação sobre este tema durante o curso de complemento em enfermagem), têm sido alvo destes trabalhos.

“A prestação de serviços culturalmente adaptados deve ser uma preocupação dos profissionais e das organizações de saúde” (Lopes *et al*, 2009, p.54).

Sendo um dos objectivos gerais que me propus: “desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e família proveniente dos PALOP, a frequência deste curso, conduziu-me a construir este projecto: “Acompanhamento da criança, do jovem e família com cardiopatia proveniente dos PALOP durante o tratamento em Portugal”, de forma a auxiliar a prestação de cuidados culturalmente sensíveis, o que é aliás reconhecida como competência do enfermeiro de cuidados gerais pela Ordem dos Enfermeiros.

Como nos refere Lopes *et al* (2009, p.105) “ É preciso ir ao encontro desta população para levar a informação e os cuidados de saúde até eles”.

Os contributos que fui adquirindo nos diversos locais de estágio por onde passei, ajudando simultaneamente alguns, para uma maior sensibilização e conhecimento da temática em estudo, permitiram-me ir construindo este projecto de forma a conseguir o “acompanhamento” da criança, do jovem e da família, pelos enfermeiros do Serviço.

Como refere Hesbeen (2004): uma prática associada ao cuidar, é a ajuda que se dispensa à pessoa na situação particular de vida em que se encontra.

Durante o período em que estagiei no Serviço onde trabalho, tive a oportunidade de prestar cuidados a algumas crianças, jovens e famílias provenientes dos PALOP, no internamento e no ambulatório através da consulta externa. Foi com alguma satisfação que me apercebi que os enfermeiros do serviço, e outros técnicos de saúde, se dirigiram a mim para esclarecer situações

referentes a estes utentes, e para tomar decisões éticas. Exemplo desta situação é a decisão de enviar utentes, que permanecem em Portugal há alguns anos, para o país de origem, por, actualmente já existirem nos PALOP os meios para os tratarem e a sua situação actual já não obstar ao seu regresso. Senti assim que desenvolvi uma prática profissional e ética no meu campo de intervenção (A), liderando de forma efectiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na minha área de especialidade (A 1.3). A análise e discussão destas situações, em conjunto com a equipa de saúde, permitiu-me criar e manter um ambiente terapêutico e seguro (B3), promovendo um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos e do grupo (B 3.1 *in* OE, 2009b).

Cuidar implica “caminhar com”, o que implica duas etapas que se complementam e são indissociáveis: - o encontro e o acompanhamento. O encontro entre o cuidador e quem é cuidado implica “tecer laços de confiança”. Para que isto aconteça o enfermeiro tem de diminuir os sentimentos de apreensão ou de hostilidade experimentados pelo utente perante ambientes desconhecidos, agressivos ou assustadores. Um acolhimento caloroso, com pequenas e simples informações, ouvindo as expectativas do utente e as suas preocupações, pode gerar um clima de confiança mútua. Após este encontro em que se tecem “laços de confiança” segue-se o “acompanhamento” da pessoa na “sua caminhada”. No entanto, só uma caminhada que faça sentido para a vida do utente poderá ter adesão e participação (Hesbeen 2004).

“Caminhar com” o utente e família durante o tratamento em Portugal prevê o acolhimento ao chegar ao hospital, o “tecer laços de confiança” durante todo o processo de tratamento proporcionando uma caminhada apoiada e com sentido, de forma a proporcionar um total acompanhamento.

Nesta perspectiva elaborei, com o auxílio de alguns enfermeiros, uma folha de acolhimento, destinada a esta população de utentes, baseada no modelo de “Sunrise” que permita colher todas as informações sobre a criança, o jovem e família integrada na sua cultura, construindo as decisões e acções de atendimento de enfermagem que conduzam a um cuidar congruente com a cultura (Apêndice XII)

O conhecimento cultural fornece aos enfermeiros os elementos organizadores das culturas e as informações actuais acerca do que é necessário para prestar cuidados de enfermagem eficazes (Leininger 1988).

Considero que, ao elaborar esta folha de acolhimento, otimizei o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão (C1.1), intervindo e melhorando a informação para o processo de cuidar, os diagnósticos de enfermagem, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar (C 1.1.3 *in* OE, 2009).

“Numa perspectiva holística, o enfermeiro conhece o cliente alvo dos seus cuidados e realiza um plano de cuidados de excelência, tomando a pessoa como um todo e respeitando a sua integridade” (Lopes *et al*, 2009, p.61).

A elaboração de um folheto informativo foi outro dos instrumentos que construí, de forma a informar os familiares sobre os seus direitos e sobre os acordos de cooperação, contendo também alguns contactos úteis. Foi minha preocupação a sua redacção em português e tradução em crioulo, de forma a informar o utente e funcionar como um instrumento de apoio à equipa de enfermagem que, em caso de dúvida, o poderá também consultar. Para a tradução recorri a uma utente da Guiné Bissau e à Linha de Tradução Telefónica do CNAI (Apêndice XIII e XIV). Os utentes da Guiné Bissau são os que apresentam maiores dificuldades de comunicação devido ao dialecto.

A elaboração deste folheto promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos/grupo (B 3.1), promovendo a sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural como parte das percepções de segurança de um individuo/grupo (B 3.1.1 *in* OE, 2009b).

A produção de material informativo nas línguas estrangeiras mais frequentes no contexto, facilita o acesso e a utilização dos serviços de saúde (Lopes *et al*, 2009).

A construção de uma “folha de articulação de cuidados de enfermagem”, perspectivando a articulação de cuidados hospitalares com os cuidados na comunidade, constituiu outro dos instrumentos a colocar em prática (Apêndice XV)

Esta “folha de articulação” reconhece quando negociar com, ou referenciar para outros prestadores de saúde (C 1.1.4 *in* OE, 2009b), otimizando também o processo de cuidados.

Além destes instrumentos de trabalho, a construção de um “dossier” que permaneça no serviço com material de suporte e de apoio a esta temática (contendo os acordos de cooperação, a legislação de apoio, os contactos dos centros de saúde e bibliografia relacionada) para consulta de toda a equipa de saúde foi outro legado que deixei no serviço, promovendo a protecção dos direitos humanos (A 2.1) através do respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação na equipa de enfermagem do Serviço de Cardiologia Pediátrica, do respeito pelos valores, costumes, crenças e práticas específicas das crianças, jovens e famílias, reconhecendo e aceitando os direitos dos outros, mantendo um processo efectivo de cuidado quando confrontado com valores diferentes (A 2.1.2, A 2.1.6, A 2.1.7, A2.1.8 *in* OE, 2009b).

A apresentação e proposta do projecto a desenvolver foi feita numa formação em serviço, no dia 24 de Fevereiro de 2012 (Apêndice XVI), tendo sido aceite pelos elementos de enfermagem presentes, dando-se início à sua implementação experimental desde esta data e propondo-se o agendamento de reuniões mensais para discussão e ajustamento.

Responsabilizei-me por ser facilitadora da aprendizagem em contexto de trabalho (D 2.1), actuando como formadora oportuna (D 2.1), diagnosticando necessidades formativas (D2.1.2), concedendo e gerindo programas formativos (D 2.1.4), favorecendo a aprendizagem e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros (A 2.1.4) e avaliando o impacto da formação (A 2.1.5 *in* OE 2009b).

Este projecto permitiu-me:

- Implementar e gerir, em parceria, um plano promotor da parentalidade, da capacidade de gerir o regime de reinserção social da criança e do jovem (E 1.1), salientando a comunicação com a criança, o jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade, estadio de desenvolvimento e cultura (E 1.1.2) como é exemplo o brincar e o jogo, proporcionando conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças, aos jovens e famílias, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença (E 1.1.4), avaliando a estrutura e o contexto do sistema familiar (E 1.1.6), estabelecendo e mantendo redes de recursos de suporte à criança, ao jovem e família com necessidade de cuidados (E 1.1.7, *in* OE, 2009b)
- Promover a adaptação da criança, do jovem e família à doença crónica (E2.5), diagnosticando as necessidades especiais e incapacidades na criança e no jovem (E 2.5.1 *in* OE, 2009b).
- Comunicar com a criança e família de forma apropriada à cultura (E 3.3), relacionando-me com a criança, jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura (E 3.3.2 *in* OE, 2009b).

Como referem Sloat e Matsura (1990) a comunicação e a cultura “andam de mãos dadas”, uma vez que é através da comunicação que a cultura perdura de geração em geração.

4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A profissão de enfermagem é uma profissão que valoriza o cuidar e a relação interpessoal e respeita os valores e a cultura do utente, sendo um dos seus objectivos finais o autocuidado. Os diferentes campos de estágio contribuíram para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista de saúde infantil e pediatria, e para a construção do presente relatório, permitindo a análise reflexiva das práticas, articulando os contributos adquiridos na componente teórica do curso, com a bibliografia consultada. Por isso, considero ter atingido os objectivos que me propus.

A temática escolhida centra-se no cuidar multicultural, numa população direccionada para a cultura dos PALOP, para as políticas de saúde que sustentam a realidade destes utentes, e para os problemas e necessidades sentidas por estas crianças, jovens e famílias e pelos profissionais que os cuidam.

Segundo o REPE o enfermeiro especialista é: “(...) o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem, ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (Decreto-Lei nº161/96 de 4 de Setembro alterado pelo Decreto-lei nº104/98 de 21 de Abril, capítulo II, artigo 4º, nº3)

A carreira de enfermagem (Decreto-Lei nº437/91 de 8 de Novembro, no nº3, alínea a) define como função do enfermeiro especialista: “prestar os cuidados de enfermagem que requeiram um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, actuando, especificamente, junto do utente em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui”.

O desempenho do enfermeiro em pediatria relaciona-se com a ajuda à família em crise, capacitando-a para se ajustar à doença da criança e do jovem, ou a outros acontecimentos de vida, desenvolvendo as competências parentais, devendo garantir os cuidados centrados na família, reconhecendo-a como a melhor prestadora de cuidados à criança e como parceira no cuidar. O papel do enfermeiro, em particular do enfermeiro especialista, passa por garantir que a escolha dos pais recaia sempre no interesse dos filhos e não nos seus próprios interesses. Assim deve ajudar, se necessário, a desenvolver na família competências de negociação, de desenvolvimento do papel parental, de tomar decisões informadas e conscientes que promovam o crescimento e desenvolvimento e que garantam a protecção dos direitos da criança. Como se encontra disposto no artigo 8º, alínea 1) do Decreto-Lei nº161/96 de 4 de Setembro “os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”.

Durante todo este meu percurso, pude conhecer as dificuldades destes utentes e dos enfermeiros ao cuidar destas crianças, destes jovens e famílias.

Da troca de ideias com estes utentes, de um modo geral e tal como referido na literatura consultada, as suas dificuldades relacionam-se com problemas de comunicação, desconhecimento dos acordos de cooperação e do Sistema Nacional de Saúde Português, das barreiras encontradas no acesso aos cuidados de saúde, do incumprimento dos acordos por parte de algumas embaixadas e da sua cultura de saúde.

Comparando as dificuldades/ necessidades dos enfermeiros que cuidam destes utentes nos diferentes contextos de estágio, pude compreender que estas se prendem essencialmente com problemas de comunicação, de desconhecimento dos direitos e deveres destes doentes, e dos recursos de que podem dispor para ultrapassar algumas dificuldades.

Perante esta perspectiva, estabelecer uma relação com estes utentes, “caminhar com” eles, acompanhá-los durante o processo de tratamento e, se necessário, capacitando a família a cuidar da criança ou do jovem é o desafio para a enfermagem.

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: “o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (famílias ou comunidades)” (OE, 2001).

Como nos refere Hesbeen (2001, p.52) “uma prática de cuidados de qualidade é aquela que faz sentido para a situação que a pessoa doente está a viver e que tem como perspectivas que ela, bem como os que a rodeiam, alcancem a saúde”.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, definidos em 2001 pela Ordem dos Enfermeiros, preconizam que na procura permanente de excelência no exercício profissional o enfermeiro:

- ✓ Persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes - o que, no acompanhamento da criança/família proveniente dos PALOP, deverá respeitar todas as suas capacidades, crenças, valores e desejos envolvendo-se e estabelecendo parcerias com a criança, o jovem e família, planeando o processo de cuidados tendo como objectivo minimizar o impacto negativo pela mudança de ambiente devido à necessidade de cuidados de saúde
- ✓ Ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde – através da identificação da situação de saúde, dos recursos disponíveis, da promoção da saúde e do fornecimento de informação.
- ✓ Previne complicações para a saúde dos clientes - através da identificação dos problemas da criança, do jovem e família de modo a prescrever intervenções de enfermagem e a referenciar situações para outros profissionais.

- ✓ Maximiza o bem-estar e suplementa/complementa as actividades de vida em que o cliente é dependente
- ✓ Desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde.
- ✓ Promove a continuidade do processo de cuidados, planeia a alta mobilizando os recursos existentes conforme as necessidades, rentabilizando-os, otimiza as capacidades da família para gerir o regime terapêutico e ensina e treina o cliente família para se readaptar à nova situação.
- ✓ Maximiza a eficácia na organização dos cuidados de enfermagem

(Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Durante este meu percurso, as dificuldades encontradas relacionam-se com a sobrecarga de horário de forma a trabalhar e cumprir simultaneamente as horas de estágio, com a escassa e dispersa bibliografia encontrada e com a própria complexidade da situação destes utentes.

No entanto tenho a noção que o trabalho desenvolvido irá ser apenas o início de uma longa caminhada, pois o processo de ensino é, de acordo com Pinheiro e Ramos (1996), como fazer um enxerto numa planta, um processo lento e subtil que requer uma preocupação muito grande com a planta. Nada pode ser forçado, caso contrário cai-se no risco de se transformar a intervenção num “enxerto difícil” que necessita de alguns esforços para vir a ter sucesso.

5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 📖 Abreu, Wilson C. (2003) – **Saúde, doença e diversidade cultural – Pensar a complexidade dos cuidados a partir das memórias culturais.** Lisboa: Instituto Piaget. ISBN: 972-771-638-5
- 📖 Albuquerque, M *et al* (2009) – Intervenção do enfermeiro na promoção da interacção mãe-bebé. **Revista Referência**, II série. Nº9. Março 2009 p.15-26
- 📖 Alligood, Martha R; Tomey, Ann M. (2004) – **Teóricas de Enfermagem e sua Obra** (Modelos e Teorias de Enfermagem), 5ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-74-6
- 📖 Alves C; Namora, A. (2009) – A criança dos Países Africanos de Língua Oficial portuguesa no Hospital... e depois? **Revista Nursing** nº253 Janeiro 2010 Ano 22 ISSN 0871-6196
- 📖 Anacleto, V. et al (2009) – A Criança Imigrante num Serviço de Pediatria: que problemas sociais? **Acta Médica Portuguesa**; 22:743-748 in www.actamedicaportuguesa.com acedido em 16/02/2012
- 📖 Andrade, I. (2008) – **Geografia da Saúde da População Imigrante na Área Metropolitana de Lisboa.** Lisboa. ACIDI. ISBN 978-989-8000-55-2
- 📖 Araújo et al (2007) – As Crianças Evacuadas dos PALOP na Urgência Pediátrica – **Poster apresentado nas XIV jornadas de Pediatria do Hospital de Santa Maria.**
- 📖 Backstrom, B; Carvalho, A; Inglês, U. (2009) – Imigração e saúde – O Gabinete de Saúde do CNAI enquanto Observatório para o estudo das condições de acesso dos imigrantes aos serviços de saúde. *in* **Revista Migrações** nº4. Abril 2009 ISSN 1646-8104
- 📖 Bee, Helen (2003) – **A Criança em Desenvolvimento.** 9ª Edição, Porto Alegre: Artmed ISBN 85-7307-884-7
- 📖 Blackburn, Susan (1998) – Environmental Impact of the NICU on Developmental Outcomes. **Journal of Pediatric Nursing.** Vol13. Nº5, p.279-289
- 📖 Brazelton, T. (1995) **O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos.** Lisboa: Editorial Presença ISBN972-23-1930-2
- 📖 Carvalho, A; Horta R; (2007) – O Gabinete de Saúde do Centro Nacional de Apoio ao Imigrante: uma estratégia de acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde *in* **Revista Migrações** nº1. Setembro 2007 ISSN 1646-8104
- 📖 Correia et al (2001) – Os Enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Volume Temático 2 ISSN 0870-9025
- 📖 Decreto-Lei nº24/1977, Diário da República I Série A de 3/03/1977 p.363-366

- 📖 Decreto-Lei nº25/1977, Diário da República I Série A de 3/03/1977 p.365-366
- 📖 Decreto-Lei nº129/80, Diário da República I Série A de 18/11/1980 p.3902
- 📖 Decreto-Lei nº39/1984, Diário da República I Série A de 12/07/1984 p.2201-2204
- 📖 Decreto-Lei nº 437/1991, Diário da República I Série A 257 de 08/11/1991, p.5723 a 5741
- 📖 Decreto-lei nº257/1991, Diário da República, I Série A de 8/11/1991
- 📖 Decreto-Lei nº44/1992, Diário da República I Série A de 21/10/1992 p. 4898-4900
- 📖 Decreto-Lei nº 161/1996, Diário da República I Série A 205 de 04/09/1996, p.2959-2962
- 📖 Decreto-Lei nº 104/1998, Diário da República I Série A 205 de 21/04/1998, p. 1739-1757
- 📖 Decreto-Lei nº 558/1999 Diário da República Capítulo III de 17/12/1999.
- 📖 Despacho nº25 360/2001, Diário da República, II série de 12/12/2001 p.20597-20598
- 📖 Decreto-Lei nº67/2004, Diário da República, I série A de 25/03/2004 p.1798
- 📖 Decreto-Lei nº167/2007, Diário da República I série 75 (17-04-07) p.2417 a 2418
- 📖 Decreto-Lei nº 28/2008, Diário da República I série 38 (22-02-08) p. 1182-1189
- 📖 Decreto-Lei nº248/2009, Diário da República I série A 184/09 de 11/09/2009 p.6761-6765
- 📖 Dewes, D; Leite, J; Muhlen, B; (2010) – Stress e processo de adaptação em pessoas que mudam de país: uma revisão de literatura. **Ciência em Movimento**. Ano XII, nº24 2010
acedido em http://www.metodista.br/revistas/revistas-ipa/index_php/EUM/article/view/File/61/36 consultado em 1/12/2011
- 📖 Esteves F. *et al* (2007) – Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: uma perspectiva geográfica e política. **Revista Migrações**, nº1, Setembro de 2007 ISSN 1646-8104
- 📖 Esteves, F. *et al* (2009) – **Mighealthnet – Rede de Informação sobre práticas em cuidados de saúde para imigrantes e minorias étnicas na Europa – Relatório sobre o Estado da Arte em Portugal**. Departamento de geografia. Centro de estudos geográficos – Universidade de Lisboa <http://mighealthnet.com> consultado em 12/11/2011
- 📖 European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) (2011) – **Migrants in an irregular situation: access to healthcare in 10 European Union Member States**. Luxembourg: Publication Office of the European Union ISBN 978-92-9192-709-8
- 📖 Ferro, José (2005) - Reflexão Estratégica no HSM: Planeamento e Acção in Santa Maria – **Notícias**. Lisboa. Ano 1, nº1 (Janeiro/Fevereiro/Março 2005), p.11-15.
- 📖 Fonseca, M.L; Silva, S (2010) – **Saúde e Imigração: Utentes e Serviços na Área de Influência do Centro de saúde da Graça**. Lisboa ACIDI ISBN 978-989-685-000-5
- 📖 Franco, Jorge (2009) – Enfermeiro na Comunidade in <http://enfermagemaberta.pt> (acedido a 22/09/2011).

- 📖 Gaspar, T; Gonçalves, A; Matos, M; (2004) – Adolescentes estrangeiros em Portugal: uma questão de saúde. **Psicologia, saúde e doença**, 2004, 5(1), 75-85 acessado em <http://www.scielo.aces.mtes.pt/pdf/v5n1/v5n1 a 05.pdf> consultado em 12 /12/2011
- 📖 George, Julia B. et al. (2000) - **Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à Prática Emocional**, 4ª edição, Porto Alegre: Artes Médicas. ISBN 85-7307-587-2
- 📖 Gomes-Pedro, João (2007) – O Ambiente das Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais. In Guimarães e outros. **Nascer Prematuro-** um manual para os pais dos bebés Prematuros. Porto: Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria, p.77-79
- 📖 Henriques, Maria Adelina (2010) – **Argumentos para uma viagem sem regresso. A imigração PALOP por via da saúde: um estudo de caso.** Tese nº32, 1ª edição, Lisboa: ACIDI, ISBN 978-989-685-006-7
- 📖 Hesbeen, W. (2001) – **Qualidade em Enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar.** Camarate: Lusociência ISBN 972-8383-20-7
- 📖 Hesbeen, W. (2004) – A prática de cuidados: um encontro e um acompanhamento. **Revista Enfermagem**, nº34, 2ª série, Abril/Junho ISSN 0871-0775
- 📖 Instituto de Apoio à Criança (IAC) (2008) - **Carta da Criança Hospitalizada. Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança**, 4ª edição. Lisboa: Medinfer in <http://www.iac.humanizaçãomail.com> acessado em 11/12/2011
- 📖 Instituto de Apoio à Criança (IAC) (2009) – **Guia dos Direitos da Criança**, 3ª edição. Lisboa: Temas e Debates ISBN 9789896440657
- 📖 Leininger, M. (1988) – **Care: The essence of nursing and health.** Detroit: Wayne State University Press.
- 📖 Leininger, Madeleine (1995) – **Transcultural Nursing – Concepts, Theories, Research and Practices.** 2ª ed. London: McGraw-Hill, , 1995. ISBN 0-07-037660-3
- 📖 Leininger Madeleine (1998) – Enfermagem Transcultural: Imperativo da Enfermagem Mundial – II Encontro Internacional de Enfermagem de Países de Língua Oficial Portuguesa 8-10 Outubro 1997, Lisboa, Portugal. **Revista Enfermagem** nº10 (2ª série), Abril/Junho ISSN 0871-0775
- 📖 Lima, M. et al (2009) – **A Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta: Quarenta Anos de História 1969-2009.** Lisboa: Serviço de Cardiologia Pediátrica, Hospital de Santa Marta.
- 📖 Lopes, J. et al (2009) – **Multiculturalidade – Perspectivas da enfermagem contributos para melhor cuidar.** Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-45-5.

- 📖 Martins, F. (2011) – **A Educação para a saúde e as tradições durante a gravidez.** Revista O.E. nº39, Outubro 2011 ISSN 1646-2629
- 📖 Miranda, Joana (2009) – **Mulheres Imigrantes em Portugal – memórias, dificuldades de integração e projectos de vida.** Lisboa:ACIDI IP ISBN 978-989-8000-93-4
- 📖 Nightingale, Florence (2005) – **Notas sobre enfermagem.** Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-92-4
- 📖 Nunes, Luís (2005) – Boletim Informativo nº193/05 de 6 de Setembro de 2005. Hospital Dona Estefânia
- 📖 Ordem dos Enfermeiros (2001) – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos. **Revista Divulgar** <http://www.sep.pt> (acedido de 16/09/2011 a 08/03/2012)
- 📖 Ordem dos Enfermeiros (2004) – **Enfermeiros: Trabalhando com os pobres, contra a pobreza.** Genebra:ICN ISBN: 92-95005-96-1
- 📖 Ordem dos Enfermeiros (2008) – **Servir a Comunidade e garantir a Qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários.** Genebra: ICN. ISBN: 978-972-99646-7-1
- 📖 Ordem dos Enfermeiros (2009a) – **Modelo de desenvolvimento profissional – Sistema de Individualização das Especialidades clínicas em Enfermagem (SIECE).** Lisboa: OE
- 📖 Ordem dos Enfermeiros (2009b) - Perfil de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista. **Caderno Temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional.** OE, Dezembro de 2009.
- 📖 Ordem dos Enfermeiros (2009c) – **Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda da inovação dos cuidados.** Lisboa. OE ISBN 978-989-96021-3-7
- 📖 Ordem dos Enfermeiros (2010a) – **Guias Orientadores de boas práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.** Cadernos O.E. série 1, nº3, vol.1 ISBN 978-989-8444-00
- 📖 Ordem dos Enfermeiros (2010b) – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.** Lisboa:OE in www.ordemenfermeiros.pt
- 📖 Ordem dos Enfermeiros (2010c) – **Servir a Comunidade e garantir a Qualidade: os Enfermeiros na vanguarda dos Cuidados na Doença Crónica.** Lisboa:OE ISBN 978-989-96021-9-9
- 📖 Ordem dos Enfermeiros (2011) – **Combater a desigualdade: melhorar o acesso e a equidade.** Abril 2011. Gêneve: ICN. ISBN 978-989-8444-07-3.

- 📖 Paulanka, B. e Purnel, L. (2010) – **Cuidados de Saúde Transculturais: Uma abordagem culturalmente competente**. 3ª edição, Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-28-4
- 📖 Pinheiro, J; Ramos, L. (1996) – **Métodos Pedagógicos**. Lisboa: Instituto de Emprego e Formação Profissional, Agosto 1996
- 📖 Portugal, Ministério da Saúde (2001) – **Acesso à Saúde por parte dos Imigrantes**. Despacho nº 25360/2001. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- 📖 Portugal, Direcção geral de Saúde (2002) – **Saúde Infantil e Juvenil – Programa tipo de actuação** Circular nº6/2011 de 22/02/2011 Lisboa, DGS. ISBN 972-675-084-9
- 📖 Portugal, Ministério da Saúde (2004) – **Normas Gerais de Encaminhamento e Assistência a Doentes Oriundos dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) ao Abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde**. Circular normativa nº4 de 16/02/2004. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- 📖 Portugal. Ministério da Saúde (2004) – **Acesso dos filhos Menores dos Imigrantes aos Cuidados de Saúde**. Circular Informativa nº 65/DSPCS. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- 📖 Portugal. Direcção geral de Saúde (2007) – **Organização dos Serviços para implementação da Lei 16/2007 de 17 de Abril**. Circular Normativa nº11/SR
- 📖 Portugal, Ministério da Saúde (2004-2010) – **Plano Nacional de Saúde 2004/2010**; Volume II – Orientações estratégicas.
- 📖 Portugal, Ministério da Saúde (2009) – **Acordos de Cooperação Internacional entre Portugal e os Países de Língua Oficial Portuguesa no domínio da saúde**. Direcção Geral de saúde, Departamento da qualidade na saúde, Divisão de mobilidade de doentes.
- 📖 Portugal. Ministério da Saúde (2010) – **Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2010)** – ACES Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Lisboa:M.S
- 📖 Portugal, Ministério da Saúde – **Plano Nacional de Saúde 2011-2016** – versão para discussão. Gabinete Técnico do PNS 2011-2016
- 📖 Ramos, N. (2001) - Comunicação, cultura e interculturalidade: para uma Comunicação intercultural. **Revista Portuguesa de Pedagogia**, 35 (2), 155-178
- 📖 Ramos, Natália (2004) – **Psicologia Clínica e da Saúde**, Lisboa: Universidade Aberta ISBN 978-972-674-436-8.
- 📖 Ramos, Natália (2008) – **Saúde, Migração e Interculturalidade – perspectivas teóricas e práticas**. Brasil:Editora Universitária. ISBN 978-85-7745-205-0
- 📖 Ramos, Natália (2009) – Saúde, Migração e Direitos Humanos. **Revista Mudanças – Psicologia da Saúde**, 17(1), Jan-Jun, <http://www.metodista.br/revistas/revistas-ipa/index.php/EUM/article/view/File/61/36> consultado em 1/12/2011

- 📖 Ribeiro, Ilda (2011) – Imigrantes em Portugal: Reflexão sobre os apoios e cuidados de saúde primários. **Revista de Enfermagem UFPE** 2011 Março/Abril nº5 p.463-71 ISSN: 1981-8963
- 📖 Schubert, Catarina et al (2002) – **Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo Peso. Método Mãe canguru: manual do curso.** 1ª Edição. Brasília: Ministério da Saúde.
- 📖 Silva, Fernanda (2012) – Plano de Acção 2012 – Departamento de Saúde Pública. Gabinete da Saúde do CNAI
- 📖 Sloat e Matsuura (1990) – Intercultural communication. **Nursing Interventions for Infant and Children.** Philadelphia: W.B. Saunders Company
- 📖 Tomey, A.M.; Alligood, M.R. (2004). – **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem).** 5ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-74-6.

5.1 - BIBLIOGRAFIA INFORMÁTICA

- 📖 <http://www.acidi.gov.pt> (acedido a 20/05/2011)
- 📖 <http://www.adsoftheworld.com> (acedido a 20/01/ 2012)
- 📖 <http://www.doctorsoftheworld.com> (acedido 20/01/ 2012)
- 📖 <http://www.chln.min-saude.pt> (acedido a 5/10/2011)
- 📖 <http://www.ordemenfermeiros.pt> (acedido de 16/09/2011 a 08/03/2012)
- 📖 <http://www.sep.pt> (acedido de 16/09/2011 a 08/03/2012)
- 📖 <http://mighealtnet.com> (acedido em 12/11/2011)

APÊNDICES

APÊNDICE I – Cronograma de Estágios do 3º Semestre

APÊNDICE II – Pesquisas em Bases de Dados

APÊNDICE III – Plano de Acção

APÊNDICE IV – “Diário de Campo”

APÊNDICE V – “Descrição dos Campos de Estágio”

APÊNDICE VI – Formação no Serviço de Nefrologia Pediátrica do Hospital de Santa Maria

APÊNDICE VII – Folha de Orientação de Terapêutica

APÊNDICE VIII – Formação no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de Santa Maria

APÊNDICE IX – Poster “Cuidar na Multiculturalidade”

APÊNDICE X – Formação no Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Dona Estefânia

APÊNDICE XI - Formação na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Alameda

APÊNDICE XII – Folha de Acolhimento à Criança, ao Jovem e Família Proveniente dos

PALOP

APÊNDICE XIII – Folheto em Português “Cooperação Internacional”

APÊNDICE XIV – Folheto em Crioulo “Cooperação Internacional”

APÊNDICE XV – Folha de Articulação de Cuidados de Enfermagem

APÊNDICE XVI – Formação no Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa

Marta

APÊNDICE I

Cronograma de Estágios do 3º Semestre

APÊNDICE II

Pesquisas em Bases de Dados

PESQUISA EM BASES DE DADOS

BASE	KEY WORDS	DATA	RESULTADOS	SELECÇÃO
CINAHL	COOPERATIONS AGREEMENRS AFRICAN COUNTRIES HEALTH	ATÉ 2011	2	1
MEDLINE	COOPERATIONS AGREEMENRS AFRICAN COUNTRIES HEALTH	ATÉ 2011 E DE 2005-2011	6	0
SCIELO	COOPERATIONS AGREEMENRS AFRICAN COUNTRIES HEALTH	ATÉ 2011	0	0

BASE	KEY WORDS	DATA	RESULADOS	SELECÇÃO
CINHAAL	- AFRICAN COUNTRIES - PORTUGAL - HEALTH	ATÉ 2011	0	0
MEDLINE	- COOPERATION AGREEMENTS - CHILDREN - HEALTH	ATÉ 2011	0	0
CINHAAL	- COOPERATION AGREEMENTS - CHILDREN - HEALTH	ATÉ 2011	0	0
MEDLINE	- COOPERATION AGREEMENTS - CHILDREN - HEALTH	ATÉ 2011	0	0
CINHAAL	- COOPERATION AGREEMENTS - CHILDREN - HEALTH	ATÉ 2011	0	0
MEDLINE	- COOPERATION AGREEMENTS - AFRICAN COUNTRIES - CHILDREN	ATÉ 2011	0	0
CINHAAL E MADLINE	- COOPERATION AGREEMENTS - CHILDREN - HEALTH	ATÉ 2011	0	0

METODOLOGIA

CRITÉRIOS DE SELECÇÃO	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
PARTICIPANTES	CRIANÇA E FAMILIA ENFERMEIROS	OUTRAS CLASSES PROFISSIONAIS NÃO LIGADA À SAUDE
INTERVENÇÃO	ACOMPANHAMENTO EM PORTUGAL DE DOENTES PROVENIENTES DOS PALOP AO ABRIGO DOS ACORDOS DE COOPEAÇÃO NA SAÚDE	TODOS OS ACHADOS DA PESQUISA QUE NÃO APRESENTEM OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO
DESENHO	ESTUDOS QUALITATIVOS, QUANTITATIVOS, ESTUDOS DE CASO, REVISÕES DE LITERATURA, ARTIGOS	TODOS OS ACHADOS DA PESQUISA QUE NÃO APRESENTEM OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

APÊNDICE III

Plano de Acção

PLANO DE ACÇÃO

OBJECTIVOS GERAIS

- ✓ Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e família proveniente dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) e na partilha de experiências com pares para acompanhamento destes utentes durante o tratamento em Portugal.
- ✓ Identificar contributos para o projecto a desenvolver

OBJECTIVOS ESPECIFICOS (Comuns a todos os campos de estágio)

- ✓ Compreender a dinâmica funcional e a metodologia de trabalho da equipa de enfermagem
- ✓ Conhecer os problemas e necessidades sentidas pela criança, o jovem e família proveniente dos PALOP e pela equipa de enfermagem ao cuidar destes utentes.
- ✓ Adquirir/Desenvolver competências sobre as diferentes formas de cuidar da criança, do jovem e família nos diferentes contextos de estágio
- ✓ Identificar a intervenção dos vários profissionais de saúde envolvidos na continuidade dos cuidados a estes utentes.
- ✓ Conhecer a articulação do serviço com outros serviços do Hospital e da comunidade.
- ✓ Colaborar na promoção do acolhimento e acompanhamento da criança, do jovem e família proveniente dos PALOP e que recorrem aos diferentes serviços
- ✓ Participar, em colaboração com a enfermeira especialista, na formação em serviço da equipa de enfermagem na área da multiculturalidade.

APÊNDICE IV
“Diário de Campo”



**2º Curso de Mestrado em Enfermagem – área de Especialização de
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

“DIÁRIO DE CAMPO”

Aluno: Ana Maria Antunes Dos Santos Menino Ribeiro Nº 3562

Unidade Curricular: Estágio de Saúde Infantil e Pediatria

Orientadora: Professora Doutora Maria Manuela Soveral

Co-orientadora: Enfermeira Especialista Teresa Pedro

LISBOA, MARÇO DE 2012

SUMÁRIO

	pág
INTRODUÇÃO	3
1 - UM DIA COM A UNIDADE MÓVEL DE APOIO DOMICILIÁRIO (UMAD).....	5
2 - A ADOLESCENTE TRANSPLANTADA	10
3 - ABUSO SEXUAL OU IMAGINAÇÃO?	15
4 - UM CASO DE REAGRUPAMENTO FAMILIAR	20
5 - TÉCNICA DE CANGURU – UM PONTO DE ENCONTRO ENTRE CULTURAS?...	26
6 - QUERO REGRESSAR Á GUINÉ	33
7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41

INTRODUÇÃO

A ideia do “Diário de campo” surgiu com a necessidade de reflectir e relatar situações vividas e aprendizagens feitas nos diferentes campos de estágio com o tema agregador: “Acompanhamento da criança, do jovem, e família proveniente dos PALOP durante o tratamento em Portugal”, realizado no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem – área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Todas as situações reflectem a temática das migrações, da imigração, das necessidades e problemas das crianças, dos jovens e das famílias, dos enfermeiros e profissionais de saúde que as cuidam, confrontando histórias de vida e aprendizagens feitas com a pesquisa bibliográfica realizada minuciosamente durante este 3º semestre em cada campo de estágio, tendo presente a teórica de enfermagem que escolhi como “pilar” para o desenvolvimento deste projecto: - Madeleine Leininger.

Este trabalho compõe-se de seis diários de aprendizagem elaborados sobre situações que me levaram a reflectir sobre a prática, as quais permitiram a troca de ideias e de experiências vividas entre os enfermeiros, conduzindo á reflexão conjunta com a ambição de melhor cuidar em enfermagem esta população específica de utentes.

1 - UM DIA COM A UNIDADE MÓVEL DE APOIO DOMICILIÁRIO (UMAD)

No dia 3 de Outubro de 2010 iniciei o meu estágio no Serviço de Nefrologia Pediátrica do Hospital de Santa Maria; nesse mesmo dia, tive a oportunidade de fazer a visita domiciliária a três crianças que o serviço apoia no domicílio, através do projecto UMAD.

O Projecto da Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD) teve início em 2006, com as finalidades de diminuir os internamentos, os custos de internamento hospitalar e melhorar a qualidade de vida das crianças e famílias e o objectivo de apoiar no domicílio crianças em situação de doença crónica respiratória e dependência tecnológica. É constituído por uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros e assistentes sociais. Inicialmente direccionado ao Serviço de Pneumologia Pediátrica, alargou-se a todos os serviços de pediatria deste hospital, cujos utentes necessitem de apoio e cuidados integrados domiciliários. A Fundação do Gil colabora em parceria com este projecto, disponibilizando ao Hospital de Santa Maria uma carrinha e um motorista. O Serviço de Nefrologia Pediátrica dispõe, semanalmente à 2ª feira, desta unidade móvel, disponibilizando para tal uma enfermeira.

As crianças a visitar são previamente seleccionadas pela equipa, de acordo com uma avaliação criteriosa. Esta avaliação inclui o diagnóstico, o prognóstico, a situação familiar, a situação económica da família, o modo como se está a adaptar à situação de doença e ao tratamento, no contexto de situações especiais como ex.: famílias evacuadas, famílias destruídas, imigrantes, mães jovens e situações em que se possam prever factores de risco para a criança.

Após a passagem de turno, a enfermeira a quem estou atribuída para orientação de estágio, consultou a agenda com as crianças marcadas para visita nesse dia. Seguidamente consultou os processos, de onde retirou algumas notas que incluíam o diagnóstico, a medicação, a T.A., peso e dados da última consulta.

Estas crianças recorrem ao hospital de dia conforme a necessidade de acompanhamento, e é neste sector que é planeada a visita domiciliária, tendo presentes as necessidades detectadas pela equipe de enfermagem, os riscos a que a criança está exposta, e a capacidade demonstrada pela família para se adaptar à situação de saúde/doença.

Seguimos na carrinha da Fundação do Gil para casa dos utentes, iniciando a visita nos arredores de Lisboa a uma menina de 13 anos de idade, com o diagnóstico de síndrome nefrótica. Esta menina

está a ser medicada com corticosteróides¹ no domicílio, estando a família informada dos riscos desta medicação e dos cuidados a ter. Necessitando de uma adequada e controlada vigilância dos valores de proteinúria, da dieta e de despiste de edemas, pois a síndrome nefrótica poderá evoluir para uma situação de insuficiência renal crónica por descompensação.

Esta menina, natural de Cabo Verde, veio há 8 anos para Portugal ao abrigo dos acordos de cooperação internacional, acompanhada pela sua mãe. A mãe, nessa altura grávida de 1 mês, actualmente já tem mais uma criança de 1 ano de idade. Há 2 anos foi-lhe concedida a residência em Portugal por motivo de saúde, devido a não ser possível garantir à criança/família condições de segurança no país de origem.

Ao ser concedida a autorização de residência à criança/família, cessa o acordo de cooperação internacional, passando estes utentes a terem direito a uma inscrição definitiva no Sistema Nacional de Saúde Português e a todos os direitos que o estado Português concede aos nacionais. Concomitantemente cessa o apoio fornecido pela embaixada. É nesta altura que a família tenta arranjar uma situação laboral que lhe permita suprir as suas necessidades e as da criança.

Esta mãe está em casa e trabalha algumas horas como empregada doméstica. Consegue sobreviver com o auxílio do companheiro actual (pai do 2º filho), com o seu trabalho, e com os subsídios a que tem direito. Vive num apartamento de 2 assoalhadas com condições de saneamento básico, no entanto com pouco espaço para a família.

O pai da criança e a restante família ficaram em Cabo Verde, tendo esta mãe constituído uma outra família em Portugal.

A enfermeira fala com a mãe que se percebe conhecer bem e ter uma relação muito próxima.

É feito o aconselhamento e rectificamos se a medicação está a ser correctamente administrada. A enfermeira pesa, avalia a T.A, o Combur test, de forma a despistar possíveis efeitos secundários da terapêutica e/ou evolução da doença. Consegue-se sentir a confiança e o respeito que esta família deposita no trabalho desta enfermeira.

A mãe está informada sobre os cuidados a ter com a criança, e esclarecem-se dúvidas, ao mesmo tempo que validamos a adesão à terapêutica e ao regime alimentar. Concluimos que está esclarecida e que tem cumprido as indicações dadas.

Ao fazer a visitação domiciliária, a equipe tem o cuidado de não interferir com as horas de estudo da criança e de trabalho dos pais de forma a evitar causar algum transtorno na rotina diária. Na

¹ Constituem compostos sintéticos ou naturais relacionados com as hormonas produzidas no córtex das glândulas supra-renais que possuem um papel importante no balanço electrolítico e na regulação do metabolismo

véspera da visitação, a enfermeira, que se encontra no “Hospital de Dia”, tem o cuidado de telefonar à família a combinar a hora da visita ajustada ao seu horário.

Fazemos mais duas visitas a duas outras crianças seguidas pela equipe.

Decidi reflectir sobre a minha primeira visita, pois é a que se relaciona com a temática do meu projecto de estágio: “O acompanhamento da criança, do jovem, da família proveniente dos PALOP durante o tratamento em Portugal”.

Ao acompanhar a minha enfermeira orientadora do local de estágio, ao perceber a sua relação com os utentes em causa, neste caso, a criança/família, senti o quão importante se torna a capacitação da família nos cuidados no domicílio, dando continuidade à capacitação da mesma no internamento, funcionando a equipe de enfermagem hospitalar como um elo de ligação entre o hospital e os cuidados de saúde na comunidade em contextos específicos de saúde.

Os enfermeiros têm um papel fundamental na educação e aconselhamento dos pais. A criança é um ser vulnerável, pelo que o enfermeiro deve proporcionar-lhe condições favorecedoras de um desenvolvimento global, reconhecendo a família como promotora dele (O.E.2010 a).

A criança com síndrome nefrótica necessita de uma dieta e tratamento muito controlado, de uma vigilância de saúde muito frequente e de familiares e profissionais bem treinados para despistarem atempadamente sinais e sintomas de complicações. Desta forma a capacitação da família para cuidar desta criança é muito importante de forma a mantê-la em segurança no seu domicílio. Ao fazer a visitação domiciliária e nas visitas ao “Hospital de Dia”, a enfermeira certifica-se que a família cumpre correctamente o plano terapêutico e faz a validação da orientação dada com a família.

O contacto com a realidade familiar, num contexto tão específico de uma criança com doença crónica grave, proveniente de outro continente, com a qual terá de passar a conviver e se adaptar é algo que poderá conduzir a desequilíbrios e que o enfermeiro deverá ter presente.

É frequente estas famílias se reconstituírem com outras famílias, talvez como um meio de enfrentar a solidão sentida e a falta de apoios, o que pode conduzir a uma situação de renúncia de cuidados ou “descuro” nos cuidados devido a sentimentos relacionados com o afastamento do país de origem, da cultura, do abandono da família, factor que deve estar presente ao cuidar destas crianças/famílias.

(Ramo2010) refere que as situações de renúncia aos cuidados são duas vezes mais frequentes nos migrantes do que na população geral de doentes, no entanto não associa este facto com a reconstituição de uma nova família.

Um estudo realizado por (Anacleto et al 2009), no Hospital Fernando Fonseca entre Novembro de 2004 e Março de 2005 a crianças internadas que necessitavam de intervenção do serviço social veio mostrar que a maioria eram imigrantes oriundas dos PALOP e que o problema social mais frequente estava ligado à pobreza e agressão física contrariamente à população nacional em que o problema social mais frequente foi a negligência.

A aculturação conduz a diversas mudanças positivas e negativas, as quais podem constituir uma fonte de *stress* para a criança/família.

A migração envolve roturas importantes no ambiente e vivências. “Viver, nascer, crescer em situações de migração e de exílio representa um risco e poderá constituir um trauma e uma fonte de *stress* para a criança e para a sua família” (Ramos 2008 p.55)

Esta criança e esta mãe provenientes de uma outra cultura, de um outro ambiente, conduzidas por motivos de saúde para outro país, onde permanecem durante um período imprevisível desenraizadas da sua terra, família e costumes, poderão ser conduzidas a situações de grande vulnerabilidade.

Como nos refere (Ramos, 2009 p.5) “os migrantes são obrigados a fazer face ao isolamento, à solidão, à insegurança e à incompreensão, a abandonar a família, os amigos, os locais conhecidos e seguros para enfrentarem, não apenas uma nova cultura e língua, novos hábitos culturais, sociais e religiosos mas, muitas vezes, também a hostilidade, a discriminação, a insegurança e a indiferença da população, factores que vão influenciar a sua qualidade de vida e saúde física e mental”.

Ao acompanhar esta criança/família o enfermeiro certifica-se que esta se está a adaptar à sua nova situação de saúde, ao tratamento, ao processo de migração e aculturação, promovendo a capacitação da família e defendendo a criança.

Segundo a (Ordem dos Enfermeiros 2002, p8) “O enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem”.

Ao capacitar a criança/família no controle da sua doença, tendo presentes todos os factores positivos e negativos que a possam influenciar, o enfermeiro está a promover a saúde, a prevenir complicações e a actuar em defesa do utente.

Ao realizar a visita domiciliária compreendi o quão importante é o papel da enfermagem em situações específicas de saúde e de seguimento dos utentes, possibilitando não só a capacitação da família na prestação de cuidados específicos à criança, como também a verificação por parte dos enfermeiros da competência da família no cumprimento dos cuidados, no despiste de situações de

risco. Desta forma, estabelece-se uma relação de confiança mútua entre utente e enfermeiro, o que auxilia o estabelecimento de uma relação de ajuda.

Num futuro próximo, a ligação entre o enfermeiro do hospital e o enfermeiro do centro de saúde, a que o utente pertence, poderá ser um factor adjuvante ao cuidar desta criança/família, promovendo-se uma visita conjunta que permita um verdadeiro trabalho de equipa e que perspective maior ganho em saúde.

2. A ADOLESCENTE TRANSPLANTADA

No serviço de Nefrologia Pediátrica do Hospital de Santa Maria, esta semana, fui conduzida à reflexão sobre a situação de uma criança.

Trata-se de uma adolescente de 17 anos, residente em Cabo Verde, vinda para Portugal, acompanhada pela mãe ao abrigo dos acordos de cooperação celebrados entre o nosso país e o país de origem.

Esta adolescente, outrora saudável, assim permaneceu até Fevereiro de 2008, altura em que iniciou quadro de edema facial, dos membros inferiores e abdómen, oligúria e urina espumosa. Foi internada em Cabo Verde no Hospital Dr. Agostinho Neto, tendo-lhe sido diagnosticada síndrome nefrótica. Fez terapêutica com corticosteróides e dado não se efectuar biopsia renal em Cabo Verde, foi enviada para Boston – Childrens Hospital onde a efectuou, apresentando esta “rim cicatrizado”² (sic). Fez terapêutica com corticosteróides, tendo melhorado e regressado ao país de origem. Esteve sem queixas até Fevereiro de 2010, iniciando novo agravamento do quadro, pelo que foi evacuada para a Unidade de Nefrologia do Hospital Dona Estefânia em Lisboa.

No Hospital Dona Estefânia fez nova biopsia com o resultado de glomerulonefrite esclerosante global ou segmentar em avançado estado de evolução. Iniciou diálise peritoneal em Maio de 2010 sem complicações, e entrou em lista de transplante em Setembro desse ano.

Tem o diagnóstico de glomerulonefrite crónica com proteinúria nefrótica condicionando insuficiência renal com oligúria. Apresenta hipertensão arterial de difícil controlo e com agravamento progressivo, desenvolvendo em 2010 um episódio de encefalopatia hipertensiva com convulsões tónico-clónicas e com necessidade de internamento de 5 dias na Unidade de Cuidados Intensivos.

Em Julho de 2010 é reinternada por insuficiência respiratória com pneumonia de base à direita, e nesse ano tem mais dois reinternamentos por infecção urinária.

A mãe e a filha têm antecedentes de tuberculose pulmonar, anterior ao diagnóstico da nefrologia e ambas fizeram tuberculostáticos no país de origem.

² Cicatrização na área que sofreu necrose coagulativa in <http://pt.wikipedia.org> acedido em 27/02/2012

Esta menina frequentava em Cabo Verde o 9º ano de escolaridade, com aproveitamento escolar. Tem 3 irmãos de 26, 13 e 10 anos residentes em Cabo Verde, a mãe é empregada doméstica e tem 40 anos, o pai é polícia, tem 47 anos e tem antecedentes de depressão (sic).

Em Portugal está a ser apoiada pela embaixada de Cabo Verde, que lhe dá um subsídio diário para a sobrevivência e lhe paga os medicamentos. Vive com a mãe numa casa alugada nos arredores de Lisboa.

Hoje, a adolescente deu entrada no serviço onde estou a estagiar para ser submetida a transplante renal. A mãe acompanha-a e também será internada no serviço de nefrologia de adultos a fim de doar o rim à filha.

A menina tem um fâcies triste, um aspecto muito emagrecido, e é muito introvertida, comunicando pouco.

A mãe vem chorosa, pedindo para não ser incomodada com questionários ou explicações acerca do funcionamento do serviço.

Perante este quadro, imaginei que a adolescente e a mãe se mostrariam felizes, ansiosas face a um procedimento cirúrgico que lhes permitiria melhorar a sua qualidade de vida, até aqui dependente de uma máquina de diálise peritoneal, mas,... fico surpreendida face à atitude de ambas!

Várias questões me surgem:

- Será que estão informadas acerca do procedimento?
- Qual a razão desta tristeza?
- Será que os medos que sentem superam o sentimento de felicidade face à perspectiva de uma melhor qualidade de vida?
- Ou será que não perspectivam uma melhor qualidade de vida?
- Será que conhecem os riscos e o medo lhes incute uma atitude pessimista?
- Será, apenas, que depois de tantos internamentos, estão cansados dos discursos “formais” e estereotipados dos profissionais?

Tento aproximar-me mais desta família, no entanto percebo que terei de respeitar a sua privacidade.

“Respeitar um ser humano é acreditar profundamente que ele é único, e que devido a essa unicidade só ele possui todo o potencial específico para aprender a viver de forma que lhe é mais satisfatória” (Lazure 1994, p.51)

Referem-me apenas que o pai virá para Portugal no dia seguinte e que as virá visitar.

Mais uma questão me surge: - Serão saudades da terra e da família?

Gostaria de estabelecer com a família uma relação de ajuda pelo que tento usar por momentos as emoções do utente, de forma a compreendê-lo, respeitando sempre a sua individualidade. Tento manifestar-lhe a minha compreensão, permanecendo junto dela e mostrando-me disponível para qualquer esclarecimento.

Como refere (Lazure 1994, p.16) “ É pela sua forma de estar, totalmente presente, que a enfermeira manifesta ao cliente a sua vontade em o compreender verdadeiramente tanto através da comunicação verbal, como não-verbal”.

Reportando-me à idade da menina: - 17 anos – a idade da adolescência, das grandes mudanças (físicas, cognitivas, sociais). É nesta faixa etária que ocorre a puberdade, que se observa um maior crescimento ósseo, muscular e de desenvolvimento sexual.

Segundo Erickson, a adolescência é marcada por um “estádio de identidade versus confusão”, em que a identidade é a característica que leva o individuo a conhecer-se a si mesmo e a ser conhecido pelos outros. A confusão caracteriza-se por um comportamento pessoal baseado na resistência ou aceitação total de um comportamento social esperado.

Segundo Freud, a adolescência é marcada pelo “estádio do desenvolvimento genital” em que o adolescente se torna num homem ou mulher, tendo a capacidade de se reproduzir.

Segundo Piaget, a adolescência é marcada pelo “estádio das operações formais”, em que o adolescente tem a capacidade de pensar de forma abstracta, pensar mais globalmente e, a longo prazo, escolher a sua vocação e a carreira e fazer planos para o futuro.

Segundo Kohlberg, a adolescência é marcada pelo “estádio convencional”, cujas linhas morais advêm das autoridades sociais como os pais e professores (OE 2010 a).

A doença, a hospitalização, a intervenção cirúrgica e a própria migração poderão conduzir esta adolescente a vivenciar um grande momento de “*stress*”, perante tantas mudanças na sua vida, podendo ser causa de ansiedade, angústia e podendo comprometer a sua auto-estima, a sua aceitação do estado de saúde e a sua imagem corporal.

“O adoecer representa uma experiência traumática em qualquer fase da vida, especialmente quando ocorre na adolescência, interferindo física e psicologicamente” (Lira, Lopes e Guedes, 2005, p.68)

A doença crónica modifica a vida do adolescente e requer uma constante adaptação, pode perturbar o relacionamento social, o rendimento académico e o comportamento sexual. Os profissionais de saúde devem desenvolver competências para lidar com os adolescentes, nomeadamente na prevenção de comportamentos de risco (Ferrão et al, 2011).

O transplante renal proporciona uma melhor qualidade de vida ao doente renal crónico, libertando-o da diálise peritoneal ou da hemodiálise, no entanto o doente continua a ser dependente de uma dieta rigorosa, de medicamentos, de cuidados de higiene rígidos e de um acompanhamento médico ambulatorio frequente.

Até à sua recuperação, o adolescente fica afastado da escola, para o tratamento. A oportunidade de continuar os estudos fica reduzida, devido às sessões de hemodiálise antes do transplante e às limitações e cuidados após transplante. No entanto, no Hospital, para minimizar esta limitação, a criança tem a oportunidade de ser acompanhada por professores que trabalham com os utentes de forma a acompanharem os conteúdos programáticos do ensino e permitir que as crianças prossigam os estudos.

Esta menina que prosseguia os seus estudos em Cabo Verde, com aproveitamento, viu-se de repente afastada da escola, dos amigos, e até da família, perante a necessidade de tratamento num país estrangeiro. É natural que expresse sentimentos de medo e rejeição e, até, de baixa auto-estima ou depressão. No entanto, é importante que o enfermeiro estimule os mecanismos adaptativos, de modo a restabelecer o equilíbrio interno desta jovem, promovendo o seu bem-estar físico e inserção social.

Como nos referem Lira, Lopes e Guedes (2005, p.77) “ a compreensão da adaptação psicossocial do adolescente pode ser um caminho para a transformação e para a configuração de novos horizontes da assistência de enfermagem às pessoas acometidas pela insuficiência renal crónica e pelo transplante renal”.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011b, p.11), “ na procura permanente da excelência no exercício profissional, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da criança e do jovem, conjuntamente com a criança/o jovem desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde”, destacando-se neste caso como elementos importantes:

- A orientação, a instrução e o treino necessário face à readaptação funcional e ao reforço da imagem corporal positiva.

Os enfermeiros respeitaram o pedido da mãe, não a perturbando com questionários ou explicações, mas fizeram questão de lhe mostrar, através da sua postura e disponibilidade, que estavam presentes

e, que estariam disponíveis para a ajudar em qualquer situação, para o esclarecimento de qualquer dúvida, ou simplesmente para conversar ou ouvir. Respeitaram desta forma o “espaço” da jovem e família e a sua individualidade. No entanto, ao colaborar nos cuidados, tentei “aproximar-me” da jovem abordando assuntos informais ligados à sua terra, tentando assim estabelecer uma relação de confiança com esta e conhecê-la melhor. Mas... a jovem apenas respondia por monossílabos.

“(...) estar com o outro, comunicando uma disponibilidade contínua, é mais do que conhecer(...) é compreender a sua situação e tornar-se emocionalmente aberto para a sua realidade (...)”(Diogo 2006, p.58 citando Swanson, 1991)

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010 a) o enfermeiro, na entrevista com o adolescente, necessita de identificar as dificuldades na relação. O silêncio e hostilidade do adolescente “constitui [em] por vezes, barreiras defensivas que podem ser minimizadas centrando-se o enfermeiro em outros aspectos que também caracterizam o adolescente” (*ibidem*, p.24).

Aguardei, então, por um momento que me permitisse ficar a sós no quarto com a adolescente.

“O direito à privacidade está directamente relacionado com a relação interpessoal que se estabelece entre o enfermeiro, adolescente e família (...). O adolescente tem o direito de ser atendido individualmente, em espaço privado, onde seja reconhecida a sua autonomia e individualidade, estimulando a responsabilidade pela sua própria saúde” (OE, 2010 a, p.20).

Peguei na mão da jovem, permanecendo sentada a seu lado, e referindo-lhe que podia imaginar como ela se sentia naquele momento.

Duas lágrimas começaram a correr pela cara da menina e o silêncio, mantido até então, começou a desvanecer e a jovem começou a relatar as suas preocupações. Ouvi-a atentamente, expliquei à menina o funcionamento do serviço e explicitiei que toda a equipa estaria presente, em qualquer momento, para a ajudar e que tudo faria para o sucesso da intervenção. No final da nossa conversa, a menina esboçou um sorriso e agradeceu-me, parecendo mais calma e eu como enfermeira senti uma enorme satisfação pois tinha conseguido ajudar esta jovem.

Senti que dera mais um passo no meu percurso para enfermeira especialista, pois facilitei a comunicação expressiva de emoções com esta jovem, desenvolvendo desta forma uma das competências específicas de enfermeiro especialista: a prestação de cuidados específicos que respondem às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (OE, 2009 b).

3. ABUSO SEXUAL OU IMAGINAÇÃO?

O caso que me levou a reflectir prende-se não apenas com a sua gravidade, mas com o papel do enfermeiro no seio da equipe multidisciplinar, em situações complexas e controversas de saúde.

Trata-se de uma criança de 6 anos, natural da Guiné, que foi trazida ao serviço de urgência do Hospital de Santa Maria referenciada pela Comissão de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ) por suspeita de abuso sexual.

Esta menina veio há 4 anos para Portugal por motivos de saúde, ao abrigo dos acordos de cooperação internacional, acompanhada pela mãe e em Fevereiro de 2010 realizou um transplante de córnea. Actualmente já tem autorização de residência em Portugal. É seguida na consulta externa de oftalmologia e fez 2 consultas de desenvolvimento por apresentar atraso global de desenvolvimento.

A criança frequenta a escola, encontrando-se no 1º ano do ensino especial. Foi trazida ao Serviço de Urgência por funcionária da escola, após contacto prévio deste estabelecimento de ensino com o Centro de Saúde e com a CPCJ.

A menina apresentou queixas de disúria e dor vaginal referindo à assistente educativa que: - “o Nicolau picou o pipi...”. A assistente informou a direcção da escola que contactou o Centro de Saúde, tendo recorrido ao local uma enfermeira do Núcleo de Crianças e Jovens em Risco (NCJR), que tentou perceber o sucedido através do jogo e do brincar.

Uma entrevista orientada e adaptada à idade da criança, por exemplo, por um psicólogo infantil, ou mesmo pela enfermeira de saúde infantil e pediatria, se competente para comunicar de facto com a criança torna-se imperiosa para clarificar a situação.

O brincar é como uma ponte de comunicação entre o enfermeiro e a criança, e os enfermeiros que brincam estabelecem mais facilmente uma relação com as crianças (Batista et al,2004).

“Ao fazer de conta a criança ao mesmo tempo vive e constrói uma realidade e partilha-a com os seus companheiros” (Bichara, 1999).

O brincar deve ser considerado uma “ferramenta” de trabalho para os técnicos de saúde que cuidam da criança (Diogo 2001).

Após resultado inconclusivo, perante o discurso incoerente da criança, foi contactada a CPCJ que deu indicação para conduzir a criança ao Serviço de Urgência.

Foi posteriormente chamada ao serviço de urgência a assistente social que reteve a criança no Serviço de internamento por risco elevado, baseando-se nos factos apresentados e foi comunicado o facto ao NACJR do Hospital.

Foi contactada a mãe que compareceu no local acompanhada por uma tia. Segundo sua informação, a criança e a mãe vivem conjuntamente com a tia, o marido, 3 filhos de 5,6,7 anos e uma sobrinha de 12 anos. A mãe subalugou um quarto junto à casa desta por falta de espaço.

A mãe da criança trabalha num restaurante e a criança fica em casa da tia, excepto quando a mãe está de folga. A menina dorme no quarto da mãe, em cama própria e a mãe nega ter levado algum companheiro para este anexo e refere não achar possível a criança ter sido abusada por ninguém.

Inicialmente, pensou-se que o “Nicolau” seria um companheiro da mãe, mas após conversa com a família, percebeu-se que o Nicolau era um primo da mesma idade da menina.

No dia do sucedido, e segundo informação da mãe, a criança nunca esteve sozinha, dormiu no seu quarto, foi com a mãe ao dentista e posteriormente foi levada à escola. Confirma-se telefonicamente que ambas estiveram presentes no dentista.

No serviço de urgência a menina refere disúria, dor vaginal, não tem presença de sangue na roupa interior, nem lesões corporais visíveis. Apresenta um discurso evasivo quando questionada, é muito comunicativa, alegre e extrovertida tentando captar a atenção.

No exame objectivo apresenta-se rosada, hidratada, bem nutrida, orofaringe bem, nistagmo à direita, enxerto da córnea, adipomastia, penugem axilar, abdómen depressível, sem organomegalias, sem pelos púbicos, sem equimoses ou lacerações.

A observação de ginecologia é negativa, não apresenta corrimento vaginal ou outras secreções, tem o hímen intacto, o “combur test” é negativo.

É contactado perito do Instituto de Medicina Legal que, pelo relatado, não considera necessária observação de urgência.

Acompanho a mãe ao serviço social. Esta apresenta-se aparentemente calma, colaborante com a equipe de saúde. Na entrevista com a assistente social, percebo que a criança já tinha sido referenciada anteriormente pela escola por se ter deitado no chão da sala de pernas abertas e simular gemidos. Põe-se a hipótese da criança presenciar momentos íntimos entre os tios e querer imitá-los, e é comunicada suposição à mãe. Conclui-se que afinal o “Nicolau” é um primo de 7 anos de idade e é chamada a atenção a esta família para a necessidade de vigilância das crianças quando brincam e para a manutenção do pudor relativamente à intimidade dos adultos.

A criança tem alta acompanhada pela mãe, ficando no entanto sob vigilância.

Toda esta situação complexa e ao mesmo tempo controversa leva-me a reflectir e a colocar várias hipóteses:

- Será que esta criança alguma vez foi abusada sexualmente?
- Será que tudo isto faz parte da sua imaginação?
- Será que a família alargada cuida correctamente desta criança?
- Será que nós enfermeiros e técnicos, que trabalhamos com crianças, estamos convenientemente alertados para estas situações?
- Será que caímos no sensacionalismo?
- Como podemos conduzir o caso defendendo o supremo interesse da criança?

Consultando as teorias do desenvolvimento estudadas pelos diversos teóricos, a criança em idade pré-escolar encontra-se:

- Segundo Erikson no período da “iniciativa versus culpa”, que se caracteriza por um período de grande imaginação, de exploração do mundo físico, de socialização prematura em que os adultos servem de modelos.
- Segundo Freud na “fase fálica” que se caracteriza por uma forte identificação com o progenitor do mesmo sexo, pelo prazer centrado na genitália e na masturbação.
- Segundo Piaget no período “pré-operacional” que se caracteriza pelo pensamento mágico, pelo não conhecimento real do significado das palavras, pelo conflito cognitivo.
- Segundo Kohlberg no período “pré convencional – subestádio II” que se caracteriza pelo individualismo e intercâmbio e a observação para obter recompensas e evitar punição

(OE 2010 a).

Deslandes (2007, p.32) define mau trato como: “... existência de um sujeito em condições superiores (idade, força, posição social ou económica, inteligência, autoridade,...) que comete um dano físico, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima ou por consentimento obtido a partir de indução ou sedução enganosa”.

O abuso sexual surge como um tipo de mau trato difícil de identificar, e a sua participação às autoridades só é feita em caso de denúncia de parentes, escola, vizinhos ou amigos. É definido como o envolvimento de crianças e adolescentes mentalmente imaturos e dependentes em

actividades sexuais que não compreendem verdadeiramente e para as quais são incapazes de dar o seu consentimento, violando assim tabus sociais ou papéis familiares. (Hockenberry 2006)

Alguns sinais e sintomas de abuso sexual são: as lesões dos genitais, fissuras genitais ou anais sangrantes, rotura do hímen, equimose na mucosa oral, infecções urinárias, rubor, edema dos órgãos genitais, hemorragias, hematomas, escoriações, hiperemias na região genital, dor abdominal, incontinência, obediência exagerada, perda de concentração, preocupação em agradar.

Esta criança apesar de à entrada no serviço de urgência apresentar queixas de disúria, não apresentou nenhum destes sinais e sintomas anteriormente descritos. O seu comportamento também não correspondia ao de uma criança abusada, uma vez que era faladora, e extrovertida tentando chamar a atenção sobre si própria.

No contexto familiar, a mãe sempre se demonstrou calma, colaborante, não parecendo tentar encobrir nenhuma situação.

Permanece porém a dúvida face a não se tratar de uma primeira referenciação:

- Será que esta família não salvaguarda o pudor e a intimidade perante a presença da criança?
- Ou será que o pessoal da Escola, da equipa do S. Urgência do HSM e da CPCJ se focalizaram no suposto abuso sexual e ninguém escutou convenientemente a criança relativamente ao sucedido?

As famílias migrantes, como é o caso desta família oriunda da Guiné, quando separadas do seu grupo social, cultural e familiar, muitas vezes sentem-se desenraizadas e isoladas, apresentando frequentemente dificuldades psicossociais, emocionais e adaptativas, tendo o isolamento e a pobreza das relações sociais e familiares repercussões directas nas relações da mãe e da criança e nas respostas educativas, provocando um empobrecimento e desequilíbrio na interacção entre a mãe e a criança e uma inadequação das respostas maternas às necessidades das crianças (Ramos 2004).

Perante esta dúvida a criança tem alta, mas fica o “processo em aberto” com o futuro seguimento desta situação pelo NACJR do Centro de Saúde. Há que intervir precocemente, informar, formar esta família e prevenir outras situações, pois como refere a OE (2005):

- A protecção da criança tem de ser assegurada em todos os contextos e todas as situações.
- Em todas as situações deve garantir-se a satisfação das suas necessidades humanas básicas, o que não acontecendo constitui também uma forma de violência infantil.
- O enfermeiro tem o dever de, no seu exercício, salvaguardar os direitos da criança, protegendo-a de qualquer forma de abuso (alínea b) do artigo 81º) e, atendendo ao contexto concreto, encaminhar

para outro profissional, ou para outra entidade mais bem colocada, para responder ao problema, quando a situação ultrapasse a sua competência (alínea b) do artigo 83º).

A intervenção do Enfermeiro deve ser baseada no quadro ético e deontológico estabelecido e orientado por princípios de intervenção – lei de protecção de crianças e jovens em risco (artigo 4º, da lei nº 147/99, de 1 de Setembro)

Cabe ao enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica actuar consoante as competências que lhe são exigidas e de acordo com o preconizado no novo Modelo de Desenvolvimento profissional (O.E.2009 a, p21) em que “ diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem, e identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico, identifica situações de risco para a criança e jovem (ex: maus tratos, negligência e comportamentos de risco), sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção e assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus tratos”.

No primeiro nível de intervenção, cabe à saúde a “aplicação de mecanismos de prevenção da ocorrência de maus tratos, da detecção precoce das situações de risco e de perigo, do acompanhamento e prestação de cuidados e da sinalização e/ou encaminhamento de casos para outros serviços, de acordo com o principio da subsidiariedade e no âmbito da complementaridade e articulação funcional” (Direcção Geral da Saúde, 2009,p.5)

4. UM CASO DE REAGRUPAMENTO FAMILIAR

O caso que desta vez me levou a reflectir, é um caso que não sendo relacionado directamente com a criança, o jovem, a família proveniente dos PALOP por motivos de saúde, difere pela sua natureza, mas reflecte os problemas da imigração e as consequências da migração, temas que me tenho dedicado a estudar de forma a compreender melhor os fenómenos da imigração e migração, a sua implicação na vida e na saúde desta população. É o caso de um jovem que veio para Portugal pela lei do reagrupamento familiar após a imigração dos pais para o nosso país.

No sábado, no turno da manhã, encontrava-se na Sala de Observações (SO), no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de Santa Maria, um adolescente de 14 anos de idade, de raça negra, com o diagnóstico de traumatismo crânio-encefálico com perda de conhecimento, motivado por queda ocorrida em acidente de mota. Apresentava hematoma visível na região frontal e orbital. Estava acompanhado pela mãe, uma senhora de 50 anos de idade e mantinham-se ambos pouco comunicativos. Quando questionado pela equipe médica ou de enfermagem sobre o acidente, o rapaz respondia que não se lembrava. A mãe referia que a criança tinha pegado na mota de um amigo, após as aulas, e que caiu, recorrendo horas mais tarde ao Hospital de Santa Maria por hematoma e vómitos. Deu entrada no S.O. cerca das 4h e a mãe referiu que caiu da mota cerca das 22 H.

Realizou TAC – CE no turno da noite que não revelou traços de fractura nem colecções hemáticas ou focos de contusão parenquimatosa, apenas um volumoso hematoma epicraniano em topografia frontal, pelo que ficou internado no S.O. para vigilância.

Durante o turno da noite o jovem teve mais um vómito e, durante o turno da manhã, dormiu a maior parte do tempo. Iniciou alimentação que foi tolerando, não apresentava sinais neurológicos alterados, referindo por vezes dor local sendo feita analgesia prescrita com efeito.

Tinha como antecedentes familiares a mãe com 50 anos saudável, o pai com 59 anos com hábitos alcoólicos, 3 irmãos saudáveis. Como antecedentes pessoais era um jovem saudável que frequentava o 6º ano com fraco rendimento escolar, com imunizações actualizadas.

A mãe permaneceu sempre a seu lado, calada até cerca das 14 horas, altura em que reparei que ralhava com o filho..., aproximei-me, com a desculpa de avaliação de sinais vitais, e logo a discussão terminou...

Comecei a conversar com a mãe, perguntei-lhe qual a sua nacionalidade e a do filho, quando tinha vindo para Portugal...

A conversa começou a desenvolver-se e a mãe começou a desabafar comigo...

Esta mãe, natural de Cabo Verde, viera para Portugal há 9 anos com o marido, deixando os 4 filhos menores com a irmã mais velha, na altura com 19 anos de idade. Os seus pais, avós das crianças, viviam perto destas e apoiavam-nas. Este jovem, actualmente com 14 anos, era o mais novo, tendo na altura em que os pais imigraram para Portugal 5 anos de idade.

Em Portugal os pais arranjam trabalho, legalizaram-se e conseguiram trazer os filhos através da lei do reagrupamento familiar.

Há 2 anos a mãe tinha-se separado do marido, que desde a vinda para Portugal se “entregara à bebida” (sic), maltratando e ameaçando as crianças e a mãe.

Esta mãe trabalha numa fábrica de papel, perto de casa, tendo o encargo de dois filhos a estudar; os outros 2 filhos, maiores de idade, já trabalham, com situação laboral instável, e vivem em casa da mãe.

Tendo em conta a dimensão cultural do jovem e família, o enfermeiro enquanto prestador de cuidados deve saber escutar, orientar e aprender. As acções de enfermagem devem ser negociadas de forma a darem resposta às verdadeiras necessidades do jovem e família. O enfermeiro deve de assumir uma atitude de humildade perante o utente, estando consciente que este muitas vezes, lhe transmite informações úteis e essenciais para que possa exercer uma prática de cuidados significativa para ele.

Tentei que me explicasse o que tinha acontecido com o filho, tendo referido que o jovem “já lhe tinha pedido uma mota, pois um amigo seu tinha recebido uma como prenda do pai, mas que ela não tinha possibilidades económicas de lhe dar, nem sequer uma bicicleta, e tinha medo que tivesse algum acidente. O menino ficou revoltado e, naquele dia, após sair da escola pegou na mota do amigo” (sic).

Segundo Barros (2003, p.181), é na transição para a adolescência que o jovem sofre pressões para se envolver em comportamentos prejudiciais como o consumo de substâncias nocivas, de assumir riscos como a condução perigosa de veículos e desportos radicais, mas é também nesta fase da vida que tem a possibilidade de reestruturar os seus hábitos e que vai adquirindo maior autonomia e responsabilidade.

Sampaio (1993, p.100) alerta que “a adolescência é a última oportunidade para a entrada saudável na vida adulta”.

Tentei saber como é que a mãe deixara o filho pegar na moto do amigo, e como é que esta criança de 14 anos permanecia na rua até tão tarde (o acidente deu-se às 23H). A mãe referiu que já o tinha avisado, mas que ele “não lhe tinha dado ouvidos” (sic). Tentei saber também porque levava tanto tempo a recorrer ao serviço de urgência, ao que me respondeu que a criança não teve perda de conhecimento, veio para casa e só depois é que começou a vomitar, recorrendo então à urgência.

Ser adolescente é um desafio constante face ao mundo dos adultos. É o tentar a afirmação, a concretização dos seus ideais e valores perante os outros, que se traduz muitas vezes em manifestações de revolta e transgressão perante os valores da sociedade em geral, e dos valores parentais em particular.

Este caso levou-me a reflectir...

Esta mãe, que veio para Portugal trabalhar há 9 anos, deixando todos os filhos entregues a uma irmã, e conseguindo reuni-los novamente há 5 anos, separando-se do marido há 2 anos por maus tratos, defendendo-se a si e aos filhos, não conseguia agora impor a sua autoridade de mãe a esta criança, nem conseguia inculcar-lhe regras.

Seria uma manifestação cultural?

Segundo Leininger “o cuidar humano é um fenómeno universal, mas as suas expressões, processos e padrões variam entre as culturas (...) cuidar tem dimensões biofísicas, psicológicas, culturais, sociais e ambientais que podem ser estudadas e praticadas para que se possa prestar cuidados holísticos” (Leininger, 1988 p.9)

Sentia-me dividida perante a ideia de negligência, pois em 1º lugar a mãe defendera os filhos, separando-se do pai e assumindo sozinha o sustento da casa e da família, permaneceu com o jovem no serviço de urgência e cuidava dele, mas por outro lado não recorrera ao S.U. logo após o acidente, e não conseguia controlar o filho. Comentei o caso com a minha orientadora, ao que ela não atribuiu muito valor, pois face à idade da criança e às características da mãe não considerou negligência.

De acordo com Sampaio (1993), “A adolescência é um período marcado por alguma instabilidade, decorrente das rápidas transformações físicas, assim como das inevitáveis mudanças no seu mundo interior”.

No entanto e, apesar do jovem se encontrar na adolescência, e a sua mãe parecer preocupada e lutadora, continuei a reflectir sobre esta situação.

A minha própria experiência de mãe de adolescentes me conduzia a pensar o que fazer em situações de conflito e de confronto? O que fazer quando os adolescentes contrariam as regras, colocando-nos e colocando-se em perigo?

Segundo Paulanka e Purnel (2010, p.6) “A capacidade de nos compreendermos a nós próprios estabelece o espaço para integrarmos novos conhecimentos relacionados com as diferenças culturais, na base dos conhecimentos profissionais e nas percepções das intervenções, no âmbito da saúde”.

Diogo (2006, p. 82, citando Hesbeen 2004), refere que o cuidar é uma incessante procura de si, pois ao cuidar, a pessoa procura conhecer-se. “Através das dificuldades do outro questionamos as nossas dificuldades. O mundo e os outros são espelhos que reflectem a nossa própria imagem” (*ibid*).

Apesar de concordar não ser uma situação para referenciar ao NACJ o qual tem como função apoiar os profissionais nas intervenções no domínio das crianças e jovens em risco através da articulação e cooperação em outros serviços e instituições, não deveria esta mãe ser apoiada psicologicamente, de forma a conseguir futuramente confrontar o filho e impor-lhe regras?

Como as crianças no S.U. geralmente têm alta ao fim de poucas horas, penso que estes casos deveriam de ser referenciados aos Centros de Saúde de forma a proporcionar-se o acompanhamento pela Saúde Escolar ou um Programa de adolescentes que pudesse ser importante para este jovem e família.

É nesta faixa etária que ocorre a formação da personalidade do ser humano, através da aquisição e aprendizagem de estilos de vida, que se pretendem que sejam saudáveis.

Como refere Barros (2003, p. 182) “ao longo da adolescência e do início da juventude, devem ser trabalhados todos os objectivos comportamentais que estão identificados como representando um risco para a saúde futura na medida em que é nesta fase da vida que os jovens provavelmente estabilizam um estilo de vida mais ou menos saudável”. Deve ser dada uma atenção especial aos objectivos que se relacionam com os maiores perigos imediatos para os jovens que constituam perigo de vida (ex: acidentes de viação) pois podem influenciar negativamente toda a evolução posterior (ex: problemas judiciais)

Estamos também perante uma caso de imigração, em que o filho foi separado da mãe aos 5 anos de idade, voltando-se a juntar a ela aos 9 anos, o que também poderá dificultar a imposição de regras por parte desta. Além deste factor, estamos na presença de uma criança que aos 9 anos de idade

muda de residência para outro país, outra cultura, outra língua, outros hábitos, é reintegrada na família, é integrada na escola, onde apesar de algumas dificuldades de aproveitamento escolar tem alguns amigos, está integrada na comunidade onde vive, mas será que consegue gerir eficazmente todas estas transformações de vida?

Os comportamentos de risco podem surgir como uma resposta a tarefas de desenvolvimento adequadas como lidar com o *stress* em determinadas situações, integração e aceitação no grupo de pares, devendo a intervenção preventiva ajudar os jovens a encontrar outras formas de realizar essas tarefas sem colocarem a sua vida ou o seu futuro em risco (Barros 2003).

Todas as modificações na vida deste jovem poderão ser difíceis de gerir em qualquer altura da vida, em especial numa altura conturbada como é a adolescência, pelo que os enfermeiros deverão estar despertos para elas e pensarem em estratégias de articulação com os enfermeiros da comunidade de forma a serem seguidas no Centro de Saúde numa vertente de formação e capacitação do jovem e da família e prevenirem futuras complicações e comportamentos de risco.

A “migração” é um factor de *stress* pois implica inúmeras mudanças nos hábitos e estilo de vida. “É necessário proporcionar ao individuo migrante um enquadramento social, familiar, psicológico, educativo, e jurídico capaz de transformar o risco, o trauma, a ruptura que comporta a situação migratória, num processo estruturante, capaz de transformar a vulnerabilidade, a exclusão, a patologia frequentemente associada à migração num processo dinamizador, criativo e inclusivo” (Ramos, 2008, p. 83)

Bee (2003, p. 515) refere que a queda da auto-estima que se observa no início da adolescência parece correlacionar-se a um excesso de novas exigências e de novas mudanças, e que alguns observadores descobriram que os adolescentes que passaram por um maior número de mudanças simultâneas no início da puberdade apresentam uma maior queda de auto-estima, maior aumento de comportamentos de risco e maior insucesso escolar.

Como refere Lopes et al (2009, p.113) “O enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem”

Compete ao enfermeiro especialista ter um conhecimento profundo deste estágio de desenvolvimento, e ser agente promotor da estabilidade do adolescente e da família, tal como nos diz o Decreto-Lei nº437/91, de 8 de Novembro, que determina o conteúdo funcional da categoria de enfermeiro especialista. Para além do conteúdo funcional do enfermeiro generalista, ao enfermeiro especialista compete ainda a prestação de “cuidados de enfermagem que requeiram um nível mais

profundo de conhecimentos e habilidades, actuando, especificamente, junto do utente (individuo, família ou grupo) em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui”(ibidem).

5. TÉCNICA DE CANGURU – UM PONTO DE ENCONTRO ENTRE CULTURAS?

Desta vez encontro-me a estagiar no serviço de neonatologia da MAC, e constituindo um dos meus objectivos de estágio o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido de risco e família numa situação de migração dos PALOP, reporto-me à descrição de uma situação que me conduziu à análise e reflexão sobre a multiculturalidade, os cuidados de enfermagem transculturais e a interpretação do modelo de “Sunrise” desenvolvido pela teórica que adoptei para desenvolver o meu projecto: - Madeleine Leininger.

Esta reflexão incide num recém-nascido de quem cuidei esta semana e sua família. Este bebé, no 25º dia de vida e de internamento no serviço de neonatologia, tinha o diagnóstico de restrição do crescimento intra-uterino (RCIU), prematuridade, extremo baixo peso, imaturidade pulmonar e hiperbilirrubinémia. A mãe, de 29 anos, natural da Guiné Bissau, foi seguida no Senegal durante a gravidez, tendo vindo por opção própria para Portugal às 28 semanas de gravidez para casa de um familiar. Foi seguida no Centro de Saúde de Loures que a enviou para a consulta de alto risco da maternidade, tendo sido internada no serviço de Medicina Materno fetal a 11/10/2011 por restrição do crescimento intra-uterino (RCIU). Fez cesariana electiva por oligoamnios, a 25/10/2011, tendo a bebé nascido às 31 semanas com 830gramas, comprimento de 33 cm e com os diagnósticos supra citados. Mãe é gesta II, para II (a mãe tem uma criança de cerca de 3 anos que ficou na Guiné com a avó e com o pai), o pai é economista e a mãe é estudante.

A bebé permaneceu na Unidade de Cuidados Intensivos durante 5 dias com suporte ventilatório e encontra-se há 20 dias na Unidade de Cuidados Intermédios com boa evolução clínica. Tem vindo a recuperar o peso e hoje atingiu 1 Kg.

A mãe visita a bebé poucas vezes por semana, costuma vir sozinha, pois encontra-se em Portugal apenas apoiada por uns familiares distantes. Hoje foi dia de visita. Aproveitei para me apresentar à mãe, que apenas fala francês, e iniciámos uma conversa em francês acompanhado de linguagem gestual, mas, apesar da dificuldade, conseguimos comunicar.

Durante a conversa informal consegui perceber que esta mãe veio para Portugal como turista com a intenção de seguir a gravidez e ter o seu filho, pois os cuidados de saúde na Guiné não lhe transmitiam confiança nem segurança, optando por se deslocar para o nosso país onde tinha família, com o objectivo de ter o seu filho em segurança.

Segundo Martingo (2009), a República da Guiné Bissau, desde a proclamação da independência em 1974, tem sofrido sucessivos golpes militares que em nada contribuiram para o desenvolvimento

socioeconómico do país. Os vários governos democráticos têm-se revelado incapazes de fazer face às carências dos serviços de saúde, infra estruturas, educação, emprego ou alimentação, fazendo da Guiné Bissau um dos países mais pobres do mundo.

Portugal tem constituído um país de eleição para a imigração proveniente da Guiné Bissau. As afinidades culturais e linguísticas, as redes sociais compostas por Guineenses, aliadas à entreatada e apoio encontrado nestas redes pode constituir um dos factores desta preferência (Martingo, 2009).

Salgado (2009) refere que na Guiné Bissau existe uma distribuição desequilibrada de recursos humanos em certas categorias profissionais: é o exemplo de médicos, enfermeiros e pessoal técnico na área de meios complementares de diagnóstico e terapêutica. Verifica-se, também, uma baixa produtividade induzida pela constante avaria de alguns equipamentos que não podem ser reparados ou recuperados. No que se refere à formação, existem graves deficiências na sua planificação e gestão e a frequência desta formação no estrangeiro tem contribuído para a deslocação sem regresso de profissionais para outros países.

Atento a esta situação, o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) tem dirigido algumas acções no âmbito da gestão das políticas e da inovação. São exemplo os “Wellness Centers”, os programas de incentivo para retenção de profissionais em zonas carenciadas, o programa “Leadership for Change, LFC”, as “Bibliotecas móveis do ICN”, tendo como pioneira da inovação em enfermagem a Fundação Florence Nightingale que apoia o ICN (OE 2009 c).

Em Portugal todas as grávidas, puérperas e recém-nascidos têm direito a assistência médica gratuita independentemente da sua situação de legalidade. A saúde é um direito inegável, sendo a saúde materna e infantil protegida pelos direitos humanos.

Este caso fez-me reflectir...

Esta mãe, tendo esta opção, estava a defender a saúde e a vida do seu filho. No entanto, agora que o seu filho estava internado, visitava-o pouco, o que preocupava toda a equipa de enfermagem, pois colocava em causa todo o desenvolvimento de uma relação de apego e vinculação necessária ao desenvolvimento saudável da criança e de uma relação entre mãe e filho.

Durante uma das suas visitas ao recém-nascido, perguntei qual a razão de tamanha ausência, ao que me respondeu que vivia longe, que não sabia o caminho para a maternidade, e que precisava por tal de vir acompanhada, pelo que tinha de se restringir á disponibilidade dos familiares que a acolheram.

Foi neste perspectiva que, após falar com os familiares e com a mãe e reforçar-lhes a conveniência de permanecer mais tempo junto da filha, me lembrei de explicar e sugerir a esta mãe a adopção da técnica de Canguru quando ela viesse ver a bebé. Esta técnica, utilizada nesta unidade pelos enfermeiros do serviço, foi iniciada aqui pela enfermeira especialista que me está a orientar neste estágio, e que achou a minha sugestão muito pertinente. A mãe mostrou-se surpreendida, mas aceitou com agrado a sugestão.

Edgar Sanabria Rey e Héctor Gomes Martinez, médicos da Universidade Nacional de Bogotá na Colômbia, em 1979, foram pioneiros no programa mãe canguru intitulado “Manejo racional ao Prematuro e sua mãe”. Este programa surgiu como uma resposta a uma situação de risco onde ocorriam infecções cruzadas, falta de incubadoras, alto índice de abandono na unidade neonatal, baixa prevalência de aleitamento materno e alta mortalidade dos recém-nascidos de baixo peso (Rey e Martinez, 1983, citados por Durão, Soeiro e Gomes, 2010).

A Ordem dos Enfermeiros (2009 c, p.6) refere esta técnica como um exemplo prático de inovação em enfermagem como resposta a um problema existente.” Os cuidados Canguru foram desenvolvidos na Colômbia, por uma enfermeira Americana, como uma alternativa simples, segura e socialmente aceitável (...) A sua aplicação no Zimbabué mostrou que os cuidados Canguru reduzem a mortalidade neonatal nos países em desenvolvimento. Esta nova ideia, desenvolvida por enfermeiros num país, acabou por beneficiar bebés do outro lado do mundo”.

A técnica de Canguru é um método recomendado pela OMS desde 2003, em que o bebé prematuro usando apenas uma fralda e um gorro é colocado em decúbito prono, na posição vertical, na região torácica da mãe ou do pai, num contacto pele com pele. Promove a vinculação e o desenvolvimento geral do bebé, tem inúmeros benefícios para o bebé e para o cuidador (mãe ou pai), proporcionando um cuidar de enfermagem holístico. No bebé contribui para a estabilidade hemodinâmica, melhorando a frequência cardíaca e respiratória, proporcionando calma, segurança e bem-estar e possibilitando o aumento do peso. No cuidador proporciona a diminuição de ansiedade, e, no caso das mães, a estimulação das hormonas de produção do leite materno.

Após explicar a técnica à mãe, e obter o seu consentimento e aprovação, comecei a preparar o bebé. A mãe referiu-me que no seu país os bebés também eram colocados pelas mães num contacto pele com pele, mas às costas. Expliquei então à mãe que o facto de colocar o bebé às costas não lhe permitia o contacto visual com ele, o que se traduz de uma grande importância para o seu desenvolvimento e segurança.

Foi então que outra questão me surgiu: - Será que estaríamos perante um cuidado de enfermagem transcultural?

Nesse mesmo dia, nas inúmeras questões que tinha colocado à minha orientadora de estágio, tinha-lhe perguntado se não havia no serviço nenhum trabalho desenvolvido sobre multiculturalidade ao que me respondeu negativamente. No entanto ... será que o método de Canguru não constituiria uma técnica transcultural de cuidados?

Não constituiria este um cuidado que faria o ponto de encontro entre várias culturas? Cultura Americana (face à técnica ter nascido na Colômbia), cultura Africana (devido ser uma prática comum nas mães africanas colocarem a criança às costas), da cultura Europeia (pois foi uma técnica adoptada na Europa) e até da cultura Australiana (face à técnica ter nascido da observação da forma como as mães canguru carregam os seus filhotes na sua bolsa marsupial enquanto estes se desenvolvem).

Leininger refere que as culturas têm práticas de saúde específicas e padrões que são comuns a todas as culturas. “ Culturas diferentes percebem, conhecem e praticam cuidados de formas diferentes no entanto existem pontos comuns no cuidado em todas as culturas do mundo” (George, 2000).

Será que esta técnica poderia traduzir a teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural?

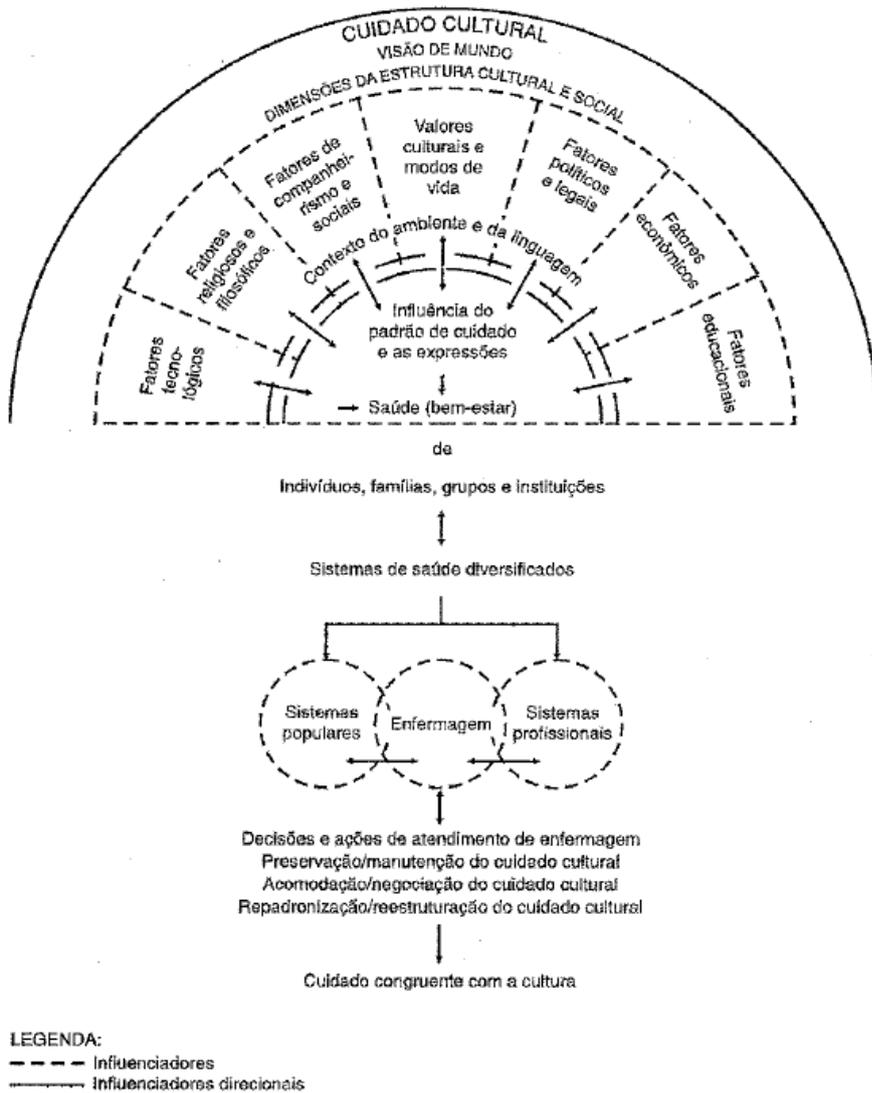


fig: modelo de sunrise

Leininger in George (2000 p. 301)

Leininger descreve a sua teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural no modelo de “Sunrise”. Este modelo corresponde a um mapa cognitivo que se dirige do abstracto para o concreto. A parte superior corresponde à visão do mundo do cuidado cultural (nível 1), passando para o conhecimento dos indivíduos, das famílias, dos grupos, das comunidades e das instituições em vários sistemas de atendimento de saúde (nível 2), seguidamente passamos para o sistema genérico ou popular, os sistemas de cuidados profissionais e o atendimento de enfermagem (nível 3). O (nível 4) corresponde às decisões de atendimento de enfermagem que envolvem:

- a preservação/manutenção do cuidado cultural.
- a acomodação/negociação do cuidado cultural
- a repadronização/reestruturação do cuidado cultural

O que nos transporta ao cuidado culturalmente congruente.

George J. (2000, p. 309).

Analisando o caso desta criança/família à “luz” do modelo de “Sunrise”:

- No nível 1 colocaríamos a criança/família proveniente da Guiné Bissau.

- No nível 2 teríamos de ter em conta:

- A pouca tecnologia do país de origem, os fracos recursos de saúde, devido a estarmos em presença de um país sub desenvolvido, considerado actualmente o mais pobre do mundo.
- A religião da família: neste caso católico, num país onde predomina a religião animista e muçulmana.
- Os factores de companheirismo e sociais: neste caso a família alargada no país de origem.
- Os valores culturais e modos de vida: neste caso esta família era diferenciada, tendo o pai formação académica superior e parecendo ter algum poder económico de forma a deslocar-se por sua conta para Portugal para ter a criança.
- Os factores políticos e legais: neste caso trata-se de uma mãe que vem com uma licença (visto) de turismo, para um país onde os cuidados de saúde lhe transmitem segurança e lhe garantem qualidade.
- Os factores económicos, neste caso trata-se de uma família com alguns recursos económicos, que lhe permitem deslocar-se como turista para um país noutra continente e manter-se com o apoio de familiares durante algum tempo.
- Os factores educacionais: neste caso a mãe é estudante e o pai economista, têm ambos formação académica que permite aperceberem-se dos riscos de saúde para a mãe e para a criança, tendo conhecimentos que lhes permitem contorná-los.
- O contexto ambiental e da linguagem: neste caso esta mãe nem fala nem percebe Português, mas fala Francês e Crioulo.

- No nível 3 teríamos em atenção a influência do padrão de cuidados e as expressões, a saúde e o bem-estar do individuo, família e comunidade que, no caso desta família, considera que não lhe garantem uma assistência de saúde que lhe transmita segurança, pelo que se dirigem em 1º lugar para um país vizinho: - o Senegal, a fim de seguir a gravidez e, seguidamente, para Portugal de forma a seguir a gravidez e o nascimento da criança.

- No nível 4 colocaríamos o atendimento de enfermagem que, neste caso exposto, envolveram a preservação do cuidado cultural, ou seja a preservação de uma técnica já utilizada pelas mulheres africanas para o transporte dos filhos, a acomodação a essa técnica através da explicação dos

benefícios da técnica de canguru e do contacto pele a pele entre a criança e a mãe e a repadronização através da negociação com a mãe, colocando a criança na região torácica em substituição da região dorsal e explicando as vantagens, como o contacto visual entre ambas e uma maior segurança e conforto. Desta forma conseguiríamos um cuidado culturalmente congruente.

Como resultado a mãe passou a permanecer mais tempo junto do recém-nascido e a participar activa e “entusiasticamente” nos cuidados, pedindo sempre para utilizar o Método de Canguru e prestando os cuidados de higiene conforto e alimentação sempre que estava presente.

Ao reflectir sobre o papel do enfermeiro especialista numa unidade de recém-nascidos de alto risco este, ao promover esta técnica não só entre a tríade como entre os pares, tem a oportunidade de desenvolver uma prática baseada nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, procurando trabalhar no sentido de remover barreiras e gerir a segurança e o bem-estar do cliente pediátrico

6. QUERO REGRESSAR Á GUINÉ ...

O caso que desta vez me levou a reflectir refere-se a uma criança Guineense de cerca de 3 anos de idade e da sua mãe, que no dia 11 de Janeiro recorreram ao Programa de Saúde da Criança e do Jovem na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) da Alameda. Esta criança encontrava-se com respiração ruidosa, secreções a nível superior que lhe provocavam dificuldade respiratória, respiração predominantemente oral, acessos de tosse produtiva frequentes. Com o decorrer da consulta de enfermagem percebi que, no dia anterior, a criança tinha recorrido a este mesmo serviço e lhe tinha sido explicada a necessidade de fluidificar as secreções, indicando como fazer nebulizações com soro fisiológico várias vezes ao dia (3-5), sendo para isso preciso um aparelho de aerossol que se disponibilizaram, após explicarem o seu funcionamento, entregar no domicílio. No entanto, como a mãe não se encontrava em casa a empresa não lhe deixou o aparelho.

A criança estava pior e a mãe não tinha seguido as indicações dadas... A mãe, foi chamada à atenção, sendo alertada para que, caso a criança piorasse, teria de recorrer à urgência do Hospital. Foi então remarcada nova entrega do aparelho de aerossol, numa hora que a mãe se disponibilizou a estar em casa, foram reforçadas indicações sobre a importância das nebulizações para fluidificar as secreções. A enfermeira especialista aproveitou, também, para reforçar algumas indicações referentes a esta idade e marcar nova consulta de enfermagem em data muito próxima, pois conforme directrizes do programa tipo de Saúde Infantil e Juvenil “a manutenção e promoção de saúde de todas as crianças é, pois, um imperativo para os profissionais e para os serviços” (Portugal, 2005 p.5), sendo competência do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria assistir a criança, o jovem e a família na maximização da sua saúde diagnosticando precocemente e intervindo na doença e em situações de risco que possam comprometer a vida ou a qualidade de vida da criança e do jovem (OE, 2009b).

Analisando a história de vida desta utente, esta mãe, natural da Guiné, tem mais um filho de 6 anos que ficou no país de origem com a avó. A mãe conseguiu trabalho e um visto de residência, trabalhando num restaurante como cozinheira. Este filho já nasceu em Portugal. O pai da criança trabalha no Luxemburgo, não tendo qualquer contacto com a mãe, e esta diz não ter qualquer tipo de apoio em Portugal. Mora num quarto com a criança, perto do centro de saúde, e quando vai para o trabalho deixa o filho aos cuidados de uma ama que vive próximo de casa.

Reflectindo sobre a situação desta família, importa salientar que a figura paterna está ausente, delegando para a mãe este papel. Sabemos que o sentimento de pertença a uma família, a uma

comunidade ou cultura, fornece um sentimento de segurança que a criança necessita de obter para se desenvolver saudavelmente. Desde o nascimento é a família, e muito em particular a mãe e o pai, que fornecem ao seu filho apoio, conforto, protecção e segurança emocional, indispensáveis à saúde da criança. A simples satisfação das necessidades fisiológicas e alimentares não se revela suficiente para que a criança cresça e se desenvolva de forma harmoniosa, pois necessita de uma relação próxima e estável com um adulto afectuoso, de se encontrar envolvida num ambiente estimulante, gratificante e disponível. “É a necessidade e satisfação primária do contacto e do afecto, é a segurança encontrada nos braços da mãe, do pai (...), que permitem á criança construir-se psicologicamente, autonomizar-se e desenvolver-se saudavelmente” (Ramos 2004, p.163). A vinculação, apesar de frequentemente considerarem que se estabelece mais fortemente com a mãe, não assenta somente sobre esta figura exclusiva, sendo que as relações podem fazer-se com várias pessoas no seio da família (*ibidem* 2004, p.164). O pai é uma figura de vinculação importante para a criança, desempenhando e conciliando de forma competente os cuidados básicos, as exigências do envolvimento precoce e afectivo e as competências que incitam a criança ao desenvolvimento da sua autonomia, segurança e socialização. Desta forma considero que a falta do enquadramento paterno e de referências que acompanham desde sempre o crescimento desta criança pode constituir um factor de risco e de vulnerabilidade. Como futura enfermeira especialista é fundamental estar desperta para esta situação “assistindo a criança, o jovem, a família na maximização da sua saúde, implementando e gerindo, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade de gerir o regime e da reinserção social da criança e do jovem” (OE 2009a, p.22)

Ao conversar com esta mãe, percebi que queria regressar à Guiné e que já tinha inclusive comprado a viagem de regresso para si e para o seu filho.

Senti-me muito surpreendida perante este caso, pois esta mãe queria regressar para a Guiné por alegada falta de apoios. Várias questões me surgiram:

- Será que os apoios desta mãe na Guiné são superiores aos que tem em Portugal?
- Será que no contexto económico Europeu actual, Portugal está no início de uma mudança como país de acolhimento de imigrantes?
- Será que as condições em Portugal estão a piorar e na Guiné a melhorar?
- Será que o desafio desta mãe consiste em contrariar a pobreza?
- Será que tem saudades da família que deixou no país de origem?

- Será que esta “falta de apoios” (sic) conduz esta mãe a não ser tão cuidadosa com a sua criança?
- Será que num contexto de cuidados de saúde primários os utentes se apercebem mais dos seus direitos e deveres?

Estas e muitas outras questões me ocorreram tentando descobrir esta mudança de atitude, no entanto foi à última pergunta que me senti mais capacitada para a reflectir e aprofundar...

A República da Guiné Bissau é considerada um dos países mais pobres do mundo, tem sido alvo de grande instabilidade política, a maioria da sua população não tem acesso a electricidade, água potável, esgotos e sistema de recolha de lixo. Uma grande percentagem da sua população é analfabeta³. Em cada cem crianças em idade escolar, setenta e duas não frequentam a escola e, apenas 12% de raparigas e 18% dos rapazes que a frequentam completam o ensino básico. As crianças que não acabam o ensino básico acabam por se tornar analfabetas e vulneráveis⁴.

Nos países Africanos, os problemas de saúde estão, muitas vezes, ligados à pobreza e às condições sociais de afastamento dos cuidados de saúde primários. As realidades geopolíticas, económica e sócio cultural destes países afectam directa ou indirectamente a saúde das populações. No entanto existe desenvolvimento de esforços na busca de soluções para melhorar a qualidade de vida destas populações e promover ganhos em saúde (Freitas et al 2010)

Esta mãe referiu-me que encontrou muitas dificuldades de integração e diversas barreiras no acesso aos cuidados de saúde até ter a sua situação de permanência em Portugal regularizada, e que actualmente ainda encontrava alguns obstáculos.

Como nos refere Backstrom (2009, p.169) “os Africanos em Portugal são um dos grupos que geralmente enfrenta maiores dificuldades de integração, devido à sua origem étnica e cultural distinta da sociedade de acolhimento, quando pautada pelo protótipo da cultura ocidental europeia”.

Qualquer cidadão nacional ou estrangeiro tem o direito e o dever de tentar ser saudável e de ajudar a que o sejam todos os que vivem à sua volta. A Constituição da República Portuguesa, no seu artigo 64º, garante que todos têm direito à saúde e o dever de a defender e promover, e o artigo 15º garante aos estrangeiros e apátridas que se encontram ou residam em Portugal o gozo dos direitos e a sujeição aos deveres do cidadão Português.

Os cuidados de saúde são promovidos pela legislação portuguesa a toda a população nacional ou estrangeira que vive no seu território, no entanto verifica-se que certos grupos da população não têm

³ <http://www.agenciaeclesia.pt> acedido em 29/02/2012

⁴ <http://www.gw.one.un.org/publicacions/unicef>. Acedido em 29/02/2012

acesso facilitado aos cuidados de saúde. É o caso da população imigrante a viver em Portugal que, muitas vezes, não conhece os seus direitos, os locais onde se dirigir, associada esta dificuldade à barreira linguística.

“os cuidados de saúde primários (CSP) são o primeiro nível de contacto com o sistema nacional de saúde para os indivíduos, as famílias e a comunidade, trazendo os cuidados de saúde tão próximo quanto possível para os locais onde as pessoas vivem e trabalham” (OE 2008, p.1).

“É função dos profissionais de saúde fornecer a informação/formação adequada para que cada pessoa possa gerir a sua saúde adequadamente” (Ribeiro,2011,p. 464)

No entanto, por vezes, os enfermeiros e outros profissionais de saúde desconhecem os direitos e deveres dos estrangeiros e imigrantes. A própria legislação referente a estes utentes do SNS é, por vezes, ambígua sendo sujeita a diversas e diferentes interpretações. Devido a este facto, que tem criado situações constrangedoras, a DGS tem publicado algumas circulares normativas e notas internas a fim de clarificar a legislação vigente e de unificar as respostas em cuidados de saúde, garantindo o acesso aos cuidados de saúde a todos os cidadãos e fazendo cumprir os direitos humanos.

A barreira linguística, a cultura, o desconhecimento do sistema de saúde Português, conduz à necessidade de uma informação constante, eficaz e culturalmente adequada de forma a que esta população possa aceder aos seus direitos.

As barreiras de acesso e utilização dos cuidados de saúde por parte dos imigrantes podem coincidir com a persistência de alguns preconceitos e ideais racistas ou discriminatórios para com imigrantes, com o desconhecimento da legislação em vigor por parte dos profissionais de saúde e da administração pública, e com diversas dificuldades de fazer cumprir a legislação. Podem, ainda, acrescer barreiras como a fraca sensibilidade para a competência cultural muitas vezes ligada ao etnocentrismo dos profissionais, a excessiva burocracia do SNS e os recursos de tradução. No que se refere aos imigrantes, os principais factores que funcionam como barreiras ao acesso e utilização dos cuidados de saúde correspondem muitas vezes à ausência de uma cultura de saúde preventiva típica dos seus países de origem, às dificuldades económicas, às dificuldades linguísticas, de mobilidade, desconhecimento dos direitos e deveres, desconhecimento do funcionamento do sistema de saúde e de alguns deveres dos profissionais de saúde (ex: sigilo), a situações de ilegalidade com receio de denúncia (Andrade 2008).

Neste sentido, assume-se como imediato, “o apoio às crianças com necessidades especiais, em situações de risco ou especialmente vulneráveis, a redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde e o

reconhecimento dos pais como primeiros prestadores de cuidados são aspectos prioritários. O aumento do nível de conhecimentos e de motivação das famílias, a par da redução do analfabetismo e da melhoria das condições de vida, favorecem o desenvolvimento da função parental e tornam possível que os pais e a família a assumam, como direito e dever, competindo aos profissionais facilitá-la e promovê-la” (Portugal, 2005, p.5)

Conhecer a cultura de cada individuo é fundamental para o cuidar, levando-nos a compreender as suas atitudes face à saúde.

Para Paulanka e Purnel (2010), cultura é definida como “a totalidade dos padrões comportamentais socialmente transmitidos, a arte, as crenças, os valores, os costumes, as formas de vida (...) de uma população que orienta a sua visão do mundo e as suas tomadas de decisão”.

A cultura influencia a saúde e a doença, e é aprendida desde o nascimento. Os prestadores de cuidados de saúde têm de reconhecer, respeitar e integrar a cultura do utente e integrá-la nas suas prescrições de saúde. A qualidade dos cuidados e a vida do utente é directamente proporcional ao conhecimento das suas capacidades linguísticas, crenças, valores culturais, pelo que as organizações de saúde, e profissionais que são culturalmente competentes, possuindo conhecimentos etnoculturais específicos serão mais eficazes a cuidar destes utentes e terão menor probabilidade de expressar comportamentos negativos, etnocentrismo, estereótipos e racismo, proporcionarão consequentemente, melhores oportunidades de promover a saúde, prevenir a doença, manter a saúde, recuperá-la e obter futuramente mais ganhos em saúde, e tornando-se mais produtivos (Paulanka e Purnel 2010).

Leininger reforça a necessidade de uma abordagem holística e ecológica ao utente/família, e identifica três modos de acção: preservação dos padrões culturais, negociação e redefinição e estruturação de cuidados (Abreu 2003).

Os imigrantes têm direito a exigir do Serviço Nacional de Saúde e dos seus profissionais práticas culturalmente competentes, que respeitem a sua cultura, preservem os seus padrões culturais e, ao mesmo tempo, negociem e repadronizem o cuidado cultural de forma a obter maiores ganhos em saúde bilaterais.

Os enfermeiros e todos os profissionais de saúde têm o dever de se impor o conhecimento dos padrões culturais do utente de forma a poderem intervir utilizando uma prática dirigida aos padrões culturais de cuidados, respeitando o utente e a sua cultura.

A família constitui um todo, não podendo as suas partes serem indissociadas, pelo que “o apoio à criança passa também por apoiar a família, como um sistema interactivo (...)” (Ramos 2004, p.178)

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção deste “Diário de Campo” através da análise e reflexão de algumas situações vividas durante este percurso, conduziu-me ao crescimento pessoal e profissional, e à aquisição de competências de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria.

O desenvolvimento do autoconhecimento, através da consciência de mim enquanto pessoa e enfermeira e da necessidade de autoformação na temática em estudo, conduziu o ultrapassar das dificuldades encontradas, o entusiasmo pelo crescimento sentido e a satisfação pelo trabalho realizado.

Considero, desta forma, ter alcançado, e até superado os objectivos que me propus.

E se, como referia António Gedeão, no seu poema Pedra Filosofal: “(...)cada vez que o homem sonha o mundo pula e avança”, a reflexão sobre as práticas conduzem á progressão e ao enriquecimento da ciência e da arte de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 📖 Abreu, W.C. (2003) – **Saúde, doença e diversidade cultural – Pensar a complexidade dos cuidados a partir das memórias culturais**. Lisboa.: Instituto Piaget. ISBN: 972-771-638-5
- 📖 Anacleto et al (2009) – A criança Imigrante num Serviço de Pediatria. Que problemas sociais? **Acta Médica Portuguesa**, nº22, p.743-748 in <http://www.actamedicaportuguesa.com> acedido em 22/10/2011
- 📖 Andrade, Inês (2008) – **Geografia da Saúde da população da área metropolitana de Lisboa**. 1ª edição. Lisboa. ACIDI. ISBN 978-989-8000-55-2
- 📖 Backstrom, Bárbara (2009) – **Saúde e Imigrantes: As Representações e as Práticas sobre a Saúde e a doença na Comunidade Cabo-Verdiana em Lisboa**. Lisboa. ACIDI, IP ISBN 978-989-8000-79-8
- 📖 Barros, Luísa (2003) – **Psicologia Pediátrica – Perspectiva Desenvolvimentista**. 2ª Edição, Manuais Universitários 13. Lisboa. Climesi Editores, ISBN 972-796-081-2.
- 📖 Batista et al (2004) - A criança, o hospital e o brincar. Coimbra. Revista **Investigação em Enfermagem**. ISSN 0874-7695 nº9 (Fev 2004) pág. 3-13
- 📖 Bee, Helen (2003) – **A Criança em Desenvolvimento**. 9ª Edição, Porto Alegre: Artmed ISBN 85-7307-884-7
- 📖 Bichara, I. (1999) – Brincadeira e Cultura: o faz de conta das crianças do Xocó e do Mocambo – **Temas de Psicologia**- vol. 7 nº1 p57-63 ISSN 1413-389X
- 📖 Decreto-lei nº 147/99 , Diário da República I Série A de 01/09/99, p.6115-6132
- 📖 Decreto-Lei nº437/91,Diário da República I Série A de 08/11/1991, p.5723 a 5741
- 📖 Deslandes F. (2007) – Violência contra crianças e adolescentes- S. Paulo, **Boletim epidemiológico paulista**; vol. 4 nº37 (Janeiro 2007)
- 📖 Diogo, P; Valeriano, J: (2001) – O brincar – Actividade de desenvolvimento e adaptação à vida, revista **Servir**, volume 49 – nº3 Maio-Junho
- 📖 Diogo, Paula (2006) – **A Vida Emocional do Enfermeiro – Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados**. 1ª Edição, Coimbra Redhorse. ISBN 972-8485-70-0

- 📖 Direcção Geral de Saúde (2009) – **Crianças e Jovens em risco**. Projecto de intervenção nos serviços de Saúde; Lisboa, DGS in <http://www.dgs.pt>
- 📖 Durão, M; Soeiro, A; Gomes, V. (2010) – **Método de Canguru – do toque à vinculação**. Poster apresentado em 25 a 27 de Fevereiro 2010 na 4ª Reunião Pediátrica do Hospital Cuf Descobertas e 1ª Reunião Pediátrica “Saúde Cuf” e no 10º Congresso Nursing em 18 e 19 de Março 2010
- 📖 Ferrão, A; Figueiredo, C; Santos, E; Santos, S. (2011) – Impacto da Doença Crónica na Adolescência – **Nascer e Crescer**, revista do hospital de Crianças Maria Pia. Vol. XX, nº1
- 📖 Freitas et al (2010) – Saúde para todos – **Mudando o paradigma de prestação de cuidados de saúde em São Tomé e Príncipe** – Estudo de caso. 1ª Edição Lisboa, Jan. ISBN 978-989-95775-9-6
- 📖 George, J. (2000) – **Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à Prática de Enfermagem**. 4ª Ed, Porto Alegre Artmed Editora.
- 📖 Hockenberry, M. Winkelstein, W. (2006) – **Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 7ª Ed. Rio de Janeiro, Elsevier Editor ISBN 85352-1918-8
- 📖 Lazure, H. (1994) – **Viver a relação de Ajuda**; Lisboa: Lusodidacta ISBN: 972-95399-5-2
- 📖 Leininger, Madeleine (1988) – **Care, the essence of nursing and health**. Detroit: Wayne State University Press.
- 📖 Lira, A; Lopes, M; Guedes, M. (2005) – Adaptação psicossocial do adolescente pós transplante renal segundo a teoria de Roy – **Investigacion y Educacion en Enfermeria** – Medellín, Vol XXIII nº1, Março 2005.
- 📖 Lopes, J. et al. (2009) – **Multiculturalidade – Perspectivas da enfermagem contributos para melhor cuidar**. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-45-5.
- 📖 Magalhães, T. (2005) – **Maus tratos em crianças e jovens**. 4ª Ed. Coimbra: Quarteto Editora ISBN 989-558-074-6
- 📖 Martingo (2009) – **O Corte dos Genitais Femininos em Portugal: o caso das Guineenses – estudo exploratório**. 1ª Edição. Lisboa. ACIDI IP ISBN 978-989-8000
- 📖 Ordem dos Enfermeiros (2002) – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual e Enunciados descritivos**. Lisboa OE

- 📖 Ordem dos Enfermeiros (2005) – **Desenvolvimento Infantil** in <http://www.ordemenfermeiros.pt> (acedido a 11/10/10)
- 📖 Ordem dos Enfermeiros (2008) – **Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários**. Genebra ISBN: 978-972-99646-7-1
- 📖 Ordem dos Enfermeiros (2009a) – **Modelo de desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE)**. Lisboa, OE. Dezembro 2009. 46 p.
- 📖 Ordem dos Enfermeiros (2009b) - **Perfil de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista. Caderno Temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional**. OE, Dezembro de 2009.
- 📖 Ordem dos Enfermeiros (2009c) – **Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda da inovação dos cuidados**. OE Março 2009 ISBN 978-989-96021-3-7
- 📖 Ordem dos Enfermeiros (2010a) – **Guias Orientadores de boas práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**. Série 1, nº3, vol.1. Cadernos O.E. ISBN 978-989-8444-00-4
- 📖 Ordem dos Enfermeiros (2010b) – **Servir a Comunidade e garantir a Qualidade: os Enfermeiros na vanguarda dos Cuidados na Doença Crónica**. Lisboa, OE. ISBN 978-989-96021-9-9
- 📖 Ordem dos Enfermeiros (2011a) – **Combater a desigualdade: melhorar o acesso e a equidade**. Abril 2011. Internacional Council of Nurses. Gêneve ISBN 978-989-8444-07-3
- 📖 Ordem dos Enfermeiros (2011b) – **Proposta dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem** – Assembleia do Colégio da especialidade de Enfermagem de saúde Infantil e Pediátrica. Lisboa, OE.16 de Julho de 2011.
- 📖 Ordem dos Enfermeiros, Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) (2004) – **Enfermeiros: Trabalhando com os pobres, contra a pobreza**. Genebra. ISBN: 92-95005-96-1
- 📖 Paulanka, B. e Purnel, L. (2010) – **Cuidados de Saúde Transculturais: Uma abordagem culturalmente competente**. Loures: Lusodidacta. 3ª edição. ISBN 978-989-8075-28-4

- 📖 Portugal, Direcção geral de Saúde (2005) – **Saúde Infantil e Juvenil: Programa-tipo de Actuação**. Lisboa. DGS ISBN 972-675-084-9.
- 📖 Ramos, Natália (2004) – **Psicologia Clínica e da Saúde**, Lisboa: Universidade Aberta ISBN 978-972-674-436-8.
- 📖 Ramos, Natália (2008) – **Saúde, migração e interculturalidade – perspectivas teóricas e práticas**. Paraíba, Brasil, Editora Universitária/UFPB ISBN 978-85-7745-205-0
- 📖 Ramos, Natália (2009) – Saúde, migração e direitos humanos. Revista **Mudanças – Psicologia da Saúde**, 17 (1), Jan-Jun, 1-11p
- 📖 Ribeiro, Ilda (2011) – Imigrantes em Portugal: Reflexão sobre os apoios e cuidados de saúde primários. **Revista de Enfermagem UFPE** on line 2011 Março/Abril nº5 p.463-71
- 📖 Salgado (2009) – Saúde – a crua realidade da Guiné Bissau. **Revista Gestão Hospitalar** nº 11 p11-14 (s.l) (s.n)
- 📖 Sampaio, D. (1993) – **Vozes e Ruídos – Diálogo com adolescentes**. 2ª Edição, Lisboa. Editorial Caminho Novo Mundo

APÊNDICE V

“Descrição de Campos de Estágio”



**2º Curso de Mestrado em Enfermagem – área de Especialização de
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

“DESCRIÇÃO DE CAMPOS DE ESTÁGIO”

Aluno: Ana Maria Antunes Dos Santos Menino Ribeiro Nº 3562

Unidade Curricular: Estágio de Saúde Infantil e Pediatria

Orientadora: Professora Doutora Maria Manuela Soveral

Co-orientadora: Enfermeira Especialista Teresa Pedro Bravo

LISBOA, MARÇO DE 2012

SUMÁRIO

	pág
INTRODUÇÃO	3
1 - HOSPITAL DE SANTA MARIA.....	5
1.1 - Unidade de Nefrologia Pediátrica.....	6
1.2 - Serviço de Urgência Pediátrica.....	8
2 - MATERNIDADE ALFREDO DA COSTA.....	12
2.1 - Unidade de Neonatologia.....	13
2.1.1 - Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais.....	13
2.1.2 - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.....	15
3 - CENTRO NACIONAL DE APOIO AO IMIGRANTE.....	17
3.1 - Gabinete de Saúde.....	21
4 - HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA.....	23
4.1 - Serviço de Ortopedia Pediátrica.....	24
5 - UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS DA ALAMEDA.....	28
5.1 - Programa de Saúde Infantil e Juvenil.....	30
5.2 - Programa de Vacinação.....	32
6 - CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL (CHLC).....	33
6.1 - Hospital de Santa Marta. Empresa Pública Estatal (EPE).....	33
6.1.1 - Serviço de Cardiologia Pediátrica.....	34
7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39
8.1 - Referências Informáticas.....	40

INTRODUÇÃO

Este trabalho foi feito no âmbito do estágio de Saúde Infantil e Pediatria do 2º Curso de Mestrado e especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

A descrição dos locais de estágio relacionou-se com a necessidade sentida de conhecer a sua história, a sua missão, o seu funcionamento, a composição e organização da equipa de enfermagem, como resposta a um dos primeiros objectivos específicos a que me propus: “compreender a dinâmica funcional do serviço e a metodologia de trabalho da equipa de enfermagem”, pelo que considero que sem esta pesquisa e resumo, não teria sido possível, pois necessitava de o perceber previamente.

Os recursos utilizados para esta pesquisa foram alguma bibliografia existente nos próprios locais de estágio, a legislação Portuguesa, e algumas referências informáticas.

Conhecer mais pormenorizadamente cada local de estágio, desenvolveu o meu próprio conhecimento, permitindo-me detectar e compreender algumas lacunas que intervêm com o funcionamento dos serviços e com o relacionamento com os utentes. É o caso de alguma legislação vigente, de espaços adaptados, não humanizados onde se localizam os serviços.

Esta descrição iniciou cada relatório de estágio elaborado, e pretendeu igualmente ajudar a dar resposta a uma das competências comuns de enfermeiro especialista que me propus adquirir: “Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade” (D1), de forma a facilitar a identificação de factores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e/ou a equipa multidisciplinar” (D1.1.1) (OE, 2009)

Assim, e após esta introdução, descrevo, por ordem, todos os locais de estágio por onde passei, começando por apresentar a Instituição, os Serviços, e terminando com a conclusão.

1 – HOSPITAL DE SANTA MARIA

O Hospital de Santa Maria (HSM) foi projectado em 1938, pelo arquitecto alemão Hermann Distel, e a sua construção iniciada em 1940; oficialmente, foi inaugurado em 1953, mas iniciou a sua actividade somente em 1954. Foi considerado, na altura da conclusão da sua construção, como uma das maiores obras do Estado Português.

Ao longo da sua actividade o Hospital consolidou-se como instituição de referência na prestação de Serviço Público, segundo Ferro (2005), com vista à garantia da equidade e universalidade de acesso, à promoção da qualidade e da excelência, à formação de profissionais, com grande investimento na investigação e actualização.

Encontra-se, actualmente integrado, juntamente com o Hospital Pulido Valente (HPV), no Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE (CHLN), que foi constituído a 27 de Dezembro de 2007. O HPV era, desde Dezembro de 2005, uma Entidade Publica Empresarial (EPE), mas o HSM só em 2007 foi convertido em EPE, quando foi posto em prática o plano estratégico que visava a requalificação global do Hospital.

É um pólo hospitalar de grande dimensão e nele trabalham 6497 funcionários, 2015 dos quais são enfermeiros. Para além da sua componente assistencial clínica é composto ainda pela Escola Nacional de Saúde Pública, Faculdade Medicina de Lisboa. A sua localização é muito central, na capital do país, numa zona com uma excelente rede de transportes; o acesso faz-se através de Metro, automóvel, autocarros. Tem também heliporto.

Na actualidade a sua organização faz-se por departamentos, e uma das características importantes do hospital é a de dispor de todas as especialidades médicas e cirúrgicas, de uma urgência central, de um Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), e de uma urgência de obstetrícia e ginecologia:

- Departamento de Meios Complementares de Diagnostico (Anatomia Patológica, Imagiologia Geral, Imagiologia Neurológica, Imunohemoterapia, Medicina Física e Reabilitação, Patologia clínica);
- Departamento das Neurociências (Neurocirurgia, Neurologia, Oftalmologia, Psiquiatria e Saúde Mental);
- Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução (Serviço de Obstetrícia);

- Departamento de Oncologia (Serviço de Hematologia e Transplantação de Medula, Serviço de Oncologia Médica e Radioterapia);
- Departamento de Otorrinolaringologia (ORL), Voz e Perturbações da comunicação (Serviço de ORL);
- Departamento do Tórax (Cardiologia, Cirurgia Cardiorácica, Cirurgia torácica, Pneumologia);
- Departamento de Urgência e Medicina Intensiva (Serviço de Medicina Intensiva, Serviço de Urgência Central);
- Departamento de Angiologia, Cirurgia Vasculare e Cirurgia Endovascular;
- Departamento de Cirurgia (Serviços de cirurgia, Estomatologia, Ortopedia, Cirurgia Plástica, Urologia, Serviço de Transplantação, Bloco Operatório central, Esterilização, Cirurgia de Ambulatório e Cirurgia Experimental);
- Departamento da Criança e Família (Serviço de Cirurgia Pediátrica, Serviço de Genética, Serviço de Neonatologia e o grande Serviço de Pediatria, com diferentes Unidades, onde se inclui o Serviço de Urgência Pediátrica);
- Departamento de Medicina (Dermatologia, Doenças Infecciosas, Endócrinas e Metabólicas, Gastrenterologia e Hepatologia, Imunoalergologia, Nefrologia e Transplante Renal, Reumatologia, Serviços de Internamento de Medicina;
- Outros serviços clínicos: anestesia e serviço de ambulatório.

1.1 – Unidade de Nefrologia Pediátrica

A Unidade de Nefrologia Pediátrica fica no 7º piso da prumada nº 7 do Hospital de Santa Maria. É composta pela Unidade de Internamento, pelo Serviço de Hemodiálise e pelo Hospital de Dia com visita domiciliária.

Os utentes são provenientes da consulta externa, do serviço de urgência, de outros serviços do hospital, de outros hospitais do continente e ilhas e dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP).

Atende crianças e jovens com doença crónica dos 0 aos 18 anos e sua família, que requerem um atendimento humanizado e individualizado, usando os enfermeiros desta unidade a filosofia dos cuidados centrados na família.

As patologias mais frequentes são as infecções urinárias, pielonefrites, insuficiências renais agudas, insuficiências renais crónicas, síndromes nefróticas, lúpus eritematoso. Tem doentes em hemodiálise, em diálise peritoneal e em situação de pré e pós transplante.

O Hospital de Dia funciona de 2ª a 6ª feira das 8 às 15H30m. Aqui são realizados acolhimentos, orientações prevendo a capacitação da família para cuidar a criança no domicílio, avaliação de sinais vitais e dos parâmetros antropométricos, colheitas de produtos biológicos para análise, algaliações, administração de fármacos, verificação de cumprimento da terapêutica, despiste de complicações, substituição de cateteres de diálise peritoneal, ciclos de diálise manual, entre outros. Em 2010 registaram-se 1038 consultas, com 767 intervenções de enfermagem.

A visita domiciliária é realizada à 2ª feira em colaboração com a Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD) principalmente a utentes transplantados ou submetidos a programa de diálise peritoneal. Pode ser feita no domicílio ou na escola e é programada com a família. Nela o enfermeiro avalia sinais vitais, faz colheitas de produtos biológicos para análise, vigia o local de inserção do cateter, administra medicação se necessário, reforça orientações, esclarece dúvidas, avalia o estado geral da criança e encaminha-a para o serviço, caso seja necessário, após prévio contacto telefónico com o médico. Em 2010 existiam 27 doentes no programa de visita domiciliária, tendo a equipe realizado 103 visitas domiciliárias, entre as quais, 6 primeiras visitas e 6 visitas nas escolas.

O Serviço de Internamento tem a lotação de 8 camas e o enfermeiro, além de todos os cuidados de enfermagem gerais e inerentes a esta especialidade, faz diálise peritoneal manual e automatizada, presta cuidados pré e pós biopsia renal e transplante renal, capacitando a família para a alta ao longo de todo o processo de internamento. Existe ainda uma linha telefónica de atendimento permanente para esclarecimento de dúvidas a utentes no domicílio.

O Serviço de Hemodiálise tem duas salas de tratamento, sendo uma para doentes infectados. Nele o enfermeiro presta cuidados inerentes a esta técnica, tendo um papel fundamental na vigilância, no despiste de complicações e na actuação em situações de urgência. Promove ainda actividades da criança com educadoras e professoras e efectua registos. Neste serviço é também realizada a técnica da plasmaferese¹. Em 2010 realizaram-se um total de 232 sessões de hemodiálise. Actualmente tem duas crianças em hemodiálise, provenientes dos PALOP, mas já residentes em Portugal. Uma delas está proposta para transplante, a outra é ex- transplantada, tendo rejeitado o órgão por falta de adesão ao tratamento. Os transplantes são realizados no Hospital de Santa Maria e, no caso de doentes infectados, no Hospital de Santa Cruz.

¹ Consiste numa técnica para separar o plasma sanguíneo dos outros elementos do sangue por centrifugação, para fins terapêuticos. <http://pt.wikipedia.org> acedido a 28/02/2012

Esta Unidade conta com um total de 37 doentes transplantados, 11 dos quais são de crianças provenientes dos PALOP. Tem actualmente 3 utentes propostos para transplante e 7 a fazer diálise peritoneal.

A equipe multidisciplinar é composta por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, assistentes técnicos, dietista, assistente social e psicóloga. A equipe de enfermagem é composta por 17 enfermeiros, sendo a enfermeira chefe a única enfermeira com a especialidade em saúde infantil e pediatria. Desde 2010 que o serviço tem uma enfermeira com a especialidade em enfermagem de reabilitação e é responsável pela reabilitação respiratória das crianças do serviço. O método de trabalho utilizado é o individual, procurando-se um atendimento humanizado.

A estrutura física do serviço torna-se por vezes inadequada às necessidades dos utentes observando-se problemas de estrutura e de espaço. Os quartos são pequenos, não dispendo o quarto de isolamento destinado a utentes transplantados de casa de banho própria.

O serviço dispõe de algum material de apoio elaborado pelos enfermeiros. É o caso do “guia de acolhimento”, da folha informativa de funcionamento do serviço, que é fornecido aos pais no momento do acolhimento, e da “carta de alta/transferência de enfermagem”. Dispõe ainda de um “guia prático sobre acidentes e complicações em hemodiálise”, de um “manual de preparação e administração de terapêutica”. Não possui trabalhos sobre multiculturalidade. Neste momento alguns enfermeiros estão empenhados na elaboração de trabalhos e normas para a acreditação do hospital.

1.2– Serviço de Urgência Pediátrica

O Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) é um dos serviços que constituem o grande Serviço de Pediatria do HSM, funciona desde 1961 separado do Serviço de Urgência Central e, desde 1979, que se encontra situado no 2º piso da ala pediátrica do Hospital de Santa Maria que, por sua vez, está inserido na prumada 7 do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE.

Actualmente, o SUP atende crianças e adolescentes até aos 18 anos e disponibiliza uma urgência permanente que pode ter acesso externo, ou através de urgência referenciada; dispõe também de um laboratório especializado, a fim de dar resposta às necessidades internas e externas, de execução de técnicas específicas da idade pediátrica.

Em termos de abrangência comporta as freguesias do Lumiar, Alvalade, Bucelas, Caneças, Famões, Fanhões, Frielas, Loures, Lousã, Odivelas, Olival de Basto, Pontinha, Póvoa de Santo Adrião,

Póvoa de São Julião do Tojal, Santo Antão do Tojal e Santo António dos Cavaleiros.. No âmbito pediátrico funciona em regime de excepção porque dá apoio a todos os Hospitais do País, desde que por via referenciada.

A actual estrutura do SUP é composta por 3 áreas distintas:

- Balcão de Urgência (Triagem, Sala de Tratamentos, Sala de Aerossóis e Sala de Isolamento, Sala de Reanimação e Serviço de Observação de Pediatria (SOPed));
- Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPed);
- Unidade de Técnicas de Pediatria (UTP).

O Balcão de Urgência presta um serviço ambulatorio destinado ao atendimento da criança e do adolescente, em situação de urgência/emergência, proveniente do domicílio ou de outra instituição de Saúde. Nele se incluem a Sala de Triagem, Sala de aerossóis, Sala de Reanimação, Sala de Tratamentos, Sala de Ortopedia, Sala de Pequena Cirurgia e Sala de Observação de Pediatria (SO Ped). Segundo Meneses (1998) ao Balcão de urgência recorrem crianças e jovens a necessitar de cuidados imediatos, sendo as patologias mais comuns os quadros febris, quadros de dificuldade respiratória, queixas abdominais e urinárias, vômitos.

Na Sala de Triagem faz-se a observação e avaliação rápida da criança e do adolescente, determinação do grau de gravidade da situação e estabelecimento de prioridades. É nesta sala que se realiza o 1º contacto entre o enfermeiro e a criança/família. Após a triagem é feito o respectivo encaminhamento.

A Sala de Aerossóis é constituída por um espaço físico com 9 rampas de oxigénio e de vácuo, é destinada à administração de terapêutica inalatória, porém também é utilizada como sala de vigilância e acompanhamento de situações de hipertermia e de desidratação.

A Sala de Reanimação destina-se à entrada de crianças em risco de vida cuja situação obrigue e a uma intervenção imediata e adequada da equipe de saúde. Nesta sala é realizada a reanimação e estabilização da criança ou do jovem, fazendo-se posterior encaminhamento desta para a unidade ou para o serviço de internamento. As situações mais frequentes são as convulsões, paragens cardiorrespiratórias, sépsis, desidratações graves, choque hipovolémico, aspiração de vômito, intoxicações. Está equipada com 3 rampas de oxigénio e de vácuo, “dinamap”, monitor cardiorrespiratório, oxímetro, ventilador de transporte, desfibrilhador, carro de urgência e todo o restante material de apoio.

A Sala de Tratamentos é utilizada para preparar e administrar terapêutica prescrita, colher produtos biológicos para análise, realizar exames complementares de diagnóstico, avaliar sinais vitais, administrar oxigénio, aspirar secreções, preparar psicologicamente a criança, o jovem e família para o internamento, realizar punções venosas, etc.

O Serviço de Observação de Pediatria (SOPed) tem capacidade para seis crianças/adolescentes, sendo aqui que crianças/adolescentes permanecem para estabilização do quadro clínico ou esclarecimento de diagnóstico, em média entre 24 a 72 horas; caso o quadro clínico se agudize, a criança ou adolescente é transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrica (UCIPed). As situações clínicas mais frequentes são os politraumatismos, os traumatismos craneoencefálicos, pós operatórios de pequenas cirurgias, intoxicações, dificuldades respiratórias difíceis de compensar, vômitos incoercíveis, desidratações moderadas e graves, quadros convulsivos, e necessidade de vigilância apertada pós exames invasivos.

A Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria (UCIPed) é equipada com material de alta tecnologia, com pessoal capacitado para a actuação e o tratamento de doentes pediátricos em gravidade extrema. Tem capacidade para seis utentes, com unidades independentes e tem uma sala de “Directos”; todas as unidades têm computadores próprios, ventiladores, aparelhos de monitorização Cardio-Respiratória (MCR) e de funções vitais. As causas de entradas mais frequentes são: poli traumatismos com instabilidade hemodinâmica, quadros sépticos, situações de shock, transplantes renais, intoxicações, estados comatosos, quadros de insuficiência respiratória grave com necessidade de suporte ventilatório, pós-operatório de diversas especialidades, patologias que requerem diálise peritoneal, hemodiálise, hemodiafiltração² e circulação/oxigenação extra corporal. O método de trabalho é o de Enfermeiro Responsável, com um rácio de um enfermeiro para dois utentes; em espaço contíguo, está a Unidade de Cuidados Intermédios (UCI), que também faz parte desta unidade, mas que é comumente utilizada (por necessidade) como isolamento. Na Unidade de Técnicas de Pediatria (UTP), realizam-se procedimentos do foro da Gastreenterologia, Cardiologia, Pneumologia e Neurologia.

A Equipa de Enfermagem é constituída por 46 elementos, 42 distribuídos para a prestação de cuidados e 3 Enfermeiras Especialistas que colaboram com a Enfermeira Chefe na gestão. São distribuídos em equipas de 7 (8) elementos sendo 1 responsável pela triagem, outro pela sala de tratamentos, 2 pelo SO Ped. e 3 pela UCI, prestando cuidados de enfermagem às crianças, jovens e famílias que ocorrem a cada sector. No SOPed. e na UCI é utilizado o método individual de

² Técnica dialítica híbrida usada em doentes hemodinamicamente instáveis em cuidados intensivos, consiste na combinação da hemodiálise e hemodiafiltração <http://wikipedia.org> accedido em 27/02/2012

trabalho³. Para além dos enfermeiros, do SUP fazem parte equipas médicas, assistentes operacionais e uma secretária de unidade. A distribuição dos enfermeiros é rotativa e feita pela chefe de equipa em cada turno.

Todas as unidades funcionais do SUP funcionam em rede, com um sistema informático integrado, denominado de ALERT (nele estão inseridos todos os dados e registos efectuados sobre cada criança ou adolescente).

No serviço de urgência, o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica tem um conjunto de intervenções inerentes ao seu cargo: “prestar cuidados de enfermagem que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, actuando junto do utente em situação de risco ou crise, no âmbito da especialidade que possui”.⁴

No SUP o enfermeiro especialista presta também funções de coordenação como: - a gestão de recursos humanos e materiais, a gestão de cuidados de enfermagem, e o apoio à gestão global do serviço.

No exercício da sua actividade profissional os enfermeiros regem-se pelos princípios da ética e deontologia profissional consignados no código deontológico e o seu desempenho profissional centra-se nos valores universais da igualdade, da liberdade responsável, do altruísmo, da solidariedade, da justiça, da verdade, do aperfeiçoamento profissional, da competência profissional, da beneficência, da não maleficência, do respeito pela autonomia.

³ Método de trabalho em enfermagem em que o enfermeiro é responsável pela prestação da totalidade de cuidados de enfermagem aos doentes que lhe estão distribuídos durante o seu turno de trabalho. In “Métodos de prestação de cuidados”, artigo acedido em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf> consultado em 27/02/2012

⁴ Decreto-Lei nº437/91 de 8/11/95 DR I série A nº257 (8/11/1991) p.5724-5725

2– MATERNIDADE ALFREDO DA COSTA

A história da Maternidade Alfredo da Costa remonta ao terramoto de 1755, que destruiu mais de metade da cidade de Lisboa. Entre os edifícios destruídos, um deles foi o Hospital de Todos os Santos tendo os doentes de ser transferidos para o Colégio de Santo Antão. Existiam nove enfermarias de mulheres, entre as quais a de Santa Bárbara destinada a grávidas e puérperas, com lotação de 42 camas, num extenso corredor interior, estreito, mal iluminado a mal ventilado. Esta enfermaria foi posteriormente transferida para um espaço mais amplo e arejado num andar superior ficando com uma lotação de 55 camas. Foi neste espaço que o Dr. Alfredo da Costa trabalhou como médico e professor de medicina.

Em 1906 Alfredo da Costa, então na qualidade de director da Maternidade de Santa Bárbara, elaborou um relatório que denunciava as condições indignas em que as mulheres eram atendidas, pedindo apoios e ajudas para abrir uma maternidade em Lisboa. Faleceu em 1910 e em sua homenagem os seus amigos e admiradores formaram uma comissão de homenagem que tentava concretizar o sonho da sua vida. A 5 de Dezembro de 1932 é aberta a Maternidade de Lisboa sendo denominada de Alfredo da Costa em sua homenagem.

A lotação inicial da Maternidade era de 300 camas, 250 das quais destinadas a obstetrícia e 50 a Ginecologia. Desde a sua abertura até 2005 nasceram mais de 540 mil crianças o que faz desta instituição de prestação de cuidados à mulher e ao recém-nascido a maior de Portugal.

Actualmente, a actividade da maternidade desenvolve-se na área da saúde pré natal e neonatal, pré concepcional e ginecológica. Está organizada em 8 serviços clínicos: Obstetrícia, Ginecologia, Pediatria,/Neonatalogia, Anestesia, Patologia Clínica, Imunohemoterapia, Radiologia, e Anatomia Patológica e nove serviços de apoio.

A Maternidade Dr. Alfredo da Costa, ao longo dos anos, tem vindo a desempenhar um papel fundamental na área dos cuidados de saúde materno infantil e ginecológicos, conseguindo adaptar-se às mudanças. Tem como objectivo facultar um serviço especializado na área da saúde materno-infantil, bem como responder a uma procura crescente de cuidados de saúde nesta área. A sua missão⁵ é a de garantir a saúde global da mulher, a segurança na gravidez e no parto e o competente acolhimento do RN, pautando a sua actuação por valores como o primado do utente, a qualidade dos serviços prestados e a satisfação profissional dos seus trabalhadores

⁵ <http://www.mac.min-saude.pt> acedido a 17/11/2011

2.1– Unidade de Neonatologia

A Unidade de Neonatologia da M.A.C. situa-se no 1º piso da maternidade. É constituída pela Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais e pela Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, formando um serviço único que partilha a mesma equipa multidisciplinar e a mesma chefia. Dispõe de uma equipa médica e de enfermagem com experiência em neonatologia e de uma equipa multidisciplinar onde estão presentes o nutricionista, fisioterapeuta, psicóloga, assistente social e os médicos consultores de cardiologia, cirurgia, oftalmologia e neurologia.

A equipa de enfermagem é composta por 80 elementos que se distribuem por 10 equipas. Cada equipa tem 7 enfermeiros, sendo 1 o responsável de turno. Neste serviço existem 2 enfermeiros de horário fixo que dão apoio à gestão, e 3 enfermeiros de horário fixo que dão apoio aos cuidados. Existem 24 enfermeiros especialistas em Saúde Infantil e Pediatria, dez dos quais pertencem ao quadro, estando distribuídos por ambas as unidades.

O rácio enfermeiro/cliente é de 1 enfermeiro para 4 crianças na Unidade de Cuidados Intermédios e de 1 enfermeiro para 2 crianças na Unidade de Cuidados Intensivos. É utilizado o método individual de trabalho e, apesar de não terem adoptado ainda nenhum referencial teórico, é adoptada a filosofia dos cuidados centrados na família.

Devido à abrangência do serviço de neonatologia e à especificidade dos cuidados, a equipa de enfermagem da unidade de cuidados intermédios e a da unidade de cuidados intensivos têm enfermeiros específicos distribuídos na Unidade de Cuidados Intensivos e alguns enfermeiros comuns distribuídos nas duas Unidades. A união dos dois serviços é recente, pelo que a equipa de enfermagem, ainda se encontra numa fase de adaptação a esta mudança.

Em ambos os serviços existem várias normas, alguns projectos, dos quais saliento o “Projecto da dor no R.N.”, o “Projecto Canguru”, o “Banco de Leite”, o Espaço Bebê”, “ Espaço Amamentação”, e também alguns trabalhos como o Manual de Aleitamento Materno. Não existem trabalhos feitos sobre multiculturalidade, embora existam duas enfermeiras que desenvolveram recentemente esta temática no âmbito da especialidade em saúde infantil e pediatria do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

2.1.1– Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais

A UCIN tem a lotação de 30 recém-nascidos, possuindo 18 incubadoras e 12 berços. Nesta Unidade estão internados bebés que necessitem de cuidados especiais e prematuros em crescimento. Ambos

os pais podem ficar durante o dia junto ao filho e um deles pode manter-se durante a noite, sendo incentivados a permanecerem e a participarem nos cuidados ao recém-nascido, começando desta forma a preparar a sua capacitação para a alta e estimulando-se o vínculo coma criança. Os pais podem telefonar para receber informações sobre o seu filho durante 24 horas. São permitidas as visitas dos avós e dos irmãos, sendo o horário das visitas todos os dias das 16H às 17H. Apenas é permitida a permanência de duas pessoas junto do recém-nascido.

Desde 2004 foi desenvolvido o projecto *BabyCare* entre a MAC e a *Portugal Telecom*, que possibilita a transmissão multimédia de imagens vídeo dos recém-nascidos das unidades de Cuidados Especiais para casa dos pais. Este serviço é único no país e é gratuito.

Os diagnósticos mais frequentes são a prematuridade, síndrome de dificuldade respiratória (SDR) e as infecções neonatais.

O serviço disponibiliza também uma consulta de desenvolvimento para as crianças que, assistidas na Maternidade, tiveram necessidade de cuidados especiais, com os objectivos de avaliação do desenvolvimento, conclusão terapêutica ou diagnóstica em ambulatório. A esta consulta são também referenciadas pelo centro de Saúde crianças que durante o 1º ano de vida manifestaram qualquer problema de desenvolvimento ou que necessitem de observação por médico pediatra no 1º mês de vida.

Devido aos problemas socioeconómicos e culturais relevantes em algumas famílias, a MAC apoia e assiste no domicílio alguns recém-nascidos de risco a quem prestou assistência neonatal. Em 2006 teve início um Projecto de apoio domiciliário, conjuntamente com a Associação de Ajuda ao recém-nascido, só possível pela existência de um corpo de voluntariado que na maternidade desenvolve o seu trabalho de apoio humanitário e social, no entanto esse projecto actualmente não tem incorporado um enfermeiro, pelo que a visitação é feita pela assistente social, por voluntárias ou fisioterapeuta, e quando detectado algum problema é comunicado à enfermeira chefe da neonatologia e encaminhado para a consulta de desenvolvimento da maternidade. A interligação destas crianças com o centro de saúde da área é feita pela assistente social ou pelo núcleo de crianças em risco e estas crianças/famílias são visitadas pelas enfermeiras do centro de saúde.

Existe ainda o “espaço bebé” destinado a casos sociais e a recém-nascidos com necessidades de uma situação transitória de cuidados, como é o caso de fototerapia. Este espaço tem a lotação de 6 bebés, encontra-se na enfermaria de puérperas, tem uma enfermeira atribuída e, devido à redução de pessoal, encerrou no final do ano de 2011.

2.1.2 – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

A UCIN tem a lotação de 13 vagas de cuidados intensivos, distribuídas por 13 “boxes” separadas por vidros, que permitem um cuidado mais individualizado, uma maior privacidade da família e a minimização dos riscos de infecção. Cada “box” é constituída por 1 incubadora, 1 lavatório e todo o material de apoio que possa ser necessário para cuidar do RN de risco.

É a mais antiga unidade do país. É pioneira em áreas de inovação tecnológica da assistência intensiva neonatal. Os diagnósticos mais frequentes são prematuridade, síndrome de dificuldade respiratória, síndrome de abstinência, incompatibilidades sanguíneas.

Os pais podem permanecer 24 horas junto ao filho, se assim o desejarem, e dispõem de uma sala de apoio onde podem descansar. O projecto *BabyCare* permite aos pais que não possam permanecer junto do bebé assistirem pela televisão gratuitamente em casa às imagens multimédia do seu filho. Neste momento, o sistema não está em funcionamento por falta de verbas. Durante as 24 horas os pais dispõem do apoio de toda a equipa multidisciplinar podendo saber informações sobre o seu filho a todas as horas.

A terapêutica funciona em unidose e o seu pedido é feito em suporte de papel. A sua preparação, administração e avaliação é feita pela enfermeira responsável pelo bebé. Actualmente o serviço encontra-se num sistema de transição para o sistema informático, sendo alguns registos de enfermagem feitos desta forma.

O sistema de transporte neonatal do INEM da região Sul está sediado nesta unidade e é coordenado pelo director do Serviço de Pediatria.

Na Unidade de neonatologia a amamentação é algo que é promovido diariamente junto da mãe. Existe uma sala inteiramente destinada à amamentação onde a mãe pode tirar e guardar o leite, onde pode esclarecer as suas dúvidas com a enfermeira, partilhar experiências com outras mães. A amamentação é algo considerado muito importante por toda a equipa de saúde, que reconhece todos os benefícios do leite materno e da relação mãe filho. A maternidade dispõe de bombas de extracção de leite e disponibiliza o seu aluguer quando a mãe necessite. Existe um espaço de amamentação onde todas as mães podem recorrer em caso de necessidade após a alta, que funciona de 2^a a 6^a feira entre as 9 e as 17 horas.

Na maternidade existe ainda um banco de leite onde todas as mães, que assim o desejem, podem dar leite materno que será posteriormente utilizado para outros bebés, mediante um processo de esterilização. Estas mães têm de se submeter prévia e periodicamente a análises.

A maternidade é uma das Unidades de saúde do país considerada pela OMS e pela UNICEF como “Hospital Amigo do Bebê”, respeitando todos os 10 critérios para a sua classificação como tal, que consistem em:

“ (...)ter uma política de promoção do aleitamento materno escrita, afixada, e transmitir regularmente a toda a equipe de cuidados de saúde; dar formação à equipa de cuidados de saúde para que implemente esta política; informar todas as grávidas sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno; ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento; mostrar às mães como amamentar e manter a lactação mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos temporariamente; não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou líquido além de leite materno, a não ser que seja segundo indicação médica; praticar o alojamento conjunto: permitir que as mães e bebés permaneçam juntos 24 horas por dia; dar de mamar sempre que o bebé o queira; não dar tetinas ou chupetas às crianças amamentadas ao peito, até que esteja bem estabelecida a amamentação; encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno, encaminhando as mães para estes, após a alta do hospital ou da maternidade”⁶

⁶ www.amamentar.net acedido a 28/01/2012

3– CENTRO NACIONAL DE APOIO AO IMIGRANTE (CNAI)

Os CNAI foram criados em 2004 pelo ACIDI, na altura denominado por ACIME (Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas) de forma a responder a diversas dificuldades sentidas pelos imigrantes no processo de integração em Portugal. Os CNAI constituem um projecto do ACIDI onde num único espaço existem diferentes serviços, instituições e gabinetes de apoio ao imigrante.

Sediado inicialmente em Lisboa e Porto, pelo seu sucesso e eficiência, rapidamente se propagou a outras regiões do país.

O projecto CNAI foi considerado, em Novembro de 2004, um exemplo de uma boa prática, no “Manual de Integração para decisores políticos e profissionais”, pela Direcção-Geral para a Justiça, Liberdade e Segurança da Comissão Europeia, e distinguido em 2005 com o 1º lugar do prémio Boas Práticas no Sector Público.

O ano de 2008 foi escolhido pelo Parlamento Europeu e pelo Concelho da União europeia como o ano Europeu do Diálogo Intercultural.

Em 2011, o ACIDI venceu o prémio de Melhores Práticas na Administração Pública 2011, organizado pelo Instituto Europeu da Administração Pública (EIPA).

Actualmente, os imigrantes podem encontrar no mesmo espaço, confortável e funcional, diferentes instituições públicas e gabinetes de apoio destinados a resolverem os seus problemas relacionados com a integração em Portugal. O atendimento é feito por mediadores socioculturais que, muitas vezes, viveram experiências migratórias idênticas a quem os procura, o que permite uma ponte cultural, linguística e afectiva com os clientes. São proporcionados atendimentos em 12 línguas e dialectos diferentes (inglês, francês, espanhol, alemão, romeno, russo, ucraniano, chinês, crioulo de Cabo Verde e da Guiné Bissau).

O CNAI funciona em Lisboa de 2ª a 6ª das 8H30m às 18H30m, situa-se na Rua Álvaro Coutinho nº14 1150-025 Lisboa, tem o telefone 218106100 e o FAX 218106111. Nele podem encontrar-se delegações do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), da Segurança Social (SS), da Autoridade para as Condições do Trabalho (ACT), da Conservatória dos Registos Centrais (CRC), do Ministério da Educação (ME) e Ministério da Saúde (MS). Podem encontrar-se ainda gabinetes especializados criados pelo ACIDI com a função de prestar informação e apoio em diversas áreas:

- Gabinete de Acolhimento e Triagem (GAT)

- Gabinete de Apoio ao Reagrupamento Familiar (GARF)
- Gabinete de Apoio Jurídico ao Imigrante (GAJI)
- Gabinete de Apoio Social (GAS)
- Gabinete de Apoio à Habitação (GAH)
- Gabinete de Apoio às Comunidades Ciganas (GAPE)
- Gabinete de Resposta à Emergência Social (GRES)
- Gabinete de Apoio ao Emprego (GAE)
- Gabinete de Apoio ao Imigrante Consumidor (GAIC)
- Gabinete de Apoio ao reconhecimento e Equivalência de Habilitações
- Gabinete de Saúde (GS)
- Serviço de Tradução Telefónica (STT) – recorre a uma bolsa de tradutores/intérpretes (actualmente 37) que dominam no total cerca de 60 idiomas e que funcionam como intermediários” junto das diferentes instituições e organismos. Funciona através do telefone nº 808257257 ou 218106191 de 2ª a 6ª das 10H às 18H.
- Português Para Todos (PTT) – consiste num programa de ensino de português dirigido a todos os imigrantes das mais diversas proveniências.
- PII – Plano para Integração de Imigrantes – constitui um programa político⁷ que pretende a integração dos imigrantes nas áreas do trabalho, habitação, saúde, educação, cidadania.
- Outros serviços em Lisboa:
 - Espaço criança – local onde as crianças podem ficar enquanto os acompanhantes são atendidos
 - Banco – atendimento personalizado da Caixa Geral de Depósitos das 8.30H às 14.30H.

Todos os gabinetes e serviços trabalham em colaboração, prestando apoio, informação, encaminhamento, aconselhamento e mediação.

O CNAI é uma estrutura dinâmica que adapta constantemente os procedimentos, métodos de trabalho e funcionamento às necessidades dos seus clientes.

⁷ Resolução do Conselho de Ministros nº63º/2007 DR I serie nº85 de 3 de Maio de 2007 p.2964(22)

O ACIDI, I.P. é um Instituto Público integrado na administração indirecta do estado, dotado de autonomia administrativa, que tem como missão “colaborar na concepção, execução e avaliação das políticas públicas, transversais e sectoriais, relevantes para a integração dos imigrantes e das minorias étnicas, bem como promover o diálogo entre as diversas culturas, etnias e religiões”.⁸

Esta Instituição tem como Alta Comissária para a Imigração e Diálogo Intercultural desde 2008 a Dr.^a Rosário Farmhouse, licenciada em antropologia, com a especialidade de antropologia social, sendo reconhecida publica e internacionalmente com vários prémios e condecorações pelo seu trabalho.

Os princípios chave do ACIDI são:⁹

- “Igualdade – reconhecer e garantir os mesmos direitos e oportunidades
- Diálogo – promover uma comunicação efectiva
- Cidadania – promover a participação no exercício dos direitos e dos deveres
- Hospitalidade – saber acolher a diversidade
- Interculturalidade – enriquecer no encontro das diferenças
- Proximidade – encurtar as distancia para conhecer e responder melhor
- Iniciativa – atenção e capacidade de antecipação”.

De forma a manter o público informado sobre questões ligadas à imigração e ao diálogo intercultural, o ACIDI possui:

- Um portal na internet que integra os seguintes sites:
 - Observatório da Imigração www.oi.acidi.gov.pt
 - Entrekulturas www.entrekulturas.pt
 - Comissão para a Igualdade contra a Discriminação Racial (CICDR) www.cicrd.pt
 - Gabinete de Apoio às Comunidades Ciganas (GACI) www.ciga-nos.pt
 - Programa Escolhas www.programaescolhas.pt
 - Ano Europeu do Diálogo Intercultural www.acidi2008.pt

Boletim Informativo – BI periódico mensal

- Linha SOS Imigrante (de 2^a a 6^a das 8:30H às 20:30H)

⁸ Artigo 3º do Dec. Lei nº 167/2007 de 3 de Maio

⁹ <http://www.acidi.gov.pt>

- Folhetos Informativos
- Publicações do Observatório da Imigração – entre as quais se destacam várias colecções: Colecções de estudos, Colecções de teses, Colecções “Portugal intercultural”, Colecção “Comunidades”, Colecção “Cadernos O.I.”, Revista Migrações.
- Conferencias, Seminários e Workshops
- Parcerias e projectos de investigação internacionais
- Centro de Documentação – este centro está aberto ao público, localizando-se no CNAI de Lisboa e tem como objectivos:

- Recolher e disponibilizar informação geral e especializada sobre as temáticas da imigração e interculturalidade produzida em Portugal e no estrangeiro

- Apoiar todos os que trabalham ou se interessam pelas questões relacionadas com imigração, minorias e interculturalidade.

O ACIDI faz ainda a sensibilização da opinião pública para o acolhimento e promoção da interculturalidade através de:

- Programas televisivos emitidos nas RTP1 e RTP2, RTP África e RTP Internacional (“Programa nós”)
- Emissão nos canais de rádio (programa “gente como nós” na TSF)
- Prémios de jornalismo sobre direitos humanos e integração
- Apoios a iniciativas e eventos culturais
- Acções de sensibilização
- Acções de informação
- Seminários
- Diálogo inter-religioso
- Parcerias – acompanhamento de iniciativas e projectos
- Plataformas juvenis e de educação.

Junto ao ACIDI funcionam comissões e concelhos consultivos:

- Comissão para a Igualdade e Contra a Discriminação Racial (CICDR)
- Concelho Consultivo para os Assuntos da Imigração (COCAI)

No terreno com os imigrantes funcionam vários centros de apoio:

- Gabinete de Apoio Técnico às Associações de Imigrantes (GATAI)
- Rede Univa imigrante (RUI)
- Centros Locais de Apoio à Integração de Imigrantes (CLAII)
- Centro de Apoio ao Imigrante no País de Origem (CAMPO) em parceria com a Associação de Imigrantes nos Açores (AIPA)

3.1 – Gabinete de Saúde

É resultante de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o ACIDI. Nele trabalham actualmente 3 enfermeiras pertencentes à ARS de Lisboa, sendo uma enfermeira chefe e especialista em saúde mental. A equipa de enfermagem, deste gabinete de saúde, presta informação e efectua a mediação e o encaminhamento das questões relacionadas com a saúde.

Este gabinete tem como missão “contribuir para mudar mentalidades e comportamentos nas instituições de saúde, de forma a elevar o nível de equidade no acesso à saúde dos cidadãos estrangeiros em território nacional, bem como definir e desenvolver estratégias conducentes a ganhos em saúde, junto da comunidade imigrante, dando cumprimento às medidas do II Plano para a integração dos imigrantes (Silva,2012).

Os objectivos do Gabinete de Saúde são:

- Informar os imigrantes dos direitos e deveres no acesso aos cuidados de saúde.
- Identificar os problemas de acesso dos cidadãos estrangeiros ao SNS
- Facilitar o acesso, através da mediação, do cidadão estrangeiro ao SNS
- Participar em estudos científicos e outras actividades realizadas por instituições académicas
- Denunciar eventuais situações de recusa na prestação de cuidados
- Planear, realizar e avaliar acções formativas dirigidas aos profissionais de saúde do SNS relacionadas com o enquadramento legal do acesso por parte dos cidadãos estrangeiros.

As actividades de enfermagem estão relacionadas com:

- O desbloqueamento de situações impeditivas de acesso ao SNS
- A articulação com os centros de Saúde e Hospitais

- O encaminhamento para o Centro de Saúde, Hospitais, Associações de apoio, Organizações não-governamentais (ONG), etc.
- Informações às Instituições e utentes
- Apoio de doentes e encaminhamento, ao abrigo dos acordos de cooperação internacional no domínio da saúde.
- Articulação com outros gabinetes do CNAI na procura de soluções para as situações
- Participação em trabalhos científicos.
- Parcerias de formação com outras instituições de Lisboa e Vale do Tejo que o solicitem. Estas parcerias começaram há 2 anos, inicialmente dirigidas a administrativos e actualmente estendidas a toda a equipa multidisciplinar que trabalha com esta população de utentes. Com estas formações pretende-se sensibilizar os profissionais para os problemas dos utentes imigrantes e estrangeiros e para os seus direitos e deveres e dar a conhecer a legislação a aplicar (Silva,2012).

O Gabinete de Saúde do CNAI, juntamente com o Gabinete de Resposta à Emergência Social (GRES), tem como instrumento de trabalho o Programa de Apoio a Doentes Estrangeiros (PADE). Este programa resulta de um protocolo de cooperação entre o ACIDI, I.P. e o Instituto de Segurança Social Instituição Pública (ISSIP) e é destinado a apoiar utentes e acompanhantes que necessitem de tratamento em Portugal, atestado por uma junta médica ao abrigo dos acordos de cooperação no domínio da saúde, e/ou se encontrem em situações de extrema pobreza, com problemas de alojamento, alimentação e necessidade de apoio psicológico e social.

Integradas no PADE existem várias casas para acolher doentes e acompanhantes. A estadia nestas casas permite o acompanhamento dos utentes desde o processo no país de origem, passando pelo processo de tratamento, na permanência em Portugal, e terminando com o fim do tratamento que pode prever o regresso e a reintegração no país de origem ou a integração em Portugal, caso o utente seja portador de uma autorização de residência ao abrigo da alínea g) do nº1 do art.º 122 da lei nº23/2007 de 4 de Julho.

No Gabinete de Saúde existe uma folha de registos, construída localmente, que possibilita o registo de todas as situações de atendimento e acompanhamento permitindo a elaboração de um relatório anual que é entregue posteriormente à ARS.

4 – HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA

O Hospital Dona Estefânia foi fundado há 136 anos, sendo mandado construir pelo Rei Dom Pedro V de Portugal, também intitulado “o Esperançoso”. Na época da sua construção, a cidade de Lisboa, com cerca de 200 000 habitantes, passava por um período de epidemias, cólera e febre-amarela. A Rainha Dona Estefânia, esposa de Dom Pedro V, visitava frequentemente os doentes hospitalizados e, impressionada com a promiscuidade com que na mesma enfermaria eram tratadas crianças e adultos, manifestou o desejo de construir um hospital para crianças pobres e doentes. A sua morte precoce em 1859 não permitiu ver realizado o seu desejo. Em 1860 o rei D. Pedro V iniciou a construção do Hospital da Bemposta em homenagem à rainha, porém, devido à sua morte em 1861 foi o Rei Dom Luís que deu continuidade à sua obra e inaugurou o Hospital em 1877. O Hospital foi cedido ao estado e o povo encarregou-se de, em homenagem à rainha falecida, o denominar de Hospital Dona Estefânia.

O Hospital Dona Estefânia cuja construção foi primorosamente planeada, foi desenhado pelo arquitecto da Casa Real Inglesa Humbert. Foi a primeira construção hospitalar em Lisboa planeada especificamente para esse efeito. Primorosamente planeado e construído, o hospital primava por oferecer condições estéticas, de ventilação e higiene.

Florence Nightingale reconheceu as enfermarias do Hospital como as mais notáveis da Europa pela magnificência da higiene e pela sua singeleza e harmonia. Refere até “a haver Hospitais para crianças deveria ser este o plano a adoptar” (Nightingale, 2005, p.7).

Tal como Florence Nightingale afirmava na época “com relação aos soalhos, o único verdadeiramente limpo que conheço é o envernizado (...) que pode ser esfregado todas as manhãs com pano seco ou húmido a fim de remover a poeira” (Nightingale, 2005, p125), o pavimento do Hospital era de carvalho bem unido de modo a ser envernizado ou polido, tornando-se impermeável e de fácil limpeza. A ventilação era completada com a existência de aberturas colocadas na parte inferior e superior das paredes, as paredes eram de cimento polido e de cor clara, o 1º piso foi construído sobre abóbodas de forma a minimizar a humidade e a infecção a partir do solo.

O Hospital Dona Estefânia situa-se em Lisboa, na Rua Jacinto Marto, tem actualmente capacidade para 210 camas, é um hospital central especializado no atendimento materno-infantil, estando integrado actualmente no Centro Hospitalar de Lisboa Central I. P. (CHLC) I.P. É a Unidade de referência em pediatria para a zona sul do país e ilhas. Tem acreditação internacional.

A sua missão é¹⁰:

- “Prestar cuidados de saúde diferenciados e de elevada qualidade à criança e à mulher
- Assegurar a formação pré-graduada e pós-graduada de acordo com padrões da mais elevada qualidade e promover a investigação.
- Desenvolver formas de ligação do hospital com a comunidade facilitando a acessibilidade aos seus recursos e o desenvolvimento de complementaridades e parcerias no interesse dos doentes
- Intervir na sociedade na promoção e defesa dos direitos da criança e da mulher
- Participar em redes e projectos internacionais na área da criança e da mulher, nomeadamente nos domínios científicos.”

A sua actividade desenvolve-se através das seguintes áreas assistenciais:

Pediatria, Endocrinologia, Gastroenterologia, Hematologia, Imunodeficiência, Infeciologia, Pneumologia, Nefrologia, Neurologia, Genética, Imunoalergologia, Cirurgia Plástica, Urologia, Ortopedia, Traumatologia, Oftalmologia, Estomatologia, Anestesia, Otorrinolaringologia, Medicina Física e Reabilitação, Pedopsiquiatria, Ginecologia, Obstetrícia.

O Hospital possui um Serviço de Urgência Pediátrica para dar resposta às situações emergentes, prestando assistência a crianças com idade inferior a 15 anos. Recebe também situações referenciadas pelo médico do centro de saúde da sua área de abrangência, da consulta, do Serviço de Atendimento Permanente (SAP) da zona de influência, de clínicas privadas, de subsistemas de saúde ou da saúde 24.

A zona de influência do Hospital Dona Estefânia inclui os Centros de Saúde da Alameda, Coração de Jesus, Graça, Lapa, Luz Soriano, Marvila, Olivais, Penha de França, Sacavém, São Mamede, Santa Isabel, Sete Rios. Recebe ainda crianças provenientes dos PALOP através do acordo de cooperação internacional.

4.1– Serviço de Ortopedia Pediátrica

O serviço de Ortopedia e neurocirurgia encontra-se no 2º piso, na ala esquerda, do edifício principal do Hospital Dona Estefânia. No exercício da sua actividade, o Hospital tem como valores assumidos:

¹⁰ <http://www.hdestefania.min-saude.pt>

- “O respeito pelos direitos e a dignidade das crianças, das mulheres e das famílias e muito em particular das pessoas doentes.
- O respeito pelo legado de generosidade da rainha Dona Estefânia, fundadora do Hospital e os valores e bens arquitectónicos transmitidos pelas gerações de profissionais ao longo da sua história
- A satisfação das necessidades dos doentes através da prestação de cuidados de saúde de qualidade humanizados, adequados e eficientes.
- Responsabilidade profissional e social e forte empenho na melhoria contínua da qualidade
- Aperfeiçoamento permanente e formação profissionais continuados, facilitação da inovação e do reconhecimento do mérito.
- Intervenção multidisciplinar e colaboração de saberes e experiências no interesse do doente e no respeito pela ética e deontologia dos profissionais
- O direito à diferença e à não discriminação” Nunes, Luís (2005, p.2)

O serviço é composto por 7 quartos por onde se distribuem 15 camas que correspondem à lotação do serviço, no entanto, existem 4 vagas extras para crianças de berço.

A equipa de saúde é composta por 17 enfermeiros (entre os quais 1 enfermeira chefe especialista em reabilitação, 3 enfermeira com a especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica sendo 2 do quadro), 7 assistentes operacionais, 1 educadora de infância, 1 secretária da unidade, 5 médicos.

As patologias mais frequentes são as osteomielites e as fracturas.

A média de internamento da criança varia consoante a patologia:

- 3 a 4 semanas nas osteomielites crónicas
- 2 Semanas em diagnósticos que impliquem tracção
- 48 Horas nas fracturas.

A filosofia dos cuidados centrados na família é utilizada pela equipa de enfermagem ao prestar cuidados á criança, ao jovem e família=e a teoria de enfermagem adoptada no Hospital e no serviço é a das actividades de vida diária de Nancy Rooper.

No Serviço de Ortopedia/neurocirurgia pediátrica existem vários projectos em funcionamento, e para os quais os enfermeiros estão despertos e sensibilizados:

- Projecto da dor em pediatria e dos cuidados atraumáticos – todas as crianças têm analgesia prescrita em determinados horários e em SOS, e é preocupação da equipa de enfermagem administrar esta medicação antes de qualquer procedimento traumático e sempre que a criança refira dores. As medidas não farmacológicas para prevenção da dor também são utilizadas correntemente, como é o caso da sucção não nutritiva em bebés, da musicoterapia e da terapia através de jogos e actividades em crianças e jovens. A avaliação da dor é feita pelas escalas de heteroavaliação (NIBS, FLACC, OPS) e de auto-avaliação (das faces e numérica), sendo prática corrente o seu registo em cada turno.
- Projecto de prevenção de úlceras de pressão – neste projecto todas as crianças sujeitas a internamento superior a 48 horas fazem uma avaliação através da escala de Braden Q. Todas as zonas de pressão são protegidas com pensos hidrocoloides, existindo uma preocupação evidente com a maximização do bem-estar da criança, com a mudança de posicionamentos, com a vigilância da integridade cutânea e com a utilização de outras medidas de prevenção de úlceras de pressão como o uso de almofadas e colchões de gel.
- Projecto de articulação de cuidados à criança/família com fixador externo – tem como objectivo a promoção da qualidade de vida e o acompanhamento de crianças, jovens e suas famílias com fixador externo. Consiste em fazer a articulação de cuidados com o enfermeiro de referência do Centro de saúde e com o professor responsável pela criança/jovem permitindo que estes se tornem elementos facilitadores da reintegração da criança e da sua família.
- Projecto “a perda e a morte no serviço de ortopedia 3:2”- este projecto é realizado através de um telefonema que é feito à família uma semana após a morte da criança. Tem como objectivos avaliar a fase de luto em que a família se encontra e mostrar a disponibilidade da equipa de enfermagem para ajudar a família.
- Projecto “ a criança com osteogénese imperfeita, crescer com solidez...passo a passo” - tem como objectivo a promoção da qualidade de vida de crianças com este diagnóstico, que corresponde a uma doença crónica grave caracterizada por um distúrbio do metabolismo do colagénio que causa fragilidade óssea com arqueamento e fracturas frequentes.
- Projecto de visitação domiciliária a crianças com doença de Perthes em colabora o com a Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD), intitulado “a criança com doença de Legg-Calvé-Perthes¹¹...Cuidar no Hospital ou no domicílio. Qualidade, Custos” – destinado a

¹¹ A doença de Perthes   uma necrose asséptica ou parcial da epifise óssea da cabeça do f mur

crianças com doença de Legg-Calvé-Perthes que residam no concelho de Lisboa, este projecto tem como objectivo a qualidade de vida da criança/família com esta doença em tracção cutânea no domicílio integrando a família como parceira no cuidar e reduzindo o internamento hospitalar ao menor tempo possível, a fim de diminuir os custos emocionais, sociais e económicos que este impõe.

- Projecto de acompanhamento e encaminhamento da criança/família dos PALOP após a alta hospitalar para os Centros de Saúde- destinado a encaminhar a criança, o jovem e a família após a alta hospitalar e enquanto permanecem em Portugal para o Centro de Saúde da área de residência a fim de dar continuidade aos cuidados de enfermagem no domicílio. Este projecto, devido aos obstáculos que encontrou pelas dificuldades e barreiras de acesso destes utentes aos centros de saúde não se encontra actualmente em funcionamento.

No serviço existem ainda alguns trabalhos realizados por estudantes no âmbito do curso de licenciatura e de mestrado em enfermagem, folhetos informativos elaborados por enfermeiros, entre os quais se destaca o folheto de acolhimento no serviço. O manual da qualidade contém várias normas de procedimentos.

Os pais podem acompanhar a criança durante o dia, das 8H às 20h, e durante a noite das 20H às 8H, poderá ficar um deles. Têm direito a cartões de identificação personalizados e a tomar as refeições no refeitório ou no bar do hospital, tendo em algumas situações direito a refeições gratuitas. Serão incentivados pela equipa de enfermagem a participarem nos cuidados caso o desejem, e a pedir informações aos médicos e enfermeiros sempre que tenham alguma dúvida.

As visitas de familiares e amigos são diárias, das 14H às 15H e das 18H às 19H, podendo permanecer duas pessoas junto da criança. O serviço tem sempre disponível um telefone e um e-mail onde os pais podem aceder para esclarecimentos e orientações.

5 - UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS DA ALAMEDA

Denominado de Centro de Saúde da Alameda, desde a década de 80 até ao ano de 2009, a UCSP da Alameda funciona na Rua Carvalho Araújo nº103 em Lisboa, num prédio cuja construção inicial se destinava a habitação e integra actualmente o Agrupamento dos Centros de Saúde da grande Lisboa III – Lisboa Central (ACES GL III Central), pertencentes à Administração Regional de Saúde e Vale do Tejo do Ministério da Saúde.

Serve uma população de 74989 utentes inscritos, correspondendo a 19,54% destas inscrições a inscrições esporádicas; 24% da população total são crianças e adolescentes.

“Os ACES são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, cuja missão é garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica” (DL 28/2008).

Os ACES são constituídos por várias unidades funcionais: as Unidades de Saúde Familiar (USF), as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), as Unidades de Saúde Pública (USP) e as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Cada centro de saúde que compõe o ACES deve ter uma USF ou UCSP e uma UCC, e cada ACES deve ter uma USP e URAP.

O ACES III GL – Lisboa Central é composto pela UCSP da Alameda, UCSP do Coração de Jesus, UCSP da Ajuda, UCSP Descobertas, UCSP de Alcântara, UCSP de Santo Condestável, UCSP Luz Soriano, UCSP da Lapa, UCSP de São Mamede e (?) Santa Isabel. Cada unidade funcional possui um coordenador e uma equipa multiprofissional com autonomia organizativa e técnica garantindo a cooperação com as outras unidades funcionais do ACES (DL 28/2008).

O coordenador é nomeado pelo director executivo do ACES após consulta do Concelho Clínico.

Segundo o artigo 10º do DL 28/2008, a missão das UCSP é garantir a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita numa determinada área geográfica e o ACES atribui às UCSP os recursos físicos e humanos necessários ao alcance dos objectivos definidos, perspectivando a partilha entre estas unidades de cuidados como forma de proporcionar uma melhor gestão de meios e uma maior economia, qualidade e eficiência em relação aos antigos centros de Saúde.

Cada UCSP tem um programa de acção onde estão os objectivos, os indicadores e as metas a alcançar, nomeadamente no que se refere à acessibilidade, ao desempenho assistencial, à qualidade e à eficiência. A apreciação da UCSP é da responsabilidade do ACES que avalia e acredita todas as unidades funcionais que o compõem, segundo a disponibilidade, acessibilidade, produtividade, qualidade técnico-científica, efectividade, eficiência e satisfação.

A UCSP da Alameda abrange as freguesias de S. Jorge de Arroios, Alto Pina e São João de Deus. Situa-se na freguesia de S. Jorge de Arroios, funciona de 2^a a 6^a feira das 8 às 20H, tendo o Atendimento Complementar ao Sábado entre as 10 e as 16H. Este serviço é assegurado pelas equipas das UCSP da Alameda, de Marvila e da Penha de França.

O edifício onde se situa a UCSP da Alameda é constituído por 10 pisos distribuídos da seguinte forma:

- Cave – onde se encontra o arquivo clínico, e onde se armazenam o material de consumo clínico e administrativo.
- Piso 0 – onde se encontra o serviço informativo e de vigilância
- Piso 1 – onde se encontram os gabinetes de apoio à intervenção em Cuidados Continuados, o gabinete de colheita de produtos para análise, o gabinete da consulta de enfermagem destinada ao utente diabético, sala de tratamentos, sala de espera com balcão administrativo, casas de banho para utentes e funcionários e o serviço de esterilização.
- Piso 2, 3, 4 – onde se encontram gabinetes médicos (8), sala de espera com balcão administrativo e casas de banho para utentes e funcionários.
- Piso 5 – onde se encontra a consulta de saúde infantil e juvenil, com dois gabinetes de enfermagem, a sala de vacinação, o gabinete de saúde oral (onde crianças com direito a cheque dentista são atendidas por uma higienista oral), gabinetes médicos (5), sala de espera com balcão administrativo e casas de banho para utentes e funcionários. Uma das casas de banho está adaptada a crianças, contendo também um fraldário. A sala de espera desta piso e os gabinetes de enfermagem encontram-se decorados com bonecos criando um espaço mais humanizado e acolhedor às crianças.
- Piso 6 – onde se encontra a consulta de saúde materna e planeamento familiar (com 3 gabinetes de enfermagem), o “cantinho da amamentação”, a consulta de interrupção voluntária da gravidez, o gabinete de psicologia e gabinetes médicos (4). Tal como em

todos os pisos, existem uma sala de espera com balcão administrativo e casas de banho para utentes e funcionários.

- Piso 7 – onde se encontra o gabinete da coordenadora da UCSP, o gabinete da enfermeira responsável, o gabinete da responsável pela coordenação dos assistentes técnicos e operacionais, o secretariado de coordenação, o serviço de pessoal, o gabinete da técnica de serviço social, o gabinete de planeamento da saúde escolar - que actualmente não está em funcionamento -, a biblioteca, a sala de arquivo e casas de banho para funcionários.
- Piso 8 – onde se encontram gabinetes médicos (6), dois gabinetes de enfermagem (destinados às consultas de enfermagem de saúde materna, a central telefónica, a sala de reuniões, uma sala de espera com balcão administrativo, bem como casas de banho para utentes e funcionários.
- Piso 9 – onde se encontra o serviço de saúde pública, e o café/bar, que actualmente não está em funcionamento.
- Piso 10 – onde se encontra uma cafetaria destinada a funcionários.

A UCSP da Alameda tem como hospitais de referência o Hospital de São José e o Hospital Dona Estefânia.

A equipa de enfermagem da UCSP é constituída actualmente por 18 enfermeiros, sendo 4 enfermeiros especialistas, tendo 2 a especialidade de Saúde Infantil e Pediatria, 1 a especialidade de Saúde Materna e Obstétrica e 1 a especialidade Médico-cirúrgica. Destes 18 enfermeiros, 13 têm contrato de trabalho em funções públicas e 5 estão em regime de acumulação de funções. Todos os enfermeiros integram programas de intervenção específica (sala de tratamentos, cuidados continuados, saúde infantil e juvenil, vacinação e saúde sexual e reprodutiva).

5.1– Programa de Saúde Infantil e Juvenil

O programa de Saúde Infantil e juvenil funciona no 5º piso da UCSP da Alameda, de 2ª a 6ª feira, das 8 às 17H. Dispõe actualmente de 2 enfermeiras, sendo 1 enfermeira especialista e uma com especialidade em saúde infantil e pediatria.

As consultas de saúde infantil e juvenil têm como objectivos:

- Avaliar o crescimento e desenvolvimento, registando as avaliações nos suportes próprios

- Estimular a opção por comportamentos saudáveis (nutrição, prática de actividade física, prevenção de consumos nocivos, medidas de segurança)
- Promover o cumprimento de Plano Nacional de Vacinação, Saúde oral, Prevenção de acidentes, Prevenção de perturbações da esfera psicoafectiva.
- Detectar precocemente e encaminhar situações que possam afectar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança e do adolescente, como: malformações congénitas, perturbações da visão, audição e linguagem, do desenvolvimento estatoponderal e psicomotor, alterações neurológicas, de comportamento e psicoafectivas.
- Prevenir, identificar e abordar doenças comuns, reforçando o papel dos pais e alertando para sinais e sintomas que justificam o recurso aos diversos serviços de saúde.
- Sinalizar e proporcionar apoio continuado às crianças com doença crónica/ deficiência e às suas famílias, promovendo a articulação nos serviços de saúde.
- Assegurar a realização do aconselhamento genético, sempre que tal esteja indicado
- Identificar, apoiar e orientar as crianças e famílias vítimas de violência ou negligência, qualquer que seja o seu tipo.
- Promover a auto-estima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde, prevenindo situações disruptivas ou de risco acrescido.
- Apoiar e estimular a função parental promover o bem-estar familiar. (DGS, 2002)

As consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil realizam-se segundo um esquema de vigilância coincidente ou não com as consultas médicas. Existe ainda a possibilidade de consultas extra programação, perante necessidades de acompanhamento detectadas pela equipa de enfermagem em casos individualizados.

A UCSP recebe a notificação dos nascimentos de todos os recém nascidos cuja família se encontre inscrita no centro de saúde, e, semanalmente, o enfermeiro deste programa vai verificar a inscrição do recém-nascido nesta unidade, situação vacinal, realização do rastreio metabólico, realização de vigilância de saúde e riscos associados. Caso não se verifique qualquer contacto com o centro de saúde dentro dos primeiros quinze dias, o enfermeiro realiza a tentativa de contacto telefónico, ou por carta, com a família e, se não obtiver resposta, é efectuada uma visita domiciliária à família perspectivando o despiste de qualquer situação de risco associada.

No 1º mês de vida, as consultas de enfermagem realizam-se uma vez por semana, dando resposta às necessidades da criança/família, coincidindo geralmente a 1ª consulta com a realização do rastreio de doenças metabólicas que pode ser feito todos os dias úteis, entre as 8 e as 13H, preferencialmente com marcação. Ao 2º, 4º, 6º e 9º mês, ao 1º ano, aos 15 e 18 meses, aos 2,3,4,5,6 anos, aos 8 anos, entre os 11 a 13 anos e os 15 e 18 anos, são marcadas consultas, sendo realizados exames globais de saúde aos 5-6 anos e aos 11-13 anos. Poderão ser agendadas consultas intercalares, sempre que a equipa de enfermagem identifique esta necessidade na criança/família.

5.2 – Programa de Vacinação

O programa de vacinação funciona de 2ª a 6ª feira, no 5º piso da UCSP da Alameda, entre as 8 e as 13H e entre as 14 e as 16H.

Este programa funciona com 2 enfermeiros generalistas que administram as vacinas de acordo com o Plano Nacional de Vacinação (PNV) em vigor, a toda a população residente ou não, inscrita no centro de saúde.

Podem ainda ser administradas outras vacinas mediante prescrição médica, não necessitando de marcação prévia.

O registo vacinal do utente é efectuado em suporte de papel no Boletim individual de Saúde, e em suporte informático no sistema SINUS, garantindo assim o acesso dos enfermeiros ao registo de vacinas de todos os utentes inscritos nas unidades de saúde da ARSLVT, permitindo assim convocar por carta ou telefone as pessoas cujo registo vacinal se encontre desactualizado, promovendo desta forma a saúde da população.

Neste programa o enfermeiro adequa a prestação de cuidados ao utente no contexto da sua cultura, do seu estadio de desenvolvimento, das competências dos cuidadores e das suas próprias competências, colhendo dados e fazendo registos que o conduzem à promoção e vigilância de saúde.

A gestão de *stocks* de material administrativo e clinico, bem como de vacinas é também da competência do enfermeiro deste programa, o qual é feito informaticamente através do programa SINGAP.

6– CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL (CHLC)

O Hospital de Santa Marta, pertencente ao Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC) foi criado pelo DL nº50/2007 de 28 de Fevereiro. Esta organização integra 4 unidades Hospitalares: Hospital de Santa Marta, Hospital de D. Estefânia, Hospital de S. José e Hospital de Santo António dos Capuchos.

O CHLC tem por missão “prestar cuidados de saúde diferenciados, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no SNS” e conduz a sua actividade por valores como: competência técnica, ética profissional, segurança e conforto para o doente, responsabilidade e transparência, cultura de serviço centrada no doente, melhoria contínua da qualidade, cultura de mérito, rigor e avaliação sistemática, actividade orientada para resultados, trabalho em equipas multidisciplinares e multiprofissional, boas condições de trabalho.¹²

6.1– Hospital de Santa Marta. Empresa Pública Estatal (EPE)

Inicialmente Convento de Santa Marta, construído no século XVI, em 1890 iniciou a sua função como serviço de saúde após uma epidemia de gripe em que se tornou necessário acolher e tratar as suas vítimas, denominando-se na altura de Hospital dos Clérigos Pobres. Em 1903 passou a depender do estado, destinando-se a tratar doenças venéreas, integrando o Grupo dos Hospitais Civis de Lisboa e funcionando como um anexo do Hospital de São José.

Em 1910 foi atribuída pelo estado a função de Escola Médico Cirúrgica de Lisboa, passando a denominar-se de Hospital Escolar da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Em Dezembro de 2002, o Hospital transitou para um novo modelo de gestão (Sociedade Anónima (SA)), pertencendo à rede pública de cuidados de saúde. Em 2007, com o DL nº501/2007 de 28 de Fevereiro, passou a EPE, sendo integrado no CHLC.

O Hospital de Santa Marta tem como missão “tratar os doentes da sua área de influência com eficiência, em tempo útil, promovendo a sua satisfação, respeitando a respectiva dignidade, encorajando as boas práticas e favorecendo a melhoria contínua da qualidade Lima et al (2009 p.3). Os seus profissionais orientam a sua actividade por vários princípios e valores: foco no doente; respeito pela dignidade, liberdade e individualidade da pessoa humana, promoção das boas práticas

¹² www.chlc.min-saude.pt acedido em 12/01/2012

profissionais, cumprimentos das normas de ética e deontologia profissional, cultura de abordagem multidisciplinar nas práticas clínicas, utilização eficiente dos recursos, cooperação com entidades externas no desenvolvimento e fortalecimento dos princípios e valores.¹³

O Hospital de Santa Marta situa-se na rua de Santa Marta em Lisboa, sendo servido por uma vasta rede de transportes públicos face à sua localização central. É constituído pelo “Edifício das consultas externas”, “Edifício do coração”, “Edifício da Santa” e “Edifício dos Claustros” que dão acesso aos vários serviços do Hospital.

6.1.1– Serviço de Cardiologia Pediátrica

O Serviço de cardiologia pediátrica situa-se no 2º piso do “Edifício do Coração” do HSM=e a sua actividade está direccionada para o tratamento, prevenção, ensino e investigação das doenças cardiovasculares na criança e adolescente.

A sua missão é “prestar cuidados de saúde especializada na área das doenças cardiovasculares à população pediátrica, ensinar e investigar esta área da medicina de acordo com padrões de elevado nível técnico-científico, ético e organizacional” (Lima et al 2009, p.6).

O serviço recebe utentes da região do centro e sul do país, regiões autónomas e países de língua oficial portuguesa (PALOP), ao abrigo dos acordos de cooperação internacional no domínio da saúde. Assegura assistência em cardiologia pediátrica durante 24h/dia, através do serviço de urgência referenciada de outros hospitais, para tratamento médico e/ou cirúrgico, de cardiopatias congénitas ou adquiridas com várias graus de complexidade, incluindo transplantes cardíacos e intervenções percutâneas em cardiopatias congénitas. O Serviço trabalha em colaboração com o Serviço de hemodinâmica, de cirurgia cardioracica e com a consulta de enfermagem.

A equipe multidisciplinar do serviço é composto por 15 enfermeiros, 8 médicos cardiologistas pediátricos, 7 assistentes operacionais, 1 educadora de infância, 2 assistentes técnicos, 2 técnicos de electrocardiopneumologia.

A equipe de enfermagem é composta por 15 enfermeiros, sendo o enfermeiro chefe especialista em Saúde Infantil e Pediatria (SIP), 5 enfermeiras especialistas em SIP, pertencendo 2 ao quadro do hospital, e 8 enfermeiros generalistas.

O método utilizado pela equipe de enfermagem é o método individual de trabalho, seguindo a filosofia de cuidados centrados na família.

¹³ www.chlc.min.saude.pt acedido em 12/01/2012

O serviço tem a lotação de 9 vagas, tendo no entanto a capacidade para 12 crianças com idades compreendidas entre os 0 – 12 anos, distribuídas por quatro quartos e 1 unidade de cuidados especiais. Todo o espaço físico é adaptado à idade pediátrica.

Os pais ou pessoa significativa podem permanecer junto das crianças de acordo com o nº2 da Carta da Criança Hospitalizada, “ Uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado”, desta forma os acompanhantes podem permanecer no serviço, sendo que durante a noite apenas pode permanecer um deles, com excepção da Unidade de Cuidados Especiais em que apenas podem permanecer durante o dia.

O horário de visitas é das 12 horas às 20 horas e cada criança pode receber duas visitas, não podendo permanecer mais de duas pessoas junto a esta, devido ao espaço físico existente. Crianças com menos de 12 anos, com excepção dos irmãos, não podem entrar no serviço.

À excepção dos pais a Unidade de Cuidados Especiais, não têm visitas, como medida preventiva face à natureza das patologias. O serviço tem uma linha directa em funcionamento durante 24 horas.

O serviço de cardiologia pediátrica pratica ensino pré e pós graduado de médicos e enfermeiros, colaborando com escolas superiores de enfermagem e de medicina na formação dos seus alunos com supervisão de um profissional.

No ano 2010 recebeu um total de 584 crianças e jovens, tendo uma taxa de ocupação de 86,37%, e uma demora média de internamento de 4,24 dias. No ano de 2011 recebeu um total de 589 utentes, tendo uma taxa de ocupação de 85,36%, e uma demora média de internamento de 4,84 dias. Em cada um dos anos de 2010 e de 2011, recebeu 84 e 86 crianças provenientes dos PALOP.

No Serviço existem vários projectos em funcionamento:

- Projecto do Percurso Integrado – que consiste num programa de acompanhamento para crianças que realizam cateterismo ou cirurgia cardíaca. Tem como função preparar previamente o internamento das crianças, esclarecer os familiares sobre quaisquer dúvidas ou problemas que surjam antes e após a alta, organizando o processo e exames necessários, detectando situações que comprometam a elaboração dos cateterismos ou cirurgia, diminuindo desta forma o tempo de internamento e agilizando todo o processo.
- Projecto “a consulta da brincadeira” – iniciado há 7 anos por enfermeiros do Serviço de Cardiologia Pediátrica este projecto promove a educação para a saúde. Aprender, brincando, quem são os profissionais da consulta de cardiologia Pediátrica, para que servem os instrumentos médicos, como tudo funciona, tem como objectivo acabar ou minimizar o medo

dos mais novos, tornando-a num espaço acolhedor, dinâmico e aprazível. Os destinatários são bonecos, ou seja “utentes”, as mãos das crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 10 anos, que se encarregam de os levar à consulta, sendo criados todos os passos pelos quais a criança passa numa consulta normal desta especialidade, tornando as vivências positivas. Alargado à comunidade há cerca de 4 anos, com o convite de algumas escolas locais, este projecto tem dado a conhecer a imagem do hospital e ajudado a divulgar a sua missão, promovendo as boas práticas em saúde.

- Projecto Avaliação da Dor em Pediatria – englobado no projecto de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, tendo por base a dor como o 5º sinal vital, todas as crianças têm avaliação da dor de acordo com a sua idade e com a escala adequada, registando-se em instrumento próprio durante todos os turnos, ajustando-se medidas terapêuticas e/ou não terapêuticas segundo a avaliação atribuída
- Projecto lavagem das mãos – destinada a todos os técnicos de saúde, promovendo a lavagem correcta das mãos, nos cinco momentos estabelecidos pela DGS e pela OMS (1- antes do contacto com o doente, 2- antes dos procedimentos assépticos, 3 – após risco de exposição a fluidos orgânicos, 4 – após contacto com o doente, 5 – após contacto com o ambiente do doente).

Existem ainda várias normas e alguns trabalhos feitos pelos enfermeiros do serviço no âmbito de curso de complemento de formação em enfermagem e de especialidade em enfermagem de saúde infantil e pediatria, entre os quais destaco alguns trabalhos sobre multiculturalidade, como é exemplo a “Promoção da Adesão à terapêutica, da criança e família africanas, vindas para Portugal para tratamento da Febre Reumática”, elaborado no âmbito do 1º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem na área de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

7– CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao descrever todos os locais de estágio que criteriosamente selecionei para a elaboração deste curso, consegui, através da pesquisa feita e da informação local adquirida, perceber melhor o seu funcionamento e organização dando resposta ao objectivo a que me propus ao elaborar este trabalho.

8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 📖 Araújo e Sá, G; Castanhinha, S; Ferreira, G; Gonçalves, C. (2007) – **As Crianças Evacuadas dos PALOP na Urgência Pediátrica** – Poster apresentado nas XIV jornadas de Pediatria do Hospital de Santa Maria
- 📖 Carneiro de Moura, Miguel. Hospital Santa Maria 1954 – 1994. Lisboa: **Oficinas Gráficas da Associação de Estudantes Faculdade de Medicina de Lisboa**. p.34.
- 📖 Decreto-Lei nº 558/99. DR I Série A nº292 de 17/02/1999 p.9012-9018
- 📖 Ferro, José (2005) - Reflexão Estratégica no HSM: Planeamento e Acção in Santa Maria – **Notícias**. Lisboa. Ano 1, nº1 (Janeiro/Fevereiro/Março 2005), p.11-15.
- 📖 Instituto de Apoio à Criança (IAC) (2008) - Carta da Criança Hospitalizada. Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança, 4ª edição. Lisboa: Medinfer in <http://www.iac.humanizaçãomail.com> acedido em 11/12/2011
- 📖 Instituto de Apoio à Criança (IAC) (2009) – Guia dos Direitos da Criança, 3ª edição. Lisboa, Temas e debates ISBN 9789896440657
- 📖 Lima et al (2009) – A **Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta: Quarenta Anos de História 1969-2009**. Lisboa. Serviço de Cardiologia Pediátrica, Hospital de Santa Marta.
- 📖 Meneses, A. (1998) - Manual de Triagem. Hospital de Santa Maria: Serviço de Urgência Pediátrica. Lisboa (trabalho elaborado no contexto do curso de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediatria da Escola Superior de Enfermagem de São Vicente de Paulo, não publicado e cedido por Anabela Meneses)
- 📖 Nightingale, Florence (2005) – **Notas sobre enfermagem**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-92-4
- 📖 Nunes, Luís (2005) – **Boletim Informativo nº193/05 de 6 de Setembro de 2005**. Hospital Dona Estefânia
- 📖 Portugal. Direcção geral de Saúde (2002) – **Saúde Infantil e Juvenil – Programa tipo de actuação**: Lisboa, DGS. ISBN 972-675-084-9

- 📖 Portugal. Direcção Geral de Saúde (2007) – Circular Normativa nº11/SR implementação da Lei 16/2007 de 17 de Abril. **Organização dos Serviços para implementação da Lei 16/2007 de 17 de Abril.** Lisboa, DGS
- 📖 Portugal. Ministério da Saúde (2010) – **Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2010)** – ACES Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Lisboa:M.S
- 📖 Portugal. Direcção Geral de Saúde (2012) – Norma nº040/2011 de 21/12/2011 **Programa Nacional de Vacinação.** Lisboa, DGS
- 📖 Silva, Fernanda (2012) – Plano de Acção 2012 – Departamento de Saúde Pública. Gabinete da Saúde do CNAI (Trabalho não publicado e cedido por Fernanda Silva)

8.1 – Referências Informáticas

- 📖 http://www.chln.min.saude.pt/default.aspx?tabid=1600&MenuActive=NewsLetter#ID_1
- 📖 <http://www.chln.minsaude.pt/CentroHospitalar/Organização/EstruturaOrganizacional/Accã oMédica/DepartamentodaCriançaedaFamília/ServiçodePediatria/tabid/1079/Default.aspx>
- 📖 <http://www.chln.minsaude.pt/InformaçãoInstitucional/NormaseRegulamentos/MapadePessoal/tabid/1911/Default.aspx>, MAPA DE PESSOAL CHLN (2010) acedido em 5/10/2011.
- 📖 <http://www.mac.min-saude.pt> acedido a 17/11/2011
- 📖 <http://www.hdestefania.min-saude.pt>
- 📖 <http://www.adsoftheworld.com> acedido em 20 de Janeiro de 2012
- 📖 <http://www.doctorsoftheworld.com> acedido em 20 de Janeiro de 2012
- 📖 <http://www.chlc.min.saude.pt> acedido em 12/02/2012

APÊNDICE VI

Formação no Serviço de Nefrologia Pediátrica do Hospital de Santa Maria

Acompanhamento da Criança, do Jovem e Família proveniente dos PALOP, durante o Tratamento em Portugal



ELABORADO POR:
ANA MARIA A.S.M. RIBEIRO
ESTUDANTE Nº3562



Os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) foram formados por 5 Países Lusófonos Africanos em 1996 (Angola, Cabo Verde, Guiné Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe).

Estes Países, em vias de desenvolvimento, necessitam da cooperação internacional para suprir as suas necessidades de saúde

Por parte do estado Português

- **Assistência Médica Hospitalar (internamento, semi-internamento e ambulatório).**
- **Meios complementares de diagnóstico e terapêutica quando efectuados em estabelecimentos hospitalares oficiais ou suas dependências.**
- **Transporte em ambulância do aeroporto ao Hospital quando clinicamente exigido.**



Por parte dos estados Africanos

- **Transporte de vinda e regresso ao país de origem.**
- **Deslocação do aeroporto ao local de destino.**
- **Alojamento a doentes não internados ou em regime de semi-internamento e ambulatório.**
- **Alojamento após tratamento ter sido dado como concluído pelas competentes autoridades hospitalares.**
- **Medicamentos e produtos farmacêuticos prescritos em ambulatório.**
- **Atribuição de Próteses**
- **Funeral ou repatriamento do corpo em caso de morte.**

Datas dos Acordos:

Cabo Verde 1977 e 1980

S. Tomé e Príncipe 1977

Moçambique 1984

Angola 1984

Guiné – Bissau 1992

Nº MÁXIMO DE DOENTES A EVACUAR / ANO

Angola: 200

Cabo Verde: 300

Guiné-Bissau: 300

S. Tomé e Príncipe: 200

Moçambique: 50



Os acordos de cooperação internacional estão “desajustados à realidade actual, nomeadamente no que se refere à evacuação de doentes”. O PNS 2004-2010 sugere como orientação estratégica “incentivar a cooperação com os países Lusófonos, privilegiando as doenças associadas à pobreza”.

PNS, 2004-2010, p.149-151

Total de pedidos de evacuação de doentes dos PALOP - 2004-2008

Ano	ANGOLA		CABO VERDE		GUINÉ		MOÇAMBIQUE		S.TOMÉ e PRÍNCIPE		Total
	nº de doentes	%	nº de doentes	%	nº de doentes	%	nº de doentes	%	nº de doentes	%	
2004	2	0,3%	232	34,02%	157	23,02%	23	3,37%	268	39,30%	682
2005	0	0,00%	280	37,69%	245	32,97%	22	2,96%	196	26,38%	743
2006	26	2,61%	292	29,26%	488	48,90%	14	1,40%	178	17,84%	998
2007	28	2,81%	278	27,94%	507	50,95%	10	1,01%	172	17,29%	995
2008	0	0%	300	24,17%	719	57,94%	12	0,97%	210	16,92%	1241
Total	56	1,20%	1382	29,66%	2116	45,42%	81	1,74%	1024	21,98%	4659

Ministério da Saúde

Doentes Evacuados dos PALOP - Custos Totais - 2008

País	Total	%
Angola		0,00%
Cabo Verde	1.859.292,07 €	66,86%
Guiné Bissau	558.899,87 €	20,10%
Moçambique	24.196,17 €	0,87%
São Tomé e Príncipe	338.636,52 €	12,18%



Migração

Deriva do latim –
MIGRARE – passar de um
local para o outro
Implica adaptação social e
psicológica a uma cultura
nova e desconhecida
Ramos (2008, p.55)

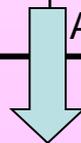


Cultura

A Cultura inclui conhecimento
sobre religião, parentesco,
tecnologia, educação, valores
culturais, economia e aspectos
político-legais; influencia a
saúde, a doença, as
incapacidades ou a morte
Leininger (1970,
1978,1988,1991)

PROCESSO MIGRATÓRIO CRIANÇA/FAMÍLIA

PAÍS DE ORIGEM	PAÍS ACOLHEDOR
CULTURA	CULTURA
LINGUA MATERNA	LINGUA DO PAÍS ACOLHEDOR

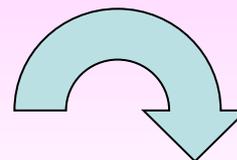


MUDANÇAS:

FÍSICAS
BIOLÓGICAS
SOCIAIS
CULTURAIS
PSICOLÓGICAS
POLÍTICAS

CONSEQUÊNCIAS:

- POSITIVAS
- NEGATIVAS



FACTOR DE STRESS



CIPE

ENSINAR – “dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde”

ORIENTAR – “dirigir alguém para uma decisão em assuntos relacionados com a saúde”

DAR PODER– “Capacitar as pessoas para fazerem escolhas, de modo a que se consciencializem do seu potencial para influenciar a sua saúde”.

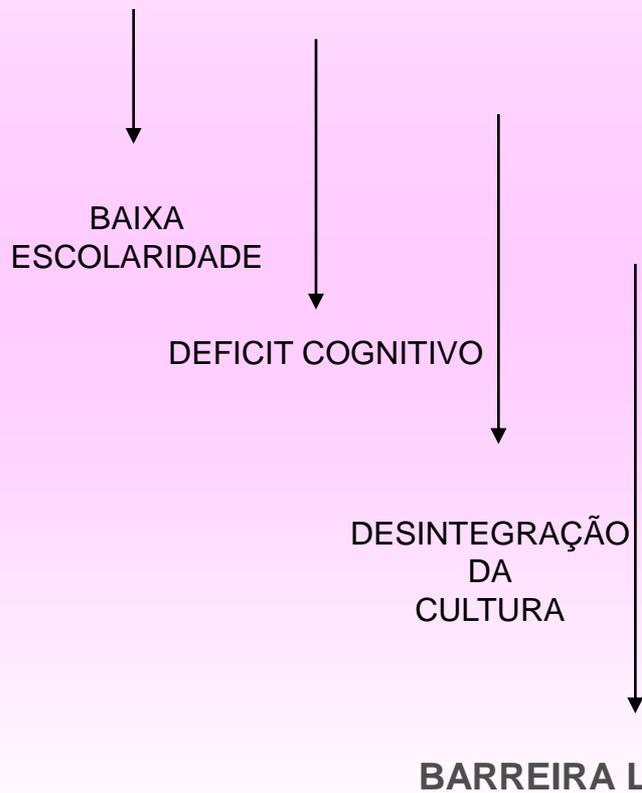
📖 INC (2005) – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 1.0. ISBN: 92 – 95040-36-8



PROBLEMAS DA CRIANÇA, DO JOVEM, DA FAMÍLIA

DIFICULDADES DOS UTENTES	A MINHA REALIDADE	SERVIÇO DE NEFROLOGIA PEDIÁTRICA H.S.M.	RECURSOS POSSÍVEIS
PROBLEMAS DE COMUNICAÇÃO	X	X	-BANCO DE INTÉRPRETES - ENFERMEIROS
PROBLEMAS DE ILEGALIDADE	X		-S. SOCIAL -CNAI
NÃO CUMPRIMENTO DOS ACORDOS EMBAIXADAS/ PROB.ECONÓMICOS	X	X	-PADE -ASSOCIAÇÕES DE APOIO
NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO	X	X	- ENFERMEIROS – CAPACITAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM/FAMÍLIA
REINTERNAMENTOS POR DESCOMPENSAÇÃO	X	X	- ENFERMEIROS- ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA/JOVEM/FAMÍLIA
>CUSTOS PESSOAIS E DE SAÚDE	X	X	- ENFERMEIROS- CAPACITAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM/FAMÍLIA
DESCONHECIMENTO DAS LEIS, DOS ACORDOS, DA CULTURA, DAS POLÍTICAS	X	X	-ENFERMEIROS (PAÍS DE ORIGEM E DO PAÍS ACOLHEDOR) - EQUIPA MULTIDISCIPLINAR
REINTEGRAÇÃO, ACULTURAÇÃO (POR NÃO REGRESSO AO PAÍS ORIG.)		X	-ENFERMEIROS – RELAÇÃO DE AJUDA -- ASSOCIAÇÕES DE IMIGRANTES

COMUNICAÇÃO



FACTORES ADJUVANTES:

BANCO DE INTÉRPRETES

LINHA DE TRADUÇÃO TELEFÓNICA

ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM

ENCAMINHAMENTO ASSOCIAÇÕES DE APOIO
(ASSOCIAÇÕES DE IMIGRANTES, CNAI)

NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO

Acompanhamento da Criança/Jovem/Família proveniente dos PALOP, durante a Permanência em Portugal

CAUSA

PERMANÊNCIA MUITO LONGA



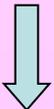
AFASTAMENTO DO PAÍS DE ORIGEM, DA CULTURA, DA FAMÍLIA



SOLIDÃO



FALTA DE PERSPECTIVAS DE REGRESSO



OUTROS PAIS COM EXPERIÊNCIAS DE PERMANÊNCIA E RESIDENCIA



RECONSTRUÇÃO DE OUTRA FAMÍLIA



ABANDONO DA FAMÍLIA DO PAÍS DE ORIGEM



“DESCURO” NOS CUIDADOS À CRIANÇA



NEGLIGÊNCIA

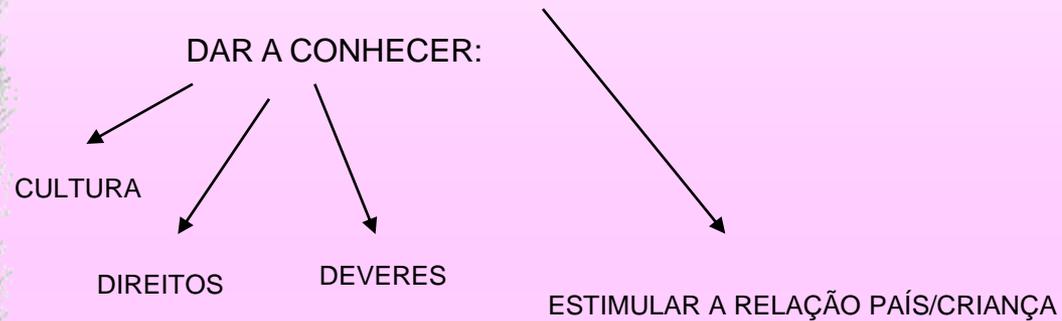
MAUS TRATOS





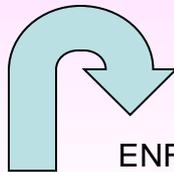
FACTORES ADJUVANTES

- CRIAÇÃO DE CONDIÇÕES NO PAÍS DE ORIGEM PARA O REGRESSO
- ASSOCIAÇÕES DE APOIO (EX: ASSOCIAÇÕES DE IMIGRANTES QUE PERMITAM O CONTACTO COM A CULTURA)
- CAPACITAÇÃO DA CRIANÇA/FAMÍLIA POR PARTE DA EQUIPA DE ENFERMAGEM



DIREITOS DA CRIANÇA
PRINCIPIO 9

“A CRIANÇA GOZARÁ DE PROTECÇÃO CONTRA QUALQUER FORMA DE NEGLIGÊNCIA(...)”
ONU (1925)



ENFERMEIRO ADVOGADO DA CRIANÇA

O MEU CONTRIBUTO

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE. EFE



Hospital PaúlidoValente

FOLHA DE TERAPÊUTICA

Nome: _____

Medicamento/Dosagem Medicine / Dosage Médicament/Dosage Ramedi 	 Jejum Fasting Jeûne Jejum	 Pequeno Almoço Breakfast Petit déjeuner Quebra jejum	 Almoço Lunch Déjeuner Almoço	 Lanche Snack Goûter Lanche	 Jantar Dinner Dîner Djanta	 Deitar To lay down Choucher Ditá

Nota/Note/Note: _____

Próxima observação/Next observation/Prochain observation: Data: ___/___/___

Unidade de Nefrologia Pediátrica - Telefone/Telephone/Téléphone: _____

Enfermeiro - _____



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ ACIDI- Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural, I.P. (2009) – **Imigração em Portugal**. Informação útil 2009.
- ✓ HENRIQUES, M. Adelina (2007) -**Argumentos para uma viagem sem regresso - A imigração PALOP por via da saúde**. Um estudo de caso. Disponível na Internet:
 - http://repositorioiul.iscte.pt/bitstream/10071/1809/1/ARGUMENTOS%20PARA%20UMA%20VIAGEM%20SM%20REGRESSO.%20A%20IMIGRA%C3%87%C3%83O%20PALOP%20OR%20VIA%20DA%20SA%C3%9ADE_UM%20ESTUDO%20DE%20CASO.pdf
- ✓ INC (2005) – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 1.0. ISBN: 92 – 95040-36-8
- ✓ Leininger, M. – **Enfermagem Transcultural: Imperativo da Enfermagem Mundial** – II Encontro Internacional de Enfermagem de Países de Língua Oficial Portuguesa 8-10 Outubro 1997, Lisboa, Portugal Revista Enfermagem nº10 (2ª série)
- ✓ LOPES, J. et al. (2009)- **Multiculturalidade - Perspectivas da Enfermagem contributos para Melhor Cuidar**. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-45-5.
- ✓ MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004/2010) – **Plano Nacional de Saúde 2004/2010**. Volume II – Orientações estratégicas.
- ✓ MINISTÉRIO DA SAÚDE (2009) – **Acordos de Cooperação Internacional entre Portugal e os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa no domínio da saúde**. Departamento da Qualidade na Saúde. Divisão de mobilidade de doentes. Lisboa: Direcção -Geral de saúde.
- ✓ Ramos, N. (2008) – **Saúde, Migrações e Interculturalidade-** Perspectivas teóricas e práticas. Editora Universitária/ UFPB, Paraíba, Brasil ISBN 978-85-7745-205-0
- ✓ www.acidi.gov.pt (acedido a 03/01/2011)
- ✓ <http://www.aacilus.org/index.php?q=node/16> (acedido a 03/01/2011)
- ✓ <http://www.acidi.gov.pt/es-imigrante> (acedido a 03/01/2011)
- ✓ <http://www.acs.min-saude.pt/alto-comissariado-da-saude/missao-e-atribuições> (acedido a 03/01/2011)
- ✓ <http://www.unicef.pt> (acedido a 03/02/2011).



OBRIGADO
PELA
VOSSA
ATENÇÃO



APÊNDICE VII

Folha de Orientação de Terapêutica

FOLHA DE TERAPÊUTICA

Nome: _____

<p>Medicamento/Dosagem Medicine / Dosage Médicament/Dosage Ramedí</p> 	 <p>Jejum Fasting Jeûne Jejum</p>	 <p>Pequeno Almoço Breakfast Petit déjeuner Quebra jejum</p>	 <p>Almoço Lunch Déjeuner Almoço</p>	 <p>Lanche Snack Goûter Lanche</p>	 <p>Jantar Dinner Dîner Djanta</p>	 <p>Deitar To lay down Choucher Ditá</p>

Nota/Note/Note: _____

Próxima observação/Next observation/Prochain observation: Data: ___/___/___

Unidade de Nefrologia Pediátrica - Telefone/Telephone/Téléphone:

Enfermeiro -

APÊNDICE VIII

Formação no Serviço de Urgência do Hospital de Santa Maria

Acompanhamento da Criança/do Jovem e Família proveniente dos PALOP, durante o Tratamento em Portugal



ELABORADO POR:
ANA MARIA A.S.M. RIBEIRO
ESTUDANTE Nº3562

PERTINÊNCIA DA PROBLEMÁTICA EM ESTUDO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Em 2006 as crianças evacuadas dos PALOP que entraram no serviço de urgência de Pediatria do Hospital de Santa Maria totalizaram 0,11% do total dos motivos de vinda ao S.U.

Araújo et al (2007)

SERVIÇO DE URGÊNCIA

“portas de entrada” destes utentes (em 2006 - 37% do total de crianças recebidas) o serviço de eleição destes utentes (por questões legais e burocráticas)

Esteves, A; Fonseca, M; McGarrigle,J; Silva, S. (2009, p.34) salientam que em Portugal o que mais afecta a qualidade dos serviços e os cuidados de saúde prestados aos estrangeiros se prendem com: “O desconhecimento de aspectos culturais e de tradições das sociedades de origem, as dificuldades de comunicação por questões linguísticas, ausência e insipiência da informação disponível por parte dos prestadores de cuidados, sobre os direitos e deveres, bem como dos serviços disponíveis para estas comunidades” entre outras.





Os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) foram formados por 5 Países Lusófonos Africanos em 1996 (Angola, Cabo Verde, Guiné Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe).

Estes Países, em vias de desenvolvimento, necessitam da cooperação internacional para suprir as suas necessidades de saúde

Por parte do estado Português

- **Assistência Médica Hospitalar (internamento, semi-internamento e ambulatório).**
- **Meios complementares de diagnóstico e terapêutica quando efectuados em estabelecimentos hospitalares oficiais ou suas dependências.**
- **Transporte em ambulância do aeroporto ao Hospital quando clinicamente exigido.**



Por parte dos estados Africanos

- **Transporte de vinda e regresso ao país de origem.**
- **Deslocação do aeroporto ao local de destino.**
- **Alojamento a doentes não internados ou em regime de semi-internamento e ambulatório.**
- **Alojamento após tratamento ter sido dado como concluído pelas competentes autoridades hospitalares.**
- **Medicamentos e produtos farmacêuticos prescritos em ambulatório.**
- **Atribuição de Próteses**
- **Funeral ou repatriamento do corpo em caso de morte.**

Datas dos Acordos:

Cabo Verde 1977 e 1980

S. Tomé e Príncipe 1977

Moçambique 1984

Angola 1984

Guiné – Bissau 1992

Nº MÁXIMO DE DOENTES A EVACUAR / ANO

Angola: 200

Cabo Verde: 300

Guiné-Bissau: 300

S. Tomé e Príncipe: 200

Moçambique: 50



Os acordos de cooperação internacional estão “desajustados à realidade actual, nomeadamente no que se refere à evacuação de doentes”. O PNS 2004-2010 sugere como orientação estratégica “incentivar a cooperação com os países Lusófonos, privilegiando as doenças associadas à pobreza”.

PNS, 2004-2010, p.149-151

Total de pedidos de evacuação de doentes dos PALOP - 2004-2008

Ano	ANGOLA		CABO VERDE		GUINÉ		MOÇAMBIQUE		S.TOMÉ e PRÍNCIPE		Total
	nº de doentes	%	nº de doentes	%	nº de doentes	%	nº de doentes	%	nº de doentes	%	
2004	2	0,3%	232	34,02%	157	23,02%	23	3,37%	268	39,30%	682
2005	0	0,00%	280	37,69%	245	32,97%	22	2,96%	196	26,38%	743
2006	26	2,61%	292	29,26%	488	48,90%	14	1,40%	178	17,84%	998
2007	28	2,81%	278	27,94%	507	50,95%	10	1,01%	172	17,29%	995
2008	0	0%	300	24,17%	719	57,94%	12	0,97%	210	16,92%	1241
Total	56	1,20%	1382	29,66%	2116	45,42%	81	1,74%	1024	21,98%	4659

Ministério da Saúde

Doentes Evacuados dos PALOP - Custos Totais - 2008

País	Total	%
Angola		0,00%
Cabo Verde	1.859.292,07 €	66,86%
Guiné Bissau	558.899,87 €	20,10%
Moçambique	24.196,17 €	0,87%
São Tomé e Príncipe	338.636,52 €	12,18%



Migração

Deriva do latim –
MIGRARE – passar de um
local para o outro
Implica adaptação social e
psicológica a uma cultura
nova e desconhecida
Ramos (2008, p.55)

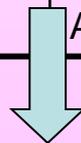


Cultura

A Cultura inclui conhecimento
sobre religião, parentesco,
tecnologia, educação, valores
culturais, economia e aspectos
político-legais; influencia a
saúde, a doença, as
incapacidades ou a morte
Leininger (1970,
1978,1988,1991)

PROCESSO MIGRATÓRIO CRIANÇA/FAMÍLIA

PAÍS DE ORIGEM	PAÍS ACOLHEDOR
CULTURA	CULTURA
LINGUA MATERNA	LINGUA DO PAÍS ACOLHEDOR

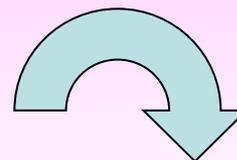


MUDANÇAS:

FÍSICAS
BIOLÓGICAS
SOCIAIS
CULTURAIS
PSICOLÓGICAS
POLÍTICAS

CONSEQUÊNCIAS:

- POSITIVAS
- NEGATIVAS



FACTOR DE STRESS



CIPE

ENSINAR – “dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde”

ORIENTAR – “dirigir alguém para uma decisão em assuntos relacionados com a saúde”

DAR PODER– “Capacitar as pessoas para fazerem escolhas, de modo a que se consciencializem do seu potencial para influenciar a sua saúde”.

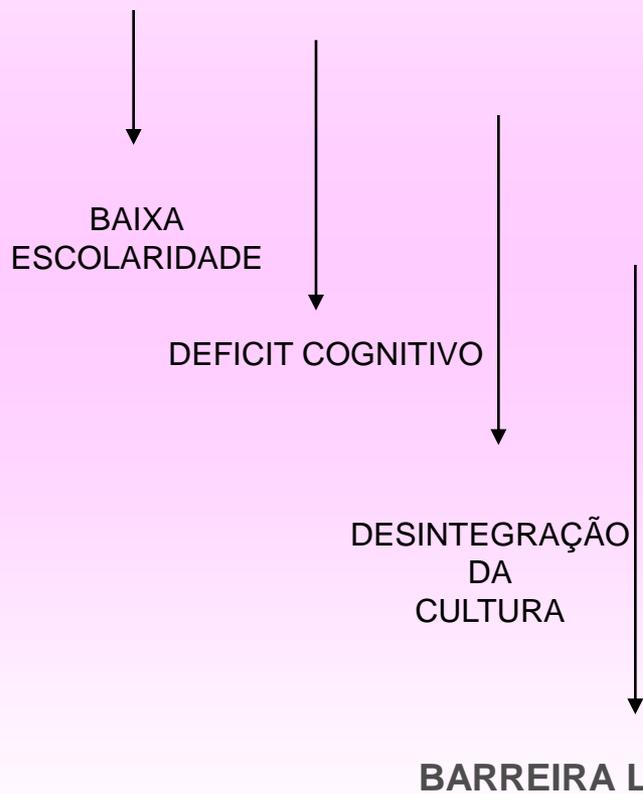
📖 INC (2005) – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 1.0. ISBN: 92 – 95040-36-8



PROBLEMAS DA CRIANÇA, DO JOVEM, DA FAMÍLIA

DIFICULDADES DOS UTENTES	A MINHA REALIDADE	URGÊNCIA PEDIÁTRICA H.S.M.	RECURSOS POSSÍVEIS
PROBLEMAS DE COMUNICAÇÃO	X	X	-BANCO DE INTÉRPRETES - ENFERMEIROS
PROBLEMAS DE ILEGALIDADE	X		-S. SOCIAL -CNAI
NÃO CUMPRIMENTO DOS ACORDOS EMBAIXADAS/ PROB.ECONÓMICOS	X	X	-PADE -ASSOCIAÇÕES DE APOIO (CASA VIVA, CASA DO GIL, SJR, FUNDAÇÃO LUIS FIGO, CEPAC...)
NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO	X	X	- ENFERMEIROS – ENCAMINHAMENTO/ CAPACITAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM/FAMÍLIA
REINTERNAMENTOS POR DESCOMPENSAÇÃO	X	X	- ENFERMEIROS- ENCAMINHAMENTO/ ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA/JOVEM/FAMÍLIA
>CUSTOS PESSOAIS E DE SAÚDE	X	X	- ENFERMEIROS- CAPACITAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM/FAMÍLIA
DESCONHECIMENTO DAS LEIS, DOS ACORDOS, DA CULTURA, DAS POLÍTICAS	X	X	-ENFERMEIROS (PAÍS DE ORIGEM E DO PAÍS ACOLHEDOR) - EQUIPA MULTIDISCIPLINAR
REINTEGRAÇÃO, ACULTURAÇÃO (POR NÃO REGRESSO AO PAÍS ORIG.)		X	-ENFERMEIROS – RELAÇÃO DE AJUDA -- ASSOCIAÇÕES DE IMIGRANTES

COMUNICAÇÃO



FACTORES ADJUVANTES:

BANCO DE INTÉRPRETES

LINHA DE TRADUÇÃO TELEFÓNICA
(808257257 OU 218106191 de 2^a a 6^a
das 8H30m às 20H30m)

ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM

ENCAMINHAMENTO ASSOCIAÇÕES DE APOIO
(ASSOCIAÇÕES DE IMIGRANTES,
CNAI (2^a a 6^a das 8H30m às 18H30m)

NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO

Acompanhamento da Criança/Jovem/Família proveniente dos PALOP, durante a Permanência em Portugal

CAUSA



PROBLEMAS ECONÓMICOS

PERMANÊNCIA MUITO LONGA



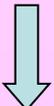
AFASTAMENTO DO PAÍS DE ORIGEM, DA CULTURA, DA FAMÍLIA



SOLIDÃO



FALTA DE PERSPECTIVAS DE REGRESSO



OUTROS PAIS COM EXPERIÊNCIAS DE PERMANÊNCIA E RESIDENCIA



RECONSTRUÇÃO DE OUTRA FAMÍLIA



ABANDONO DA FAMÍLIA DO PAÍS DE ORIGEM



“DESCURO” NOS CUIDADOS À CRIANÇA



NEGLIGÊNCIA

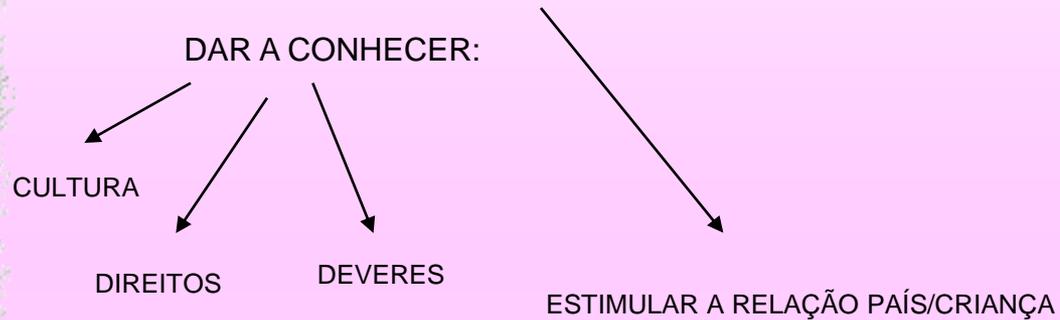
MAUS TRATOS





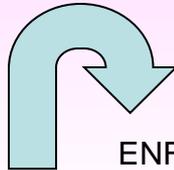
FACTORES ADJUVANTES

- CRIAÇÃO DE CONDIÇÕES NO PAÍS DE ORIGEM PARA O REGRESSO
- ASSOCIAÇÕES DE APOIO (EX: ASSOCIAÇÕES DE IMIGRANTES QUE PERMITAM O CONTACTO COM A CULTURA)
- CAPACITAÇÃO DA CRIANÇA/FAMÍLIA POR PARTE DA EQUIPA DE ENFERMAGEM



DIREITOS DA CRIANÇA
PRINCIPIO 9

“A CRIANÇA GOZARÁ DE PROTECÇÃO CONTRA QUALQUER FORMA DE NEGLIGÊNCIA(...)”
ONU (1925)



ENFERMEIRO ADVOGADO DA CRIANÇA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ ACIDI- Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural, I.P. (2009) – **Imigração em Portugal**. Informação útil 2009.
- ✓ Araújo e Sá, G; Castanhinha, S; Ferreira, G; Gonçalves, C. (2007) – **As Crianças Evacuadas dos PALOP na Urgência Pediátrica** – Poster apresentado nas XIV jornadas de Pediatria do Hospital de Santa Maria
- ✓ Esteves, A; Fonseca, M; McGarrigle, J; Silva, S. (2009) – **Mighealthnet – Relatório sobre o Estado da Arte em Portugal. Centro dos estudos geográficos, Universidade de Lisboa.**
- ✓ INC (2005) – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 1.0. ISBN: 92 – 95040-36-8
- ✓ Leininger, M. – **Enfermagem Transcultural: Imperativo da Enfermagem Mundial** – II Encontro Internacional de Enfermagem de Países de Língua Oficial Portuguesa 8-10 Outubro 1997, Lisboa, Portugal Revista Enfermagem nº10 (2ª série)
- ✓ LOPES, J. et al. (2009)- **Multiculturalidade - Perspectivas da Enfermagem contributos para Melhor Cuidar**. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-45-5.
- ✓ MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004/2010) – **Plano Nacional de Saúde 2004/2010**. Volume II – Orientações estratégicas.
- ✓ MINISTÉRIO DA SAÚDE (2009) – **Acordos de Cooperação Internacional entre Portugal e os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa no domínio da saúde**. Departamento da Qualidade na Saúde. Divisão de mobilidade de doentes. Lisboa: Direcção -Geral de saúde.
- ✓ Ramos, N. (2008) – **Saúde, Migrações e Interculturalidade-** Perspectivas teóricas e práticas. Editora Universitária/ UFPB, Paraíba, Brasil ISBN 978-85-7745-205-0
- ✓ www.acidi.gov.pt (acedido a 03/11/2011)
- ✓ <http://www.aacilus.org/index.php?q=node/16> (acedido a 03/11/2011)
- ✓ <http://www.acidi.gov.pt/es-imigrante> (acedido a 03/01/2011)
- ✓ <http://www.acs.min-saude.pt/alto-comissariado-da-saude/missao-e-atribuições> (acedido a 03/11/2011)
- ✓ <http://www.unicef.pt> (acedido a 03/11/2011).



OBRIGADO
PELA
VOSSA
ATENÇÃO



APÊNDICE IX

***Poster* “Cuidar na Multiculturalidade”**

GABINETE DE SAÚDE DO CNAI

↓

CUIDAR NA MULTICULTURALIDADE



PRINCIPIOS CHAVE DO ACIDI

- IGUALDADE – reconhecer e garantir os mesmos direitos e oportunidades
- DIÁLOGO – promover uma comunicação efectiva
- CIDADANIA – promover a participação no exercício dos direitos e dos deveres
- HOSPITALIDADE – saber acolher a diversidade
- INTERCULTURALIDADE – enriquecer no encontro das diferenças
- PROXIMIDADE – encurtar as distancias para conhecer e responder melhor
- INICIATIVA – atenção e capacidade de antecipação

ACIDI I.P. (2011)

OBJECTIVOS DO GABINETE DE SAÚDE DO CNAI

- INFORMAR OS IMIGRANTES DOS DIREITOS E DEVERES NO ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE
- IDENTIFICAR OS PROBLEMAS DE ACESSO DOS CIDADÃOS ESTRANGEIRO AO SNS
- FACILITAR O ACESSO ATRAVÉS DA MEDIAÇÃO DO CIDADÃO ESTRANGEIRO AO SNS
- PARTICIPAR EM ESTUDOS CIENTIFICOS E OUTRAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR INSTITUIÇÕES ACADEMICAS
- DENUNCIAR EVANTUAIS SITUAÇÕES DE RECUSA A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS
- PLANEAR , REALIZAR E AVALIAR ACÇÕES FORMATIVAS DIRIGIDAS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SNS RELACIOANDAS COM O ENQUADRAMENTO LEGAL DO ACESSO POR PARTE DO CIDADÃO ESTRANGEIRO



TEORIA – GRUPO DE CONCEITOS RELACIONADOS QUE SUGEREM ACÇÕES PARA CONDUZIR A PRÁTICA, CONDUZ À AUTONOMIA PROFISSIONAL E ORIENTA O ENSINO E A INVESTIGAÇÃO DENTRO DA PROFISSÃO

A TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDAR CULTURAL DESENVOLVIDA POR MADELEINE LEININGER É O EXEMPLO DE UMA TEORIA DE ENFERMAGEM QUE RESULTOU DE OUTRAS DISCIPLINAS. Allgood (2002, p.7)

MADELEINE LEININGER FOI A FUNDADORA DA ENFERMAGEM TRANSCULTURAL E A LIDER DE UM MODELO TEÓRICO DE ENFERMAGEM TRANSCULTURAL INSCRITO NO CUIDAR HUMANO. APÓS A SUA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA, FEZ DOUTORAMENTO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL E CULTURAL, DESCOBRINDO A NECESSIDADE DE COMPREENDER OS FACTORES CULTURAIS QUE INFLUENCIAM OS COMPORTAMENTOS DOS UTENTES

CONCEITOS:

CULTURA – REFERE-SE AOS VALORES APRENDIDOS, PARTILHADOS E TRANSMITIDOS, ÀS CRENÇAS, NORMAS E PRÁTICAS DE VIDA DE UM GRUPO PARTICULAR E QUE GUIAM OS PENSAMENTOS, AS DECISÕES E AS ACÇÕES DE MANEIRA PADRIONIZADA

PESSOA – SER CULTURAL QUE TEM SOBREVIVIDO AO TEMPO E AO ESPAÇO

SAÚDE – CRENÇAS, VALORES E FORMAS DE ACTUAR RECONHECIDAS CULTURALMENTE E UTILIZADAS DE FORMA A PRESERVAR O BEM ESTAR DA PESSOA OU GRUPO

AMBIENTE – MEIO QUE ENVOLVE A PESSOA E O GRUPO CULTURAL (inclui as características físicas, ecológicas, sociais e as visões do mundo)

CUIDADOS DE ENFERMAGEM – BASEADOS EM CONHECIMENTOS TRANSCULTURAIS, ATRAVÉS DA OBSERVAÇÃO DOS VALORES, DO IDIOMA, E DOS CONTEXTOS ENVOLVENTES

PRINCIPIOS.

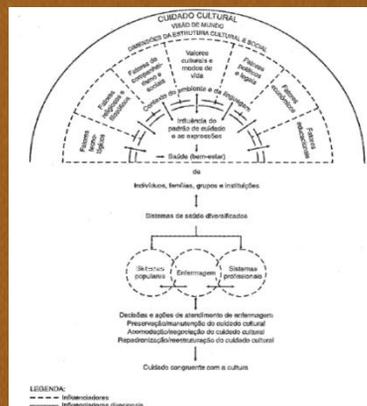
- Conservação ou manutenção dos cuidados
- Acomodação ou negociação dos cuidados
- **Remodelação ou reestruturação dos cuidados culturais**

Ajuda a pessoa a mudar os hábitos de vida tornando-os mais saudáveis

DIVERSIDADE CULTURAL DO CUIDADO – DIFERENÇAS NOS SIGNIFICADOS, PADRÕES, VALORES, MODOS DE VIDA OU SIMBOLOS DO CUIDADO DENTRO DE UMA CULTURA

UNIVERSALIDADE DO CUIDADO – SIGNIFICADOS, PADRÕES, VALORES, MODOS DE VIDA OU SIMBOLOS DO CUIDAR UNIFORMES E COMUNS, SEMELHANTES ENTRE CULTURAS

Para Leininger "existem diferentes formas, expressões e padrões do cuidar que são variados e alguns universais" Welch (2004),p.569 citando Leininger (1991)



George J. (2000, p.301)



Autores: Ribeiro, Ana Antunes Maria - Alunas do 2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA e Silva, Fernanda, Inglês, Urbana – Orientadoras do Local de estágio

Bibliografia: George, J. (2000) – *Teorias de Enfermagem: os Fundamentos à Prática de Enfermagem*. 4ª ed. Artmed Editora, Porto Alegre. Leininger, Madeleine (1995) – *Transcultural Nursing – Concepts, Theories, Research and Practices*. 2ª ed. London: McGraw-Hill, College custom serie, 1995. ISBN 0-07-037660-3. Welch, Alice Z. (2004) – *Cuidar Cultural: teoria da Diversidade e da Universalidade*. in Allgood, Martha Raile; Tomey, Ann Marriner – *Teóricas de Enfermagem e sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Cap 28. 5ª ed. Loures: Lusocincia, 2004, p.563-591. ISBN 972-8383-74-6. ACIDI I.P. (2011) – *Mais diversidade melhor humanidade* – CNAI. Lisboa in www.ol.acidi.gov.pt accedido a 30/11/2011

APÊNDICE X

Formação no Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Dona Estefânia

Acompanhamento da Criança, do Jovem e Família proveniente dos PALOP,
durante o Tratamento em Portugal



ELABORADO POR:
ANA MARIA A.S.M. RIBEIRO
ESTUDANTE Nº3562

PERTINÊNCIA DA PROBLEMÁTICA EM ESTUDO NO SERVIÇO DE ORTOPEDIA PEDIÁTRICA

Em 2010 o Hospital Dona Estefânia registou um total de 180 pedidos de evacuação de crianças provenientes dos PALOP para tratamento médico

(GDH HDE 2011)

O SERVIÇO DE ORTOPEDIA /NEUROCIRURGIA PEDIÁTRICA É:
o serviço do foro ortopédico e neurocirúrgico que acolhe estas crianças, jovens e famílias para tratamento médico e cirúrgico

segundo informação do serviço de gestão de doentes

ano de 2010 há registo de 18 novos utentes entrados pela consulta de ortopedia

Esteves, A; Fonseca, M; McGarrigle,J; Silva, S. (2009, p.34) salientam que em Portugal o que mais afecta a qualidade dos serviços e os cuidados de saúde prestados aos estrangeiros se prendem com: “O desconhecimento de aspectos culturais e de tradições das sociedades de origem, as dificuldades de comunicação por questões linguísticas, ausência e insipiência da informação disponível por parte dos prestadores de cuidados, sobre os direitos e deveres, bem como dos serviços disponíveis para estas comunidades” entre outras.



Número de pedidos por especialidade mais procurada - 2004-2008

Especialidade	2004	2005	2006	2007	2008	Total	%
Cardiologia	66	121	82	94	104	467	10%
Cardiologia Pediátrica	37	52	79	75	78	321	7%
Cirurgia Cardiorácica	3	3	19	6	4	35	1%
Cirurgia Geral	10	17	35	54	79	195	4%
Cirurgia Maxilo Facial	10	8	15	13	20	66	1%
Cirurgia Pediátrica	6	4	28	23	21	82	2%
Cirurgia Plástica e Reconstructiva	6	24	16	12	29	87	2%
Cirurgia Vasculuar	5	1	7	2	3	18	0%
Gastroenterologia	3	13	9	15	22	62	1%
Ginecologia	8	26	53	40	79	206	4%
Hematologia	4	19	6	4	17	50	1%
Nefrologia	7	29	26	28	40	130	3%
Neurocirurgia	9	39	56	51	84	239	5%
Neurologia	28	28	26	26	32	140	3%
Oftalmologia	22	58	49	76	109	314	7%
Ortopedia	38	72	98	110	144	462	10%
Otorrinolaringologia	27	0	52	38	41	158	3%
Pediatria	35	28	52	30	52	197	4%
Urologia	28	47	95	61	157	388	8%
Outras	330	154	195	236	126	1041	22%
Total	682	743	998	995	1241	4659	100%



Os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) foram formados por 5 Países Lusófonos Africanos em 1996 (Angola, Cabo Verde, Guiné Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe).

Estes Países, em vias de desenvolvimento, necessitam da cooperação internacional para suprir as suas necessidades de saúde

Por parte do estado Português

- **Assistência Médica Hospitalar (internamento, semi-internamento e ambulatório).**
- **Meios complementares de diagnóstico e terapêutica quando efectuados em estabelecimentos hospitalares oficiais ou suas dependências.**
- **Transporte em ambulância do aeroporto ao Hospital quando clinicamente exigido.**



Por parte dos estados Africanos

- **Transporte de vinda e regresso ao país de origem.**
- **Deslocação do aeroporto ao local de destino.**
- **Alojamento a doentes não internados ou em regime de semi-internamento e ambulatório.**
- **Alojamento após tratamento ter sido dado como concluído pelas competentes autoridades hospitalares.**
- **Medicamentos e produtos farmacêuticos prescritos em ambulatório.**
- **Atribuição de Próteses**
- **Funeral ou repatriamento do corpo em caso de morte.**

Datas dos Acordos:

Cabo Verde 1977 e 1980

S. Tomé e Príncipe 1977

Moçambique 1984

Angola 1984

Guiné – Bissau 1992

Nº MÁXIMO DE DOENTES A EVACUAR / ANO

Angola: 200

Cabo Verde: 300

Guiné-Bissau: 300

S. Tomé e Príncipe: 200

Moçambique: 50



Os acordos de cooperação internacional estão “desajustados à realidade actual, nomeadamente no que se refere à evacuação de doentes”. O PNS 2004-2010 sugere como orientação estratégica “incentivar a cooperação com os países Lusófonos, privilegiando as doenças associadas à pobreza”.

PNS, 2004-2010, p.149-151

TOTAL DE PEDIDOS DE EVACUAÇÃO DE DOENTES DOS PALOP

2004-2010

Ano	ANGOLA		CABO VERDE		GUINE		S TOMÉ		MOÇAMBIQUE	
	Nº de doentes	%	Nº de doentes	%	Nº de doentes	%	Nº de doentes	%	Nº de doentes	%
2004	2	0,30%	232	34,02%	157	23,02%	268	39,30%	23	3.37%
2005	0	0,00%	280	37,69%	245	32,97%	196	26,38%	22	2,96%
2006	26	2,61%	292	29,26%	488	48,90%	178	17,84%	14	1,40%
2007	28	2,81%	278	27,94%	507	50,95%	172	17,29%	10	1,01%
2008	0	0%	300	24,17%	719	57,94%	210	16,92%	12	0,97%
2009	1	0,07%	341	25,80%	745	56,40%	226	0,90%	7	17,10%
2010	0	0%	381	39%	403	41%	194	20%	6	1%
Total	57	5,79%	2104	217,88%	3264	260,23%	1444	138,63%	94	0,2444





Ministério da Saúde

Doentes Evacuados dos PALOP - Custos Totais - 2008

País	Total	%
Angola		0,00%
Cabo Verde	1.859.292,07 €	66,86%
Guiné Bissau	558.899,87 €	20,10%
Moçambique	24.196,17 €	0,87%
São Tomé e Príncipe	338.636,52 €	12,18%

Migração

Deriva do latim –
MIGRARE – passar de um
local para o outro
Implica adaptação social e
psicológica a uma cultura
nova e desconhecida
Ramos (2008, p.55)

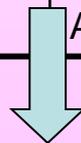


Cultura

A Cultura inclui conhecimento
sobre religião, parentesco,
tecnologia, educação, valores
culturais, economia e aspectos
político-legais; influencia a
saúde, a doença, as
incapacidades ou a morte
Leininger (1970,
1978,1988,1991)

PROCESSO MIGRATÓRIO CRIANÇA/FAMÍLIA

PAÍS DE ORIGEM	PAÍS ACOLHEDOR
CULTURA	CULTURA
LINGUA MATERNA	LINGUA DO PAÍS ACOLHEDOR

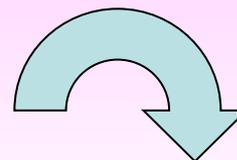


MUDANÇAS:

FISICAS
BIOLÓGICAS
SOCIAIS
CULTURAIS
PSICOLÓGICAS
POLITICAS

CONSEQUÊNCIAS:

- POSITIVAS
- NEGATIVAS



FACTOR DE STRESS



CIPE

ENSINAR – “dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde”

ORIENTAR – “dirigir alguém para uma decisão em assuntos relacionados com a saúde”

DAR PODER– “Capacitar as pessoas para fazerem escolhas, de modo a que se consciencializem do seu potencial para influenciar a sua saúde”.

📖 INC (2005) – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 1.0. ISBN: 92 – 95040-36-8

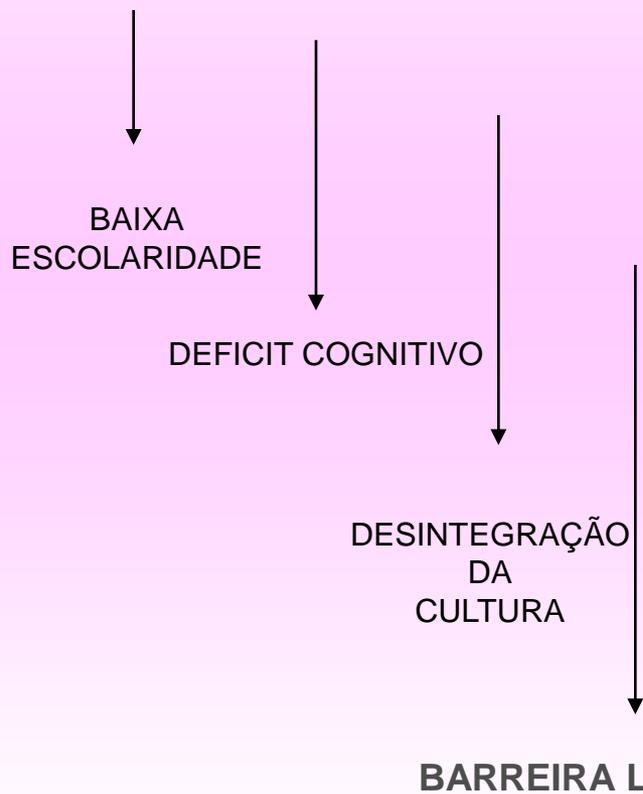


PROBLEMAS DA CRIANÇA, DO JOVEM, DA FAMÍLIA

DIFICULDADES DOS UTENTES	A MINHA REALIDADE	ORTOPEDIA/NEUROCIRURGIA PEDIÁTRICA	RECURSOS POSSIVEIS
PROBLEMAS DE COMUNICAÇÃO	X	X	-BANCO DE INTÉRPRETES - ENFERMEIROS
PROBLEMAS DE ILEGALIDADE	X	X	-S. SOCIAL -CNAI
NÃO CUMPRIMENTO DOS ACORDOS EMBAIXADAS/ PROB.ECONÓMICOS	X	X	-PADE -ASSOCIAÇÕES DE APOIO (CASA VIVA, CASA DO GIL, SJR, FUNDAÇÃO LUIS FIGO, CEPAC...)
NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO	X	X	- ENFERMEIROS – ENCAMINHAMENTO/ CAPACITAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM/FAMÍLIA
REINTERNAMENTOS POR DESCOMPENSAÇÃO	X	X	- ENFERMEIROS- ENCAMINHAMENTO/ ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA/JOVEM/FAMÍLIA
>CUSTOS PESSOAIS E DE SAÚDE	X	X	- ENFERMEIROS- CAPACITAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM/FAMÍLIA
DESCONHECIMENTO DAS LEIS, DOS ACORDOS, DA CULTURA, DAS POLITICAS	X	X	-ENFERMEIROS (PAÍS DE ORIGEM E DO PAÍS ACOLHEDOR) - EQUIPA MULTIDISCIPLINAR
REINTEGRAÇÃO, ACULTURAÇÃO (POR NÃO REGRESSO AO PAÍS ORIG.)		X	-ENFERMEIROS – RELAÇÃO DE AJUDA -- ASSOCIAÇÕES DE IMIGRANTES

COMUNICAÇÃO

FACTORES ADJUVANTES:



BANCO DE INTÉRPRETES

LINHA DE TRADUÇÃO TELEFÓNICA
(808257257 OU 218106191 de 2^a a 6^a
das 8H30m às 20H30m)

ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM

ENCAMINHAMENTO ASSOCIAÇÕES DE APOIO
(ASSOCIAÇÕES DE IMIGRANTES,
CNAI (2^a a 6^a das 8H30m às 18H30m)

NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO

Acompanhamento da Criança/Jovem/Família proveniente dos PALOP, durante a Permanência em Portugal

CAUSA



PROBLEMAS ECONÓMICOS

PERMANÊNCIA MUITO LONGA



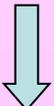
AFASTAMENTO DO PAÍS DE ORIGEM, DA CULTURA, DA FAMÍLIA



SOLIDÃO



FALTA DE PERSPECTIVAS DE REGRESSO



OUTROS PAIS COM EXPERIÊNCIAS DE PERMANÊNCIA E RESIDENCIA



RECONSTRUÇÃO DE OUTRA FAMÍLIA



ABANDONO DA FAMÍLIA DO PAÍS DE ORIGEM



“DESCURO” NOS CUIDADOS À CRIANÇA



NEGLIGÊNCIA

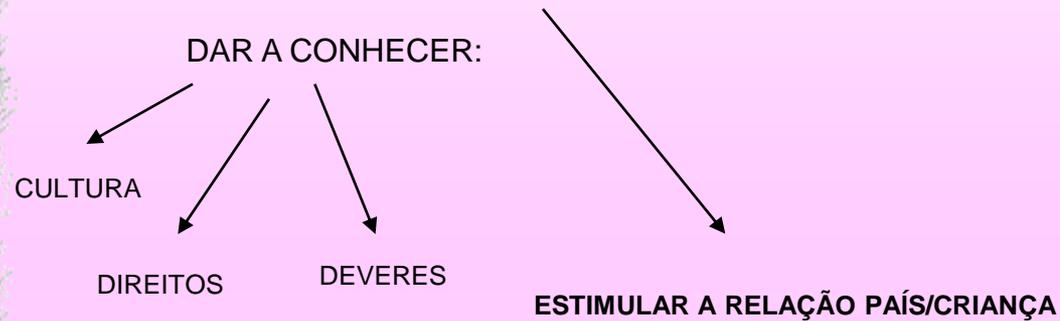
MAUS TRATOS





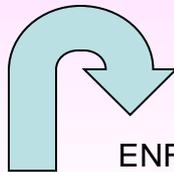
FACTORES ADJUVANTES

- CRIAÇÃO DE CONDIÇÕES NO PAÍS DE ORIGEM PARA O REGRESSO
- ASSOCIAÇÕES DE APOIO (EX: ASSOCIAÇÕES DE IMIGRANTES QUE PERMITAM O CONTACTO COM A CULTURA)
- CAPACITAÇÃO DA CRIANÇA/FAMÍLIA POR PARTE DA EQUIPA DE ENFERMAGEM



DIREITOS DA CRIANÇA
PRINCIPIO 9

“A CRIANÇA GOZARÁ DE PROTECÇÃO CONTRA QUALQUER FORMA DE NEGLIGÊNCIA(...)”
ONU (1925)



ENFERMEIRO ADVOGADO DA CRIANÇA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ ACIDI- Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural, I.P. (2009) – **Imigração em Portugal**. Informação útil 2009.
- ✓ Araújo e Sá, G; Castanhinha, S; Ferreira, G; Gonçalves, C. (2007) – **As Crianças Evacuadas dos PALOP na Urgência Pediátrica** – Poster apresentado nas XIV jornadas de Pediatria do Hospital de Santa Maria
- ✓ Esteves, A; Fonseca, M; McGarrigle, J; Silva, S. (2009) – **Mighealthnet – Relatório sobre o Estado da Arte em Portugal. Centro dos estudos geográficos, Universidade de Lisboa.**
- ✓ INC (2005) – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 1.0. ISBN: 92 – 95040-36-8
- ✓ Leininger, M. – **Enfermagem Transcultural: Imperativo da Enfermagem Mundial** – II Encontro Internacional de Enfermagem de Países de Língua Oficial Portuguesa 8-10 Outubro 1997, Lisboa, Portugal Revista Enfermagem nº10 (2ª série)
- ✓ LOPES, J. et al. (2009)- **Multiculturalidade - Perspectivas da Enfermagem contributos para Melhor Cuidar**. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-45-5.
- ✓ MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004/2010) – **Plano Nacional de Saúde 2004/2010**. Volume II – Orientações estratégicas.
- ✓ MINISTÉRIO DA SAÚDE (2009) – **Acordos de Cooperação Internacional entre Portugal e os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa no domínio da saúde**. Departamento da Qualidade na Saúde. Divisão de mobilidade de doentes. Lisboa: Direcção -Geral de saúde.
- ✓ Ramos, N. (2008) – **Saúde, Migrações e Interculturalidade-** Perspectivas teóricas e práticas. Editora Universitária/ UFPB, Paraíba, Brasil ISBN 978-85-7745-205-0
- ✓ www.acidi.gov.pt (acedido a 03/11/2011)
- ✓ <http://www.aacilus.org/index.php?q=node/16> (acedido a 03/11/2011)
- ✓ <http://www.acidi.gov.pt/es-imigrante> (acedido a 03/01/2011)
- ✓ <http://www.acs.min-saude.pt/alto-comissariado-da-saude/missao-e-atribuiçoes> (acedido a 03/11/2011)
- ✓ <http://www.unicef.pt> (acedido a 03/11/2011).



OBRIGADO
PELA
VOSSA
ATENÇÃO



APÊNDICE XI

Formação na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Alameda

Acompanhamento da Criança/do Jovem e Família proveniente dos PALOP, durante o Tratamento em Portugal



ELABORADO POR:
ANA MARIA A.S.M. RIBEIRO
ESTUDANTE Nº3562

PERTINÊNCIA DA PROBLEMÁTICA EM ESTUDO NA UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS DA ALAMEDA

- É uma das unidades de saúde com grande afluência de população imigrante
 - Tem algumas crianças/famílias proveniente dos PALOP pertencendo uma das pensões das embaixadas à sua área de abrangência
 - “A Casa da Alegria” pertencente ao Programa de Apoio a Doentes Evacuados (PADE) pertencente ao projecto do ACIDI localiza-se na sua área de influencia
 - A UCSP da Alameda serve uma população de 74989 utentes inscritos, correspondendo 19,4% destas inscrições a **inscrições esporádicas** e 24% da população total são crianças e adolescentes



PRINCIPAIS BARREIRAS DE ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE PELOS MIGRANTES

PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- Persistência de alguns preconceitos
- Desconhecimento da legislação em vigor
- Dificuldades em fazer cumprir a legislação



UTENTES

- Ausência de uma cultura de saúde preventiva
- Dificuldades económicas para pagamento dos serviços
- Dificuldades na mobilidade geográfica
- Dificuldades linguísticas
- Dificuldades em obter informações sobre os direitos e deveres e sobre o funcionamento do SNS
- Desconhecimento dos procedimentos em situações de mau atendimento
- Desconhecimento da obrigação de sigilo profissional
- Receio de denúncia em casos de irregularidade
- Impossibilidade de ausência ao trabalho

Em Portugal o que mais afecta os cuidados de saúde prestados a estrangeiros :

- *o desconhecimento de aspectos culturais e de tradições das sociedades de origem*
- *as dificuldades de comunicação por questões linguísticas*
- *Ausência da informação disponível sobre os direitos e deveres, os serviços disponíveis para estas comunidades.*

Esteves, A; F McGarrigle;
J. Silva, S.(2009, p.34)



Uma comunicação eficaz é essencial para os cuidados de enfermagem de alta qualidade

Craig, Jean V; Smyth, Rosalind L (2004)

“É função dos profissionais de saúde fornecer a informação/formação adequada para que cada pessoa possa gerir a sua saúde adequadamente”
(Ribeiro, 2011 p. 464)

“os enfermeiros de cuidados de saúde primários estão próximo dos migrantes e imigrantes dando apoio e orientação em questões de saúde”
Correia, C et al (2001 p.78)

A população migrante é uma população vulnerável, com várias dificuldades em saber como recorrer aos cuidados de saúde.

*“Em Portugal, **não** é frequente encontrar nos centros de saúde programas específicos para os imigrantes que sendo um grupo vulnerável e com culturas diferenciadas deveria poder auferir cuidado direccionados para as suas necessidades e culturalmente competentes”*
Ribeiro (2011, p. 465)

A adopção de boas práticas de saúde relativamente aos migrantes deve ser fruto de uma reflexão consciente e responsável sobre “o que temos, o que fazemos, e o que deveríamos e poderíamos fazer”
Ribeiro (2011, p.464)



Os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) foram formados por 5 Países Lusófonos Africanos em 1996 (Angola, Cabo Verde, Guiné Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe).

Estes Países, em vias de desenvolvimento, necessitam da cooperação internacional para suprir as suas necessidades de saúde

Por parte do estado Português

- **Assistência Médica Hospitalar (internamento, semi-internamento e ambulatório).**
- **Meios complementares de diagnóstico e terapêutica quando efectuados em estabelecimentos hospitalares oficiais ou suas dependências.**
- **Transporte em ambulância do aeroporto ao Hospital quando clinicamente exigido.**



Por parte dos estados Africanos

- **Transporte de vinda e regresso ao país de origem.**
- **Deslocação do aeroporto ao local de destino.**
- **Alojamento a doentes não internados ou em regime de semi-internamento e ambulatório.**
- **Alojamento após tratamento ter sido dado como concluído pelas competentes autoridades hospitalares.**
- **Medicamentos e produtos farmacêuticos prescritos em ambulatório.**
- **Atribuição de Próteses**
- **Funeral ou repatriamento do corpo em caso de morte.**

Datas dos Acordos:

Cabo Verde 1977 e 1980

S. Tomé e Príncipe 1977

Moçambique 1984

Angola 1984

Guiné – Bissau 1992

Nº MÁXIMO DE DOENTES A EVACUAR / ANO

Angola: 200

Cabo Verde: 300

Guiné-Bissau: 300

S. Tomé e Príncipe: 200

Moçambique: 50



Os acordos de cooperação internacional estão “desajustados à realidade actual, nomeadamente no que se refere à evacuação de doentes”. O PNS 2004-2010 sugere como orientação estratégica “incentivar a cooperação com os países Lusófonos, privilegiando as doenças associadas à pobreza”.

PNS, 2004-2010, p.149-151

TOTAL DE PEDIDOS DE EVACUAÇÃO DE DOENTES DOS PALOP

2004-2010

Ano	ANGOLA		CABO VERDE		GUINE		S TOMÉ		MOÇAMBIQUE	
	Nº de doentes	%	Nº de doentes	%	Nº de doentes	%	Nº de doentes	%	Nº de doentes	%
2004	2	0,30%	232	34,02%	157	23,02%	268	39,30%	23	3.37%
2005	0	0,00%	280	37,69%	245	32,97%	196	26,38%	22	2,96%
2006	26	2,61%	292	29,26%	488	48,90%	178	17,84%	14	1,40%
2007	28	2,81%	278	27,94%	507	50,95%	172	17,29%	10	1,01%
2008	0	0%	300	24,17%	719	57,94%	210	16,92%	12	0,97%
2009	1	0,07%	341	25,80%	745	56,40%	226	0,90%	7	17,10%
2010	0	0%	381	39%	403	41%	194	20%	6	1%
Total	57	5,79%	2104	217,88%	3264	260,23%	1444	138,63%	94	0,2444





Ministério da Saúde

Doentes Evacuados dos PALOP - Custos Totais - 2008

País	Total	%
Angola		0,00%
Cabo Verde	1.859.292,07 €	66,86%
Guiné Bissau	558.899,87 €	20,10%
Moçambique	24.196,17 €	0,87%
São Tomé e Príncipe	338.636,52 €	12,18%

Migração

Deriva do latim –
MIGRARE – passar de um
local para o outro
Implica adaptação social e
psicológica a uma cultura
nova e desconhecida
Ramos (2008, p.55)

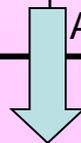


Cultura

A Cultura inclui conhecimento
sobre religião, parentesco,
tecnologia, educação, valores
culturais, economia e aspectos
político-legais; influencia a
saúde, a doença, as
incapacidades ou a morte
Leininger (1970,
1978,1988,1991)

PROCESSO MIGRATÓRIO CRIANÇA/FAMÍLIA

PAÍS DE ORIGEM	PAÍS ACOLHEDOR
CULTURA	CULTURA
LINGUA MATERNA	LINGUA DO PAÍS ACOLHEDOR

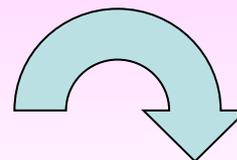


MUDANÇAS:

FISICAS
BIOLÓGICAS
SOCIAIS
CULTURAIS
PSICOLÓGICAS
POLITICAS

CONSEQUÊNCIAS:

- POSITIVAS
- NEGATIVAS



FACTOR DE STRESS



CIPE

ENSINAR – “dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde”

ORIENTAR – “dirigir alguém para uma decisão em assuntos relacionados com a saúde”

DAR PODER– “Capacitar as pessoas para fazerem escolhas, de modo a que se consciencializem do seu potencial para influenciar a sua saúde”.

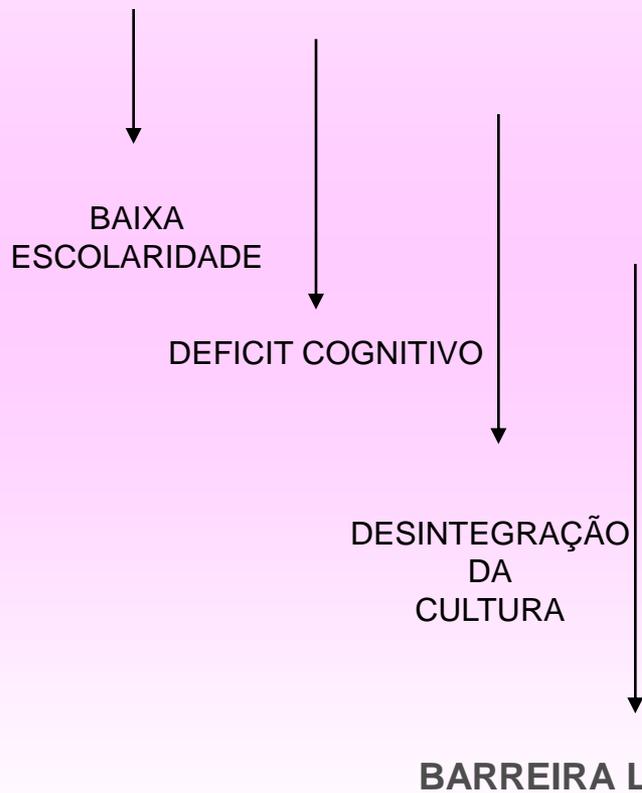
📖 INC (2005) – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 1.0. ISBN: 92 – 95040-36-8



PROBLEMAS DA CRIANÇA, DO JOVEM, DA FAMÍLIA

DIFICULDADES DOS UTENTES	A MINHA REALIDADE	UCSP da Alameda	RECURSOS POSSIVEIS
PROBLEMAS DE COMUNICAÇÃO	X	X	<ul style="list-style-type: none"> BANCO DE INTÉRPRETES ENFERMEIROS LTT
PROBLEMAS DE ILEGALIDADE	X	X	<ul style="list-style-type: none"> S. SOCIAL CNAI
NÃO CUMPRIMENTO DOS ACORDOS EMBAIXADAS/ PROB.ECONÓMICOS	X	X	<ul style="list-style-type: none"> PADE ASSOCIAÇÕES DE APOIO (CASA VIVA, CASA DO GIL, SJR, FUNDAÇÃO LUIS FIGO, CEPAC...)
NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO	X	FRACA PROCURA DOS CENTROS DE SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> ENFERMEIROS – ENCAMINHAMENTO/ CAPACITAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM/FAMÍLIA
REINTERNAMENTOS POR DESCOMPENSAÇÃO	X		<ul style="list-style-type: none"> ENFERMEIROS-ENCAMINHAMENTO/ ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA/JOVEM/FAMÍLIA
>CUSTOS PESSOAIS E DE SAÚDE	X	X	<ul style="list-style-type: none"> ENFERMEIROS-CAPACITAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM/FAMÍLIA
DESCONHECIMENTO DAS LEIS, DOS ACORDOS, DA CULTURA, DAS POLITICAS	X	X	<ul style="list-style-type: none"> ENFERMEIROS (PAÍS DE ORIGEM E DO PAÍS ACOLHEDOR) EQUIPAMULTIDISCIPLINA
REINTEGRAÇÃO, ACULTURAÇÃO (POR NÃO REGRESSO AO PAÍS ORIG.)		X	<ul style="list-style-type: none"> ENFERMEIROS – RELAÇÃO DE AJUDA ASSOCIAÇÕES DE IMIGRANTES

COMUNICAÇÃO



FACTORES ADJUVANTES:

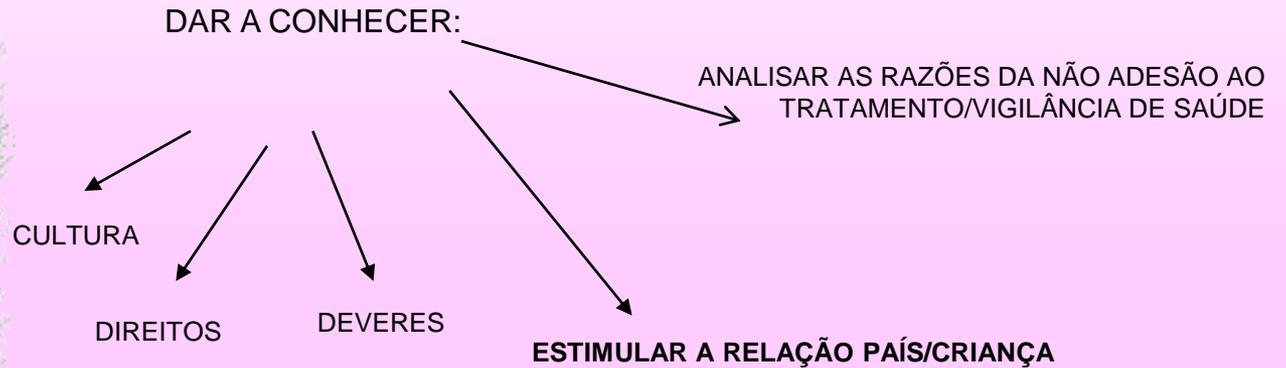
BANCO DE INTÉRPRETES

LINHA DE TRADUÇÃO TELEFÓNICA
(808257257 OU 218106191 de 2^a a 6^a
das 8H30m às 20H30m)

ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM

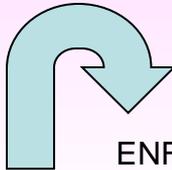
ENCAMINHAMENTO ASSOCIAÇÕES DE APOIO
(ASSOCIAÇÕES DE IMIGRANTES,
CNAI (2^a a 6^a das 8H30m às 18H30m)

CAPACITAÇÃO DA CRIANÇA/FAMÍLIA POR PARTE DA EQUIPA DE ENFERMAGEM



DIREITOS DA CRIANÇA
PRINCIPIO 9

“A CRIANÇA GOZARÁ DE PROTECÇÃO CONTRA QUALQUER FORMA DE NEGLIGÊNCIA(...)”
ONU (1925)



ENFERMEIRO ADVOGADO DA CRIANÇA

NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO

Acompanhamento da Criança/Jovem/Família proveniente dos PALOP, durante a Permanência em Portugal

CAUSA



PROBLEMAS ECONÓMICOS

PERMANÊNCIA MUITO LONGA



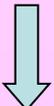
AFASTAMENTO DO PAÍS DE ORIGEM, DA CULTURA, DA FAMÍLIA



SOLIDÃO



FALTA DE PERSPECTIVAS DE REGRESSO



OUTROS PAIS COM EXPERIÊNCIAS DE PERMANÊNCIA E RESIDENCIA



RECONSTRUÇÃO DE OUTRA FAMÍLIA



ABANDONO DA FAMÍLIA DO PAÍS DE ORIGEM



“DESCURO” NOS CUIDADOS À CRIANÇA



NEGLIGÊNCIA

MAUS TRATOS



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ ACIDI- Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural, I.P. (2009) – **Imigração em Portugal**. Informação útil 2009.
- ✓ Correia, C et al (2001)- **Os enfermeiros em Cuidados de saúde Primários**. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Vol 2
- ✓ Esteves, A; Fonseca, M; McGarrigle, J; Silva, S. (2009) – **Mighealthnet – Relatório sobre o Estado da Arte em Portugal**. Centro dos estudos geográficos, Universidade de Lisboa.
- ✓ INC (2005) – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 1.0. ISBN: 92 – 95040-36-8
- ✓ Leininger, M. – **Enfermagem Transcultural: Imperativo da Enfermagem Mundial** – II Encontro Internacional de Enfermagem de Países de Língua Oficial Portuguesa 8-10 Outubro 1997, Lisboa, Portugal Revista Enfermagem nº10 (2ª série)
- ✓ LOPES, J. et al. (2009)- **Multiculturalidade - Perspectivas da Enfermagem contributos para Melhor Cuidar**. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-45-5.
- ✓ MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004/2010) – **Plano Nacional de Saúde 2004/2010**. Volume II – Orientações estratégicas.
- ✓ MINISTÉRIO DA SAÚDE (2009) – **Acordos de Cooperação Internacional entre Portugal e os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa no domínio da saúde**. Departamento da Qualidade na Saúde. Divisão de mobilidade de doentes. Lisboa: Direcção -Geral de saúde.
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2008) – **servir a Comunidade e garantir a Qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários**. Genebra ISBN: 978-972-99646-7-1
- ✓ Ramos, N. (2008) – **Saúde, Migrações e Interculturalidade-** Perspectivas teóricas e práticas. Editora Universitária/ UFPB, Paraíba, Brasil ISBN 978-85-7745-205-0
- ✓ Ribeiro, Ilda (2011) – **Imigrantes em Portugal: reflexão sobre os apoios e cuidados de saúde primários** Revista Enfermagem UFPE Março/Abril, nº5 p463-71
- ✓ www.acidi.gov.pt (acedido a 03/11/2011)
- ✓ <http://www.aacilus.org/index.php?q=node/16> (acedido a 03/11/2011)
- ✓ <http://www.acidi.gov.pt/es-imigrante> (acedido a 03/01/2011)
- ✓ <http://www.acs.min-saude.pt/alto-comissariado-da-saude/missao-e-atribuicoes> (acedido a 03/11/2011)
- ✓ <http://www.unicef.pt> (acedido a 03/11/2011).



OBRIGADO
PELA
VOSSA
ATENÇÃO



APÊNDICE XII

Folha de Acolhimento à Criança, ao Jovem e Família Provenientes dos PALOP

FOLHA DE ACOLHIMENTO À CRIANÇA, AO JOVEM FAMÍLIA PROVENIENTE DOS PALOP

Etiqueta de identificação

IDENTIFICAÇÃO

Nome.....Sexo: M F
 Data de Nascimento/...../..... Raça/etnia.....
 Filiação: Mãe.....
 Pai.....
 País de Origem:Data chegada...../...../.....
 Morada actual:
 Telef/ Contacto

Agregado familiar:

Parentesco	Idade	Religião	Raça	Habilitações	Profissão
Pai					
Mãe					
Outros					

Antecedentes familiares:

Doença Familiar	Pai	Avô	Avó	Mãe	Avô	Avó	Outros
Sim							
Não							

DIMENSÕES DA ESTRUTURA CULTURAL E SOCIAL

Factores Educacionais:

Escolaridade da criança/do jovem Não Sim Ano

Nome do acompanhante:

Parentesco:Habilitações Literárias.....

Principal cuidador da criança ou do jovem no país de origem.....

Qual o significado da relação entre a informação sobre o parentesco e o principal cuidador da criança ou do jovem no país de origem?

Factores económicos, de companheirismo e sociais:

Apoio da Embaixada Apoio de Familiares ou Amigos Outros

Percebe Português Fala Português Outra Língua

Factores Políticos e Legais:

Nacionalidade Naturalidade

Caducidade do visto: Data: / /

Valores Culturais

Como a criança/o jovem entende a doença/o internamento.....

Como a família entende a doença/internamento.....

Factores Religiosos e filosóficos

Religião..... Outros.....

Modos de Vida

Sono e Repouso:

Alimentação:

Eliminação

Higiene e Conforto:

Hábitos Especiais

SISTEMAS DE SAÚDE DIVERSIFICADOS

Vigilância de saúde frequente? Sim Não

Local: Centro de Saúde Qual?

Hospital Qual?

Outro

Alergias ? Não Sim Quais?

Vacinas actualizadas?

Doenças anteriores?

Medicação que faz habitualmente

.....

Internamentos no País de origem: Motivo:.....

.....

Vigilância de Saúde Oral: Sim Não

Presença de cáries: Sim Não

Presença de Lesões cutâneas: Sim Não

Encaminhamentos.....

1ª Consulta Cardiologia Pediátrica: Data / /

Encaminhamentos para consulta cardiologia pediátrica: Data..... / /

SITUAÇÃO ACTUAL

Diagnóstico Actual
Motivo de Internamento
Peso Altura
Desenvolvimento Psico Motor
Temperatura Saturação capilar de Oxigénio
Respiração Características
Frequência cardíaca Características

Tensão Arterial	MSD	MSE	MID	MIE
Sistólica				
Diastólica				
Média				

Reacções Habituais à dor:

OBSERVAÇÃO FÍSICA

Pele Mucosas e Faneras
Cabeça e Pescoço
Tórax
Abdómen
Membros
Extremidades
Visão
Audição
Fala

Dados Relativos á doença
.....

Reacções à Hospitalização:
.....

Data Enfermeiro/a

DECISÕES E ACCÇÕES DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

PRESERVAÇÃO/ MANUTENÇÃO DO CUIDADO CULTURAL	ACOMODAÇÃO/ NEGOCIAÇÃO DO CUIDADO CULTURAL	REPADRONIZAÇÃO/RE ESTRUTURAÇÃO DO CUIDADO CULTURAL

APÊNDICE XIII

Folheto em Português

VEM PARA PORTUGAL PARA TRATAMENTO MÉDICO?

A EQUIPA DE ENFERMAGEM DESTE HOSPITAL SAUDA-O E DÁ-LHE AS BOAS VINDAS

POR FAVOR:

- COLOQUE-LHE TODAS AS SUAS DÚVIDAS

- EXPONHA-LHE TODAS AS SUAS DIFICULDADES

- ESTAMOS AQUI PARA CUIDAR

DIREITOS DOS UTENTES

RESPONSABILIDADES DO ESTADO

PORTUGUÊS:

- Assistência médica hospitalar (internamento, hospital dia e ambulatório)

- Meios complementar de diagnóstico e terapêutica quando efectuados em estabelecimentos hospitalares oficiais ou suas dependências

- Transporte em ambulância do aeroporto ao hospital quando clinicamente exigido

RESPONSABILIDADES DOS ESTADOS

AFRICANOS:

- Transporte de vinda e regresso ao país de origem.

- Deslocação do aeroporto ao local de destino.

- Alojamento a doentes não internados ou em regime de semi-internamento e ambulatório.

- Alojamento após tratamento ter sido dado como concluído pelas competentes autoridades hospitalares.

- Medicamentos e produtos farmacêuticos prescritos em ambulatório.

- Atribuição de Próteses

- Funeral ou repatriamento do corpo em caso de morte.





CONTACTOS UTEIS

☺ **Centro Hospitalar de Lisboa Central**

- HOSPITAL DE SANTA MARTA
Tel. 213594000

☺ **Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF)**

Rua Conselheiro José Silvestre de Ribeiro nº4
1649-007 Lisboa
Tel. 217115000/808962690/808202653

☺ **Centro Nacional de Apoio ao Imigrante (CNAI)**

Rua Álvaro Coutinho nº14
1150 - 025 Lisboa
Tel. 218108100 FAX: 218106117

☺ **Linha SOS Imigrante**

Tel. 808257257/218106191
De 2ª a 6ª das 8h30m às 20h30m

☺ **Serviço de Tradução Telefónica**

Tel 808 257 257 ou 21 810 61 91
De 2ª a 6ª feira das 8h30m às 20h30m

☺ **Saúde 24 Tel: 808 242 424**

☺ **Emergência médica Tel: 112**

☺ **Emergência Social Tel: 114**

CONTACTOS EMBAIXADAS

☺ **Embaixada de Angola**

Avenida da República, 68 Lisboa
Tel: 213602060

☺ **Embaixada de Cabo Verde**

Avenida do Restelo nº33 Lisboa
Tel: 213041440

☺ **Embaixada da Guiné Bissau**

Rua de Alcolena nº17 Lisboa
Tel: 213009083

☺ **Embaixada de S. Tomé e Príncipe**

Av. Edgar Coutinho nº26, r/c Lisboa
Tel: 218461917

☺ **Embaixada de Moçambique**

Av. Berna nº7 N
1050-036 Lisboa
Tel: 217971994



*ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMEGEM DE LISBOA*

Trabalho Elaborado por:

Ana Maria Ribeiro

Aluno nº 3562

2º Curso de Mestrado em saúde Infantil e
Pediatria

COOPERAÇÃO

INTERNACIONAL



*Centro hospitalar de Lisboa Central
HOSPITAL DE SANTA MARTA*

Fevereiro de 2012

APÊNDICE XIV
Folheto em Crioulo

N BIN PA PORTUGAL PA TRATAMENTO MEDICO ?

ES EKIPA DI INFERMAGEM DI
ÉS HOSPITAL ENA GARDICIPA
DA ELIS MANTENHA

TEM PASENÇA.

- COLOCA TUDO BOS DUVIDAS

- BO CONTAM TUDO KE KU NA
CAUSA BOS

- NO ISTA LI PA DJOBI BOS

DIRITOS DI DUMENTES

RESPONSABILIDADI DI ESTADO PORTUGUÊS:

- Assistência médica hospitalar (internamento, hospital dia e ambulatório)
- Meio complementar de diagnóstico e terapêutica quando efectuados em estabelecimentos hospitalares oficiais ou ce dependências
- Carro di ambulância di eroporto pa ospital ora ki pidido

RESPONSABILIDADI DI GOBERNO AFRICANOS:

- Transporte Di bim ku bai par bo terra.
- Sai di eroporto pa cao ki bo bim ponel.

-cao casa di dumentes ku ca baxado.

- casa cao de ista dipos cu é dau tratamento

-Mecinhos e Produto di farmácia escrito ambulatorio.

-Atribuição de Próteses

-Funeral ou repati corpo si alguim morri





CONTATA UTEIS

☺ **Centro Hospitalar de Lisboa Central**

- HOSPITAL DE SANTA MARTA
Tel. 213594000

☺ **Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF)**

Rua Conselheiro José Silvestre de Ribeiro nº4
1649-007 Lisboa
Tel. 217115000/808962690/808202653

☺ **Centro Nacional de Apoio ao Imigrante (CNAI)**

Rua Álvaro Coutinho nº14
1150 - 025 Lisboa
Tel. 218108100 FAX:218106117

☺ **Linha SOS Imigrante**

Tel. 808257257/218106191
De 2ª a 6ª das 8h30m às 20h30m

☺ **Serviço de Tradução Telefónica**

Tel 808 257 257 ou 21 810 61 91
De 2ª a 6ª feira das 8h30m às 20h30m

☺ **Saúde 24 Tel: 808 242 424**

☺ **Emergência médica Tel: 112**

☺ **Emergência Social Tel: 114**

CONTATA PA IMBAIXADAS

☺ **Imbaixada de Angola**

Avenida da República, 68 Lisboa
Tel: 21360200

☺ **Imbaixada de Cabo Verde**

Avenida do Restelo nº33 Lisboa

Tel: 213041440

☺ **Imbaixada da Guiné Bissau**

Rua de Alcolena nº17 Lisboa
Tel: 213009083

☺ **Imbaixada de S. Tomé e Príncipe**

Av. Edgar Coutinho nº26, r/c Lisboa
Tel: 218461917

☺ **Imbaixada de Moçambique**

Av Berna nº7 N
1050-036 Lisboa
Tel. 217971994



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMEGEM DE LISBOA

Trabalho Elaborado por:

Ana Maria Ribeiro

Aluno nº 3562

2º Curso de Mestrado em saúde Infantil e
Pediatría

COOPERAÇÃO INTERNACIONAL



*Centro hospitalar de Lisboa Central
HOSPITAL DE SANTA MARTA*

Fevereiro de 2012

APÊNDICE XV

Folha de Articulação de Cuidados de Enfermagem

Folha de articulação de cuidados de enfermagem Serviço de Cardiologia Pediátrica

À EQUIPA DE ENFERMAGEM DE

NOME:

DATA DE NASCIMENTO: / /

FILHO DE.....

E DE.....

MORADA:.....

TELEFONE.....

ESTEVE INTERNADO NO SERVIÇO DE CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA DE / / A / /

TEM O DIAGNÓSTICO DE

RESUMO DO INTERNAMENTO

.....

.....

MEDICAÇÃO.....

.....

.....

PRINCIPAIS PROBLEMAS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS.....

.....

.....

ESPECIFICIDADES CULTURAIS

.....

.....

DATA DA PRÓXIMA CONSULTA / /

PEDIMOS DESDE JÁ A COLABORAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM NO SENTIDO DE

.....

.....

.....

**GRATOS PELA VOSSA COLABORAÇÃO, APOSTANDO DESDE JÁ NA ARTICULAÇÃO DE
CONTINUIDADE DE CUIDADOS**

A EQUIPA DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA

TEL: 213594331/332/151

Lisboa, de de

APÊNDICE XVI

Formação no Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta

Acompanhamento da Criança/do Jovem e Família proveniente dos PALOP, durante o Tratamento em Portugal



ELABORADO POR:
ANA MARIA A.S.M. RIBEIRO
ESTUDANTE Nº3562

Acompanhamento da Criança/do Jovem e Família proveniente dos PALOP, durante o Tratamento em Portugal

Objectivos:

Apresentação e implementação do projecto:

Acompanhamento da Criança/do Jovem/da
Família proveniente dos PALOP, durante o
Tratamento em Portugal



PERTINÊNCIA DA PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

A Consulta de Cooperação Internacional iniciou-se em Março de 2009, mas a cooperação internacional iniciou-se no Hospital há vários anos.

Em 2009 a CCI registou um total de 69 doentes, em 2010 de 84 e, em 2011, de 84



Por parte do estado Português

- **Assistência Médica Hospitalar (internamento, semi-internamento e ambulatório).**
- **Meios complementares de diagnóstico e terapêutica quando efectuados em estabelecimentos hospitalares oficiais ou suas dependências.**
- **Transporte em ambulância do aeroporto ao Hospital quando clinicamente exigido.**



Por parte dos estados Africanos

- **Transporte de vinda e regresso ao país de origem.**
- **Deslocação do aeroporto ao local de destino.**
- **Alojamento a doentes não internados ou em regime de semi-internamento e ambulatório.**
- **Alojamento após tratamento ter sido dado como concluído pelas competentes autoridades hospitalares.**
- **Medicamentos e produtos farmacêuticos prescritos em ambulatório.**
- **Atribuição de Próteses**
- **Funeral ou repatriamento do corpo em caso de morte.**

Datas dos Acordos:

Cabo Verde 1977 e 1980

S. Tomé e Príncipe 1977

Moçambique 1984

Angola 1984

Guiné – Bissau 1992

Nº MÁXIMO DE DOENTES A EVACUAR / ANO

Angola: 200

Cabo Verde: 300

Guiné-Bissau: 300

S. Tomé e Príncipe: 200

Moçambique: 50



Os acordos de cooperação internacional estão “desajustados à realidade actual, nomeadamente no que se refere à evacuação de doentes”. O PNS 2004-2010 sugere como orientação estratégica “incentivar a cooperação com os países Lusófonos, privilegiando as doenças associadas à pobreza”.

PNS, 2004-2010, p.149-151

TOTAL DE PEDIDOS DE EVACUAÇÃO DE DOENTES DOS PALOP

2004-2010

Ano	ANGOLA		CABO VERDE		GUINE		S TOMÉ		MOÇAMBIQUE	
	Nº de doentes	%	Nº de doentes	%	Nº de doentes	%	Nº de doentes	%	Nº de doentes	%
2004	2	0,30%	232	34,02%	157	23,02%	268	39,30%	23	3.37%
2005	0	0,00%	280	37,69%	245	32,97%	196	26,38%	22	2,96%
2006	26	2,61%	292	29,26%	488	48,90%	178	17,84%	14	1,40%
2007	28	2,81%	278	27,94%	507	50,95%	172	17,29%	10	1,01%
2008	0	0%	300	24,17%	719	57,94%	210	16,92%	12	0,97%
2009	1	0,07%	341	25,80%	745	56,40%	226	0,90%	7	17,10%
2010	0	0%	381	39%	403	41%	194	20%	6	1%
Total	57	5,79%	2104	217,88%	3264	260,23%	1444	138,63%	94	0,2444





Ministério da Saúde

Doentes Evacuados dos PALOP - Custos Totais - 2008

País	Total	%
Angola		0,00%
Cabo Verde	1.859.292,07 €	66,86%
Guiné Bissau	558.899,87 €	20,10%
Moçambique	24.196,17 €	0,87%
São Tomé e Príncipe	338.636,52 €	12,18%

Migração

Deriva do latim –
MIGRARE – passar de um
local para o outro
Implica adaptação social e
psicológica a uma cultura
nova e desconhecida
Ramos (2008, p.55)

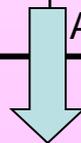


Cultura

A Cultura inclui conhecimento
sobre religião, parentesco,
tecnologia, educação, valores
culturais, economia e aspectos
político-legais; influencia a
saúde, a doença, as
incapacidades ou a morte
Leininger (1970,
1978,1988,1991)

PROCESSO MIGRATÓRIO CRIANÇA/FAMÍLIA

PAÍS DE ORIGEM	PAÍS ACOLHEDOR
CULTURA	CULTURA
LINGUA MATERNA	LINGUA DO PAÍS ACOLHEDOR

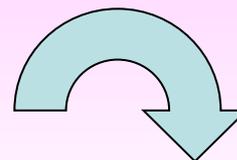


MUDANÇAS:

FISICAS
BIOLÓGICAS
SOCIAIS
CULTURAIS
PSICOLÓGICAS
POLITICAS

CONSEQUÊNCIAS:

- POSITIVAS
- NEGATIVAS



FACTOR DE STRESS



Em Portugal o que mais afecta os cuidados de saúde prestados a estrangeiros :

- *o desconhecimento de aspectos culturais e de tradições das sociedades de origem*
- *as dificuldades de comunicação por questões linguísticas*
- *Ausência da informação disponível sobre os direitos e deveres, os serviços disponíveis para estas comunidades.*

Esteves, A; F McGarrigle;
J. Silva, S.(2009, p.34)



Uma comunicação eficaz é essencial para os cuidados de enfermagem de alta qualidade

Craig, Jean V; Smyth, Rosalind L (2004)

“É função dos profissionais de saúde fornecer a informação/formação adequada para que cada pessoa possa gerir a sua saúde adequadamente”

(Ribeiro, 2011 p. 464)

PRINCIPAIS BARREIRAS DE ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE PELOS MIGRANTES

PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- Persistência de alguns preconceitos
- Desconhecimento da legislação em vigor
- Dificuldades em fazer cumprir a legislação



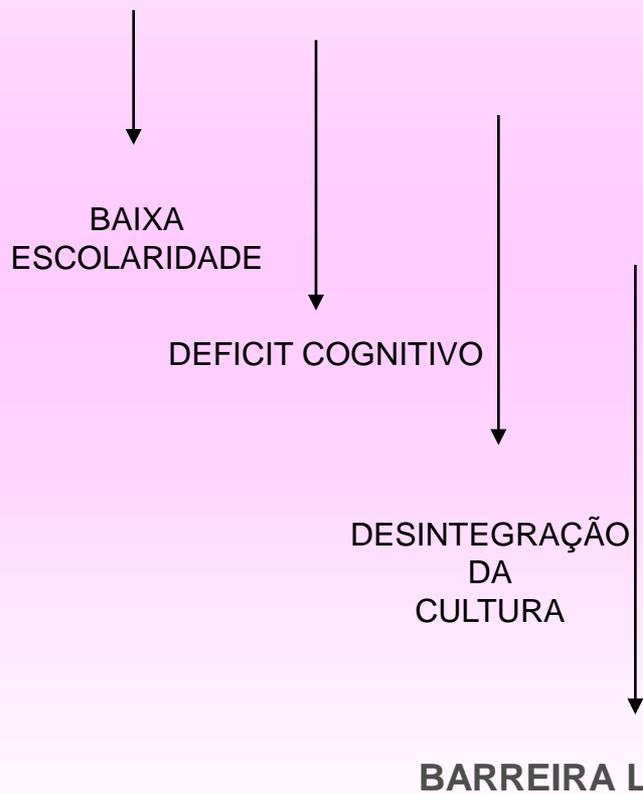
UTENTES

- Ausência de uma cultura de saúde preventiva
- Dificuldades económicas para pagamento dos serviços
- Dificuldades na mobilidade geográfica
- Dificuldades linguísticas
- Dificuldades em obter informações sobre os direitos e deveres e sobre o funcionamento do SNS
- Desconhecimento dos procedimentos em situações de mau atendimento
- Desconhecimento da obrigação de sigilo profissional
- Receio de denúncia em casos de irregularidade
- Impossibilidade de ausência ao trabalho

PROBLEMAS DA CRIANÇA, DO JOVEM, DA FAMÍLIA

DIFICULDADES DOS UTENTES	A MINHA REALIDADE	RECURSOS POSSIVEIS
PROBLEMAS DE COMUNICAÇÃO	X	<ul style="list-style-type: none"> • BANCO DE INTÉRPRETES • ENFERMEIROS • LTT
PROBLEMAS DE ILEGALIDADE	X	<ul style="list-style-type: none"> • S. SOCIAL • CNAI
NÃO CUMPRIMENTO DOS ACORDOS EMBAIXADAS/ PROB.ECONÓMICOS	X	<ul style="list-style-type: none"> • PADE • ASSOCIAÇÕES DE APOIO (CASA VIVA, CASA DO GIL, SJR, FUNDAÇÃO LUIS FIGO, CEPAC...)
NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO	X	<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMEIROS – ENCAMINHAMENTO/ CAPACITAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM/FAMÍLIA
REINTERNAMENTOS POR DESCOMPENSAÇÃO	X	<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMEIROS- ENCAMINHAMENTO/ ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA/JOVEM/FAMÍLIA
>CUSTOS PESSOAIS E DE SAÚDE	X	<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMEIROS- CAPACITAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM/FAMÍLIA
DESCONHECIMENTO DAS LEIS, DOS ACORDOS, DA CULTURA, DAS POLITICAS	X	<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMEIROS (PAÍS DE ORIGEM E DO PAÍS ACOLHEDOR) • EQUIPAMULTIDISCIPLINA
REINTEGRAÇÃO, ACULTURAÇÃO (POR NÃO REGRESSO AO PAÍS ORIG.)		<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMEIROS – RELAÇÃO DE AJUDA • ASSOCIAÇÕES DE IMIGRANTES

COMUNICAÇÃO



FACTORES ADJUVANTES:

BANCO DE INTÉRPRETES

LINHA DE TRADUÇÃO TELEFÓNICA
(808257257 OU 218106191 de 2^a a 6^a
das 8H30m às 20H30m)

ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM

ENCAMINHAMENTO ASSOCIAÇÕES DE APOIO
(ASSOCIAÇÕES DE IMIGRANTES,
CNAI (2^a a 6^a das 8H30m às 18H30m)

NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO

Acompanhamento da Criança/Jovem/Família proveniente dos PALOP, durante a Permanência em Portugal

CAUSA



PROBLEMAS ECONÓMICOS

PERMANÊNCIA MUITO LONGA



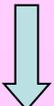
AFASTAMENTO DO PAÍS DE ORIGEM, DA CULTURA, DA FAMÍLIA



SOLIDÃO



FALTA DE PERSPECTIVAS DE REGRESSO



OUTROS PAIS COM EXPERIÊNCIAS DE PERMANÊNCIA E RESIDENCIA



RECONSTRUÇÃO DE OUTRA FAMÍLIA



ABANDONO DA FAMÍLIA DO PAÍS DE ORIGEM



“DESCURO” NOS CUIDADOS À CRIANÇA

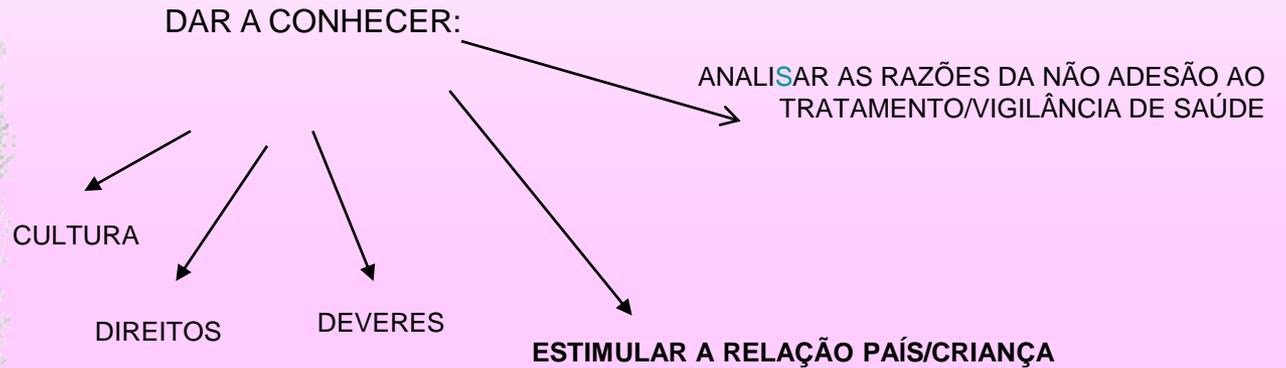


NEGLIGÊNCIA

MAUS TRATOS

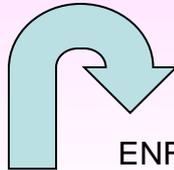


CAPACITAÇÃO DA CRIANÇA/FAMÍLIA POR PARTE DA EQUIPA DE ENFERMAGEM



DIREITOS DA CRIANÇA
PRINCIPIO 9

“A CRIANÇA GOZARÁ DE PROTECÇÃO CONTRA QUALQUER FORMA DE NEGLIGÊNCIA(...)”
ONU (1925)



ENFERMEIRO ADVOGADO DA CRIANÇA

ACOMPANHAR →

“ CAMINHAR COM ”

ENCONTRO



**ENCONTRO
ACOMPANHAMENTO**

“TECER LAÇOS DE CONFIANÇA”

**(IR AO ENCONTRO DO OUTRO DIMINUINDO SENTIMENTOS
DE APREENSÃO OU HOSTILIDADES)**



RECRIAR OU REFORÇAR “LAÇOS DE CONFIANÇA”



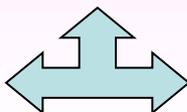
ACOMPANHAR A PESSOA NA SUA CAMINHADA



ADESÃO E PARTICIPAÇÃO DO UTENTE E FAMÍLIA NOS CUIDADOS

PERITO (FAMÍLIA ACTOR ACTIVO NOS CUIDADOS)

ENFERMEIRO



ORIENTADOR (INFORMA DIFERENTES OPÇÕES DE SAÚDE RESPEITANDO A OPÇÃO DO UTENTE)

HESBEEN (2004)



CIPE

ENSINAR – “dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde”

ORIENTAR – “dirigir alguém para uma decisão em assuntos relacionados com a saúde”

DAR PODER– “Capacitar as pessoas para fazerem escolhas, de modo a que se consciencializem do seu potencial para influenciar a sua saúde”.

📖 INC (2005) – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 1.0. ISBN: 92 – 95040-36-8

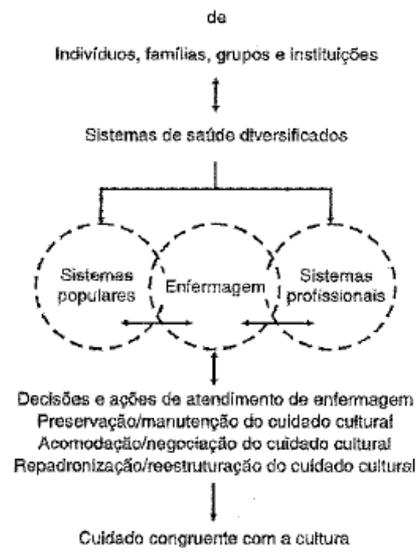


PROPOSTA



- FOLHA DE ACOLHIMENTO
- FOLHETO INFORMATIVO
- FOLHA DE ARTICULAÇÃO

MODELO DE SUNRISE



LEGENDA:
 - - - - - Influenciadores
 ———— Influenciadores direcionais

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ ACIDI- Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural, I.P. (2009) – **Imigração em Portugal**. Informação útil 2009.
- ✓ Correia, C et al (2001)- **Os enfermeiros em Cuidados de saúde Primários**. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Vol 2
- ✓ Esteves, A; Fonseca, M; McGarrigle, J; Silva, S. (2009) – **Mighealthnet – Relatório sobre o Estado da Arte em Portugal**. Centro dos estudos geográficos, Universidade de Lisboa.
- ✓ INC (2005) – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 1.0. ISBN: 92 – 95040-36-8
- ✓ Leininger, M. – **Enfermagem Transcultural: Imperativo da Enfermagem Mundial** – II Encontro Internacional de Enfermagem de Países de Língua Oficial Portuguesa 8-10 Outubro 1997, Lisboa, Portugal Revista Enfermagem nº10 (2ª série)
- ✓ LOPES, J. et al. (2009)- **Multiculturalidade - Perspectivas da Enfermagem contributos para Melhor Cuidar**. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-45-5.
- ✓ MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004/2010) – **Plano Nacional de Saúde 2004/2010**. Volume II – Orientações estratégicas.
- ✓ MINISTÉRIO DA SAÚDE (2009) – **Acordos de Cooperação Internacional entre Portugal e os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa no domínio da saúde**. Departamento da Qualidade na Saúde. Divisão de mobilidade de doentes. Lisboa: Direcção -Geral de saúde.
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2008) – **servir a Comunidade e garantir a Qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários**. Genebra ISBN: 978-972-99646-7-1
- ✓ Ramos, N. (2008) – **Saúde, Migrações e Interculturalidade-** Perspectivas teóricas e práticas. Editora Universitária/ UFPB, Paraíba, Brasil ISBN 978-85-7745-205-0
- ✓ Ribeiro, Ilda (2011) – **Imigrantes em Portugal: reflexão sobre os apoios e cuidados de saúde primários** Revista Enfermagem UFPE Março/Abril, nº5 p463-71
- ✓ www.acidi.gov.pt (acedido a 03/11/2011)
- ✓ <http://www.aacilus.org/index.php?q=node/16> (acedido a 03/11/2011)
- ✓ <http://www.acidi.gov.pt/es-imigrante> (acedido a 03/01/2011)
- ✓ <http://www.acs.min-saude.pt/alto-comissariado-da-saude/missao-e-atribuicoes> (acedido a 03/11/2011)
- ✓ <http://www.unicef.pt> (acedido a 03/11/2011).



OBRIGADO
PELA
VOSSA
ATENÇÃO

