



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

A Pessoa em Situação Crítica e o Cuidado de Enfermagem Transcultural

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde
da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por Luís Miguel da Cunha Gonçalves

(Lisboa, abril 2012)



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

A Pessoa em Situação Crítica e o Cuidado de Enfermagem Transcultural

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde
da Universidade Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por Luís Miguel da Cunha Gonçalves

Sob orientação de Professora Doutora Helena José

(Lisboa, abril 2012)

RESUMO

A elaboração deste relatório está compreendida nas atividades decorrentes do Curso do Mestrado de Natureza Profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2010/2012, da Universidade Católica Portuguesa.

A forma de apresentação dos campos de estágio, previamente inseridos num projeto individual, preconiza que se viaje pelas experiências vivenciadas observando, como espectador, as atividades definidas que visaram obter competências orientadas por objetivos gerais e específicos, de cada experiência clínica.

Os estágios decorreram num ambiente técnico e culturalmente exigentes, o Departamento de Emergência de *Rambam Health Care Campus* em Haifa – Israel e na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Centro Hospitalar de Lisboa Central – Hospital de São José.

Ao longo do documento a Enfermagem Transcultural ocupa um lugar de centro a par com o cuidar à pessoa e família em situação crítica, esta perspetiva é mantida estabelecendo as assimetrias culturais, qual o sentido da sua inferência e interferência na prestação de cuidados. É também contraposto o conceito de “executar” e o de “estar”, junto da pessoa e família em situação crítica, evidenciando a importância de uma prestação de cuidados culturalmente sensíveis, para se alcançar um Cuidado de enfermagem eficaz. Esta exposição é referenciada no Paradigma da Transformação, numa perspetiva de abertura ao Universo e olhando a pessoa como ser Universal, e de forma concreta no modelo teórico da Universalidade e Diversidade Cultural do Cuidar de Madeleine Leininger.

A reflexão sobre as competências adquiridas encerra esta etapa de formação profissional, este capítulo assume um discurso de um enfermeiro que perspetiva no futuro um cuidar eficaz apostando numa atitude holística face à pessoa.

O capítulo que se refere à conclusão, evidencia a experiência adquirida e a forma de integrar na prática os fenómenos vivenciados que contribuem para desenvolver a tomada de decisão e atingir o nível de competência esperado para o Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica.

Palavras-chave: Transculturalidade; Pessoa; Cuidar; Crítico; Enfermagem

ABSTRACT

The preparation of this report is included in the activities resulting from the Master Course of Nature Professional Medical-Surgical Nursing, 2010/2012, the Portuguese Catholic University.

The form of presentation of the fields of stage, previously housed in individual project calls for the travel experiences by observing, as spectator, defined activities that aimed to obtain skills guided by general and specific objectives of each clinical experience.

The stages conducted in a technically and culturally conscious, the Emergency Department of Rambam Health Care Campus in Haifa - Israel and the Intensive Care Unit Multipurpose in the Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital de São José.

Throughout the document the Transcultural Nursing occupies a central abreast with the Caring for the person and family in a critical situation; this perspective is maintained by establishing cultural asymmetries, what is the meaning of inference and interference in their care. It also opposed the concept of "run" and "being", from the person and family in a critical situation, highlighting the importance of culturally sensitive care in order to achieve an effective nursing care. This exhibition is referenced in the Paradigm of Transformation, a perspective of openness to the universe and looking at the person as being universal, and concrete form in the theoretical model of the Universality of Cultural Care Diversity and Madeleine Leininger.

The reflection on the skills acquired concludes this stage of training, this chapter assumes a positivist account, and a mature prospective future Nurse Caring effectively betting on a holistic attitude against the person.

The chapter refers to the conclusion, highlights the experience and how to integrate the phenomena experienced in practice that contribute to develop the decision-making and achieve the level of competence expected for the Nurse Specialist in Medical-Surgical.

Keywords: Transculturality; Person; Caring, Critical, Nursing

Agir, eis a inteligência verdadeira. Serei o que quiser. Mas tenho que querer o que for. O êxito está em ter êxito, e não em ter condições de êxito. Condições de palácio têm qualquer terra larga, mas onde estará o palácio se não o fizerem ali?

Fernando Pessoa

CHAVE DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

bpm	- Batimentos por Minuto
BPS	- Behavior Pain Scale
CHKS	- Caspe Healthcare Knowledge System
CODU	- Centro de Orientação de Doentes Urgentes
DGS	- Direção Geral de Saúde
Dr.	- Doutor
Enf.	- Enfermeiro
Enf. ^a	- Enfermeira
HDFVVC	- Hemodiafiltração Venovenosa Contínua
HPP	- Hospital Público Privado
IASP	- International Association for the Study of Pain
INEM	- Instituto Nacional de Emergência Médica
mmHg	- Milímetros de Mercúrio
NAS	- Nursing Activities Score
NRS	- Numeric Rating Scale
OE	- Ordem dos Enfermeiros
PCR	- Paragem Cardiorrespiratória
REPE	- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SAV	- Suporte Avançado de Vida
SIEM	- Sistema Integrado de Emergência Médica
TAS	- Tripulante de Ambulância de Socorro
TISS	- Therapeutic Intervention Scoring System
UCI	- Unidade de Cuidados Intensivos
UCIP	- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes
VHF	- Very High Frequency
VMER	- Viatura Médica de Emergência e Reanimação
VMERCSC	- Viatura Médica de Emergência e Reanimação de Cascais

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Shock Room, Rambam Health Campus – Haifa, Israel	25
---	----

ÍNDICE DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1: Distribuição de cidadãos estrangeiros internados na UCIP no período 01/01/2011 a 19/12/2011	41
Quadro 1 – Análise S.W.O.T.....	53

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL CREDITADA	12
2.1. VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO DE CASCAIS	12
2.1.1. Atividades Desenvolvidas	14
3. ESTÁGIOS REALIZADOS	22
3.1. CENTRO HOSPITALAR DE RAMBAM – ISRAEL	22
3.1.1. O Departamento de Emergência	24
3.1.2. Atividades Desenvolvidas	26
3.2. O CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL - HOSPITAL DE SÃO JOSÉ	34
3.2.1. A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes	35
3.2.2. Atividades Desenvolvidas	37
4. REFLETINDO AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	46
4.1. ANÁLISE S.W.O.T	52
5. CONCLUSÃO	55
6. BIBLIOGRAFIA	58
ANEXOS	68
ANEXO I (ITINERÁRIO DE ESTÁGIO)	69
ANEXO II (MODELO DO SOL NASCENTE DE MADELEINE LEININGER)	72
ANEXO III (CERTIFICADO DE PRÁTICA INTERNACIONAL EM RAMBAM)	74
APÊNDICES	76
APÊNDICE I (PÓSTER – VIA AÉREA DIFÍCIL)	77
APÊNDICE II (GUIA CULTURAL)	79
APÊNDICE III (POSTER COMPETÊNCIA CULTURAL)	107
APÊNDICE IV (AÇÃO DE FORMAÇÃO – SAV EM PERSPETIVA)	109
APÊNDICE V (PLANO DE SESSÃO)	129

1. INTRODUÇÃO

O processo de aprender é pessoal, decorre da construção e partilha de experiências passadas que influenciam as aprendizagens futuras. Quem aprende acrescenta novos conhecimentos aos que já possui, e potencia os já existentes.

O momento de estágio clínico do curso de mestrado de natureza profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica 2010/2012, serve de suporte à elaboração deste documento.

As experiências clínicas a evidenciar decorreram, no Departamento de Emergência do *Rambam Health Care Campus* em Haifa – Israel no período de 30 de outubro a 30 novembro de 2011 (módulo I), e na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Centro Hospitalar de Lisboa Central – Hospital de São José, de 05 de dezembro 2011 a 05 de fevereiro 2012 (módulo II); a orientação dos estágios foi assegurada, respetivamente, pela Enf.^a Supervisora de *Rambam* e por um Enf. Especialista da equipa da UCIP do Hospital de São José.

O módulo III diz respeito ao estágio opcional, que no caso concreto foi creditado ao abrigo do artigo 45º do decreto-lei 74/2006, atendendo às competências adquiridas e desenvolvidas em vários anos de enfermagem no pré-hospital, mais concretamente na Viatura Médica de Emergência e Reanimação de Cascais (VMERCSC).

A enfermagem relaciona competência, exercício profissional e contexto. ou seja enfermeiro durante a prestação de cuidados recruta e desenvolve conhecimentos, de natureza diversa: social; técnica; religiosa; cultural; económica; comunicacional... a natureza destes fatores prende-se com as diferenças de valores e crenças entre as pessoas e família enquanto alvos de um cuidar individualizado. Nesta exigência, desenvolvem-se competências, que possibilitam cuidar eficazmente e com qualidade.

Este desenvolvimento de competências está inerente ao conceito de Enfermeiro Especialista, que o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (artigo 4º, nº 3) define como:

“(...) 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.”

Os objetivos definidos serviram de base estrutural para a definição de atividades que conduzissem a obtenção das competências previstas em projeto de estágio; esses objetivos gerais são os seguintes:

- Saber aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares;
- Integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidade.

Os objetivos específicos estão definidos nos capítulos próprios ao longo deste documento, permitindo enquadrar de forma mais sistematizada em relação aos locais onde se realizou o estágio.

Estes perspetivaram a consecução desses mesmos objetivos. Como defino, e penso ser perceptível ao longo do documento, pretendi que estes campos de estágio me facultassem oportunidades de cuidar, de despertar para a importância do cuidar culturalmente congruente, assente na Teoria de Leininger que sustenta a Enfermagem Transcultural e munido da ferramenta do modelo do Sol Nascente, propus-me a campos de estágio onde inevitavelmente estes referidos aspetos estariam presentes.

Outra perspetiva da minha opção focou-se na exigência técnica e científica que constitui o desafio de cuidar da pessoa e família em situação crítica. Neste contexto, procurei a traumatologia, enquanto fonte de situações de emergência e exigência de cuidados, no meu entender superior, à das situações do foro exclusivamente médico.

Compreendo que o tempo assume um lugar de destaque em qualquer atividade, sobretudo face a situações emergentes e/ou urgentes, onde a sistematização permite ganhar este sempre escasso recurso, e os locais de experiência eram ricos em organização e estrutura dentro da sua diferente natureza, permitindo perceber a forma como estavam preparados para responder às exigências, poupando tempo à pessoa, à equipa e à instituição.

A cronologia está presente nesta estruturação de relatório atendendo ao facto de que os módulos são apresentados pela data de realização, iniciando pelo módulo III (creditado). Este capítulo referente à emergência Pré-Hospitalar faz uma breve descrição da unidade VMERCSC, e a forma como esta se articula no Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). As atividades desenvolvidas são apresentadas, de forma enquadrada nas áreas de prestação de cuidados, formação e gestão. Evidencio a abordagem da comunicação de más notícias, por ser um apontamento onde o enfermeiro do Pré-Hospital está presente, e tem realmente um papel assegurado. Este capítulo permite, ainda, ficar com uma ideia do

desenvolver da ação perante uma ativação de emergência. E quais as condições essenciais a garantir, enquanto enfermeiro de VMER, para a melhor resposta ao evento.

O capítulo referente ao módulo I caracteriza a instituição do *Rambam Health Care Campus*, enquanto local de estágio, mais especificamente o Departamento de Emergência. Este conserva na sua estrutura, um dos *ex-libris* da abordagem da pessoa em situação crítica, a *Shock Room*, com fonte nas necessidades sentidas durante vários períodos de conflitos armados; esta sala de reanimação merece uma caracterização mais precisa ao longo deste capítulo, onde evidencio a organização da mesma e as capacidades de resposta. Tendo como guia os objetivos específicos apresentados no início do capítulo, faço uma descrição do local de estágio enquadrando a sua importância para o desenvolver de um cuidar culturalmente congruente, das atividades e do contexto onde foram desenvolvidas, tento traduzir ao leitor a riqueza e heterogeneidade cultural experimentada, embora tenha a real noção de que ficará sempre aquém da que foi vivida *in loco*.

O capítulo seguinte, que versa o período de experiência na UCIP do Hospital de São José, tem uma estrutura semelhante ao anterior, as atividades são também descritas mas reforçando a importância de transmissão das novas competências adquiridas na experiência anterior, mobilizando-as para este contexto. Fica patente, neste capítulo, o meu legado ao serviço durante este percurso, por deter competências em áreas nas quais a equipa de enfermagem evidenciou necessidades, nomeadamente em Reanimação, temática sobre a qual desenvolvi formação em serviço.

A reflexão sobre as competências adquiridas é inevitável e ocupa lugar no quarto capítulo. Tendo por base as competências delineadas no projeto de estágio, faço uma sinopse das mesmas e a forma como considero terem sido atingidas estabelecendo a ponte para a definição de enfermeiro perito de Benner (2001); é também neste capítulo que enquadro a minha prestação no Paradigma da Transformação e a forma como este se relaciona com a linha orientadora de estágio.

Concluo este documento refletindo sobre o crescimento sentido e percecionado na abordagem culturalmente sensível para a qual fico desperto no final de mais uma etapa enquanto enfermeiro, agora detentor das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

2. EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL CREDITADA

O desenvolvimento de competências inerente à experiência profissional decorrente dos anos de prática como elemento da equipa de enfermagem da Viatura Médica de Emergência e Reanimação de Cascais, onde desempenho funções desde o ano 2000, permitiu-me obter a creditação no Módulo de Estágio na Área Opcional – Emergência Médica, no âmbito do artigo 45.º do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março.

Neste capítulo farei uma caracterização da Viatura Médica de Cascais e abordarei as atividades por mim desenvolvidas enquanto elemento da equipa, coordenador da mesma e como formador integrado na Bolsa Nacional de Formadores do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

O meu leque de atividades na área de Emergência Médica é abrangente, não se limitando à prestação de cuidados de enfermagem em contexto de Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), mas também no campo da formação, na organização e gestão de dispositivos de emergência em eventos e situações de exceção.¹

2.1. VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO DE CASCAIS

O conceito de VMER preconizado pelo INEM, é descrito como um transporte rápido de uma equipa médica ao local onde se encontra a pessoa² em situação crítica.

Trata-se de um veículo de intervenção pré-hospitalar, tripulado por uma equipa (um médico e um enfermeiro), que dispõe de equipamento de Suporte Avançado de Vida. O seu principal objetivo consiste em fazer chegar rapidamente uma equipa médica junto da pessoa em situação crítica, estabilizar e transportar com acompanhamento diferenciado, à unidade hospitalar que reúna as valências necessárias ao seu tratamento. (INEM, 2010)

A VMER atua na dependência direta do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM, tal como a realidade nacional de outros meios do Instituto. A ativação é efetuada através de um sistema de Comunicações de Emergência que privilegia o suporte informático, existindo em redundância um modo de Comunicação Rádio por rede VHF e por telemóvel.

Sem querer deter-me no modo de funcionamento do CODU, é importante para o leitor compreender que a ativação de uma VMER, deve observar alguns critérios. Estes podem

¹ Entende-se por Catástrofe ou Situação de Exceção um acidente, natural ou provocado pelo homem, do qual resulta um elevado número de vítimas, originando um desequilíbrio entre o número de feridos e a capacidade de resposta dos serviços de socorro. (INEM, 2010 p. 29)

² Utilizo o conceito de "pessoa", por considerar uma forma abrangente e atual para referir o alvo dos nossos cuidados e à luz do Paradigma da Transformação; na linguagem de Emergência Médica é frequente utilizar-se o termo "Vítima".

apresentar-se de forma isolada ou combinada, e serem percecionados no primeiro contato da pessoa (contatante) com o CODU ou num segundo momento após a triagem efetuada pela equipa da ambulância no local da ocorrência. De acordo com o Manual de VMER (INEM, 2010) enuncio os principais critérios de ativação:

- 1) Paragem Cardiorrespiratória;
- 2) Vítima Inconsciente;
- 3) Pressão Arterial Sistólica <100 mmHg;
- 4) Frequência Cardíaca <50 ou> 100 bpm;
- 5) Dispneia Intensa;
- 6) Diaforese/Palidez;
- 7) Agitação/Ansiedade Marcada;
- 8) Dor Precordial.

A VMERCSC foi o primeiro meio INEM diferenciado sediado numa instituição hospitalar; surge após protocolo celebrado entre o então existente Hospital Distrital de Cascais, Câmara Municipal de Cascais e INEM, com o objetivo de dar resposta à elevada casuística de trauma que ocorria na estrada Marginal de Cascais. A VMERCSC iniciou a sua atividade em abril de 1991. (INEM, 1991)

Inicialmente a equipa era constituída por um médico e um Tripulante de Ambulância de Socorro (TAS), estes últimos oriundos das corporações de Bombeiros limítrofes.

Face ao aumento da casuística, o número de Viaturas Médicas no contexto nacional cresceu de forma exponencial a partir da segunda metade da década de 90 (INEM, 2009), deixando o contexto de SAV no pré-hospitalar de estar cingido a três VMER's (Lisboa, Cascais e São Francisco Xavier). A consequente exigência da qualidade do trabalho a desenvolver nesse ambiente, determinou a necessidade de inclusão na equipa médica pré-hospitalar de um profissional de saúde mais diferenciado, com o conhecimento científico e a capacidade técnica de execução que caracteriza um enfermeiro, (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2007),

Associado a este facto e com a mudança da coordenação da VMERCSC para uma coordenação Médica e de Enfermagem (até aqui a coordenação era unicamente médica), foi possível a integração de enfermeiros nesta equipa a partir do ano 2000.

No que diz respeito à localização, a base da VMERCSC está inserida na infraestrutura física do HPP Cascais – Dr. José d'Almeida, em instalações próprias.

A área geográfica de atuação da VMERCSC é extensa e não sendo estanque, engloba todo o concelho de Cascais e ainda as freguesias de Algueirão Mem-Martins, Colares, Pêro Pinheiro, Santa Maria São Miguel, São Pedro de Penaferrim, São Martinho, São João das Lampas e Terrugem no Concelho de Sintra, num total de 360.000 habitantes. (VMER Cascais, 2009)

Este particular e extenso raio de ação corresponde, no ambiente de atuação, a uma área mista entre o meio rural e o meio urbano, com uma paisagem de atividade que se divide entre a montanha (Serra de Sintra) e a costa litoral. (VMER Cascais, 2009)¹

Estatisticamente os dados traduzem uma distribuição assimétrica relativamente à natureza de situações de emergência: A Doença Súbita ocupa cerca de 80% das ativações e os restantes 20% são distribuídos pelas várias ocorrências do foro traumatológico. (VMER Cascais, 2009)

O suporte logístico à VMERCSC é dividido entre o HPP Cascais e o INEM. O primeiro fornece todos os materiais consumíveis (farmácia e material de consumo hospitalar) e combustível. No que diz respeito ao instituto, este mantém a VMER mecanicamente operacional e repõe todo o equipamento não consumível (monitor desfibrilhador, material de imobilização, equipamento SAV...). (INEM, 1991)

2.1.1. Atividades Desenvolvidas

Em contexto de VMER o enfermeiro assume a condução do veículo de emergência e fá-lo de forma a garantir o atendimento à pessoa e família em situação crítica, em tempo útil. Não querendo descuidar a importância desta função (até porque tal aptidão constitui um requisito para o exercício da atividade), não intento abordá-la pois pouco tem a ver com o cuidar no Pré-hospitalar; esta opinião é corroborada pela Ordem dos Enfermeiros através do Parecer Conjunto dos Conselhos de Enfermagem e Jurisdicional. (2010)

O Despacho Normativo nº 46/2005 de 19 de Outubro especifica qual o conteúdo funcional no INEM para a carreira de enfermagem. O mesmo engloba, não só a prestação de cuidados à pessoa/família em situação crítica enquanto alvo do sistema de socorro pré-hospitalar na vertente medicalizada, como também prevê o enfermeiro como coordenador/gestor/consultor inserido no SIEM².

De uma forma geral o exercício profissional do enfermeiro compreende um contexto multiprofissional; de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) este desenvolve-se nas intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes. As primeiras dizem respeito às que são executadas sob sua única responsabilidade e iniciativa nos vários ambientes onde o enfermeiro pode exercer a sua atividade (prestação de cuidados, gestão, formação e investigação). As intervenções interdependentes são realizadas em conjunto com outros profissionais em torno de um objetivo comum. (REPE, 1996)

Em relação ao pré-hospitalar a Ordem dos Enfermeiros (OE) é perentória e afirma:

“Só o enfermeiro pode assegurar os cuidados de enfermagem ao indivíduo, família e Comunidade, em situação de acidente e/ou doença súbita, da qual

¹ <http://www.vmercsc.com>

² “O SIEM trata-se de um conjunto de entidades que cooperam com um objetivo: prestar assistência às vítimas de acidente ou doença súbita. Essas entidades são a PSP, a GNR, o INEM, os Bombeiros, a Cruz Vermelha Portuguesa e os Hospitais e Centros de Saúde.” (INEM, 2009)

poderá resultar a falência de uma ou mais funções vitais, pelo que deve integrar obrigatoriamente a equipa de socorro pré-hospitalar.” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2007 p. 1)

Em 2008 e face à eventual criação de uma classe paralela de profissionais de pré-hospitalar, o INEM reitera a sua posição e enquadra legalmente a atuação do enfermeiro, de onde se destaca que “ (...) as intervenções interdependentes requerem acções previamente definidas por protocolos de actuação (...) que permitem ao enfermeiro ajuizar, organizar, executar, supervisionar e avaliar as suas intervenções” (PARECER nº 84/2008, 2008).

O REPE suporta este parecer no seu artigo 9º, número 4, alínea e):

“Procedem à administração da terapêutica prescrita, detectando os seus efeitos e actuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais;” (REPE, 1996).

Em suma, a orientação do enfermeiro e suas atribuições, no pré-hospital, estão salvaguardadas pelo enunciado da Ordem, de janeiro de 2007:

“1. Actuar sempre de acordo com o seu enquadramento legal, procurando assegurar, no exercício das suas competências, a estabilização do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, no local da ocorrência, garantindo a manutenção das funções vitais por todos os meios à sua disposição;

2. Garantir o acompanhamento e a vigilância durante o transporte primário e/ou secundário do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, desde o local da ocorrência até à unidade hospitalar de referência, assegurando a prestação de cuidados de enfermagem necessários à manutenção/recuperação das funções vitais, durante o transporte;

3. Assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem e a transmissão da informação pertinente, sustentada em registos adequados, no momento da recepção do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, na unidade hospitalar de referência;

4. Garantir adequada informação e acompanhamento à família do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, de forma a minimizar o seu sofrimento;” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2007)

Em termos concretos, a atividade de um enfermeiro em contexto de VMER, é muito orientada pelo Paradigma da Categorização¹, numa primeira abordagem à pessoa e família em situação crítica. Esta afirmação prende-se com o facto de numa fase inicial serem, por si só, os sinais e sintomas que realmente importam e isto é tão verdade quanto mais grave for a situação que requer a presença da VMER.

¹ «Este paradigma da categorização caracteriza-se por perspetivar os fenómenos de modo isolado, não inserido no seu contexto, e por os entender dotados de propriedades definíveis e mensuráveis. O pensamento está orientado no sentido da procura de um fator causal para as doenças e da associação entre esse fator e uma determinada doença ou quadro sintomatológico característico. Estas manifestações, por sua vez, possuem características bem definidas, mensuráveis e categorizáveis.” (SILVA, 2002)

Tecnicamente e numa lógica de denominador comum, a linguagem de Emergência Médica preconiza uma avaliação priorizada em ABCDE (A- Via Aérea; B – Respiração; C – Circulação; D – Disfunção Neurológica; E – Exposição) (INEM, 2010), feita em equipa de médico e enfermeiro, e quanto mais rápida for, melhor prognóstico a pessoa em falência orgânica¹ poderá ter.

Neste contexto a minha prestação de cuidados implica uma mobilização constante de conhecimentos técnico-científicos da área clínica, no sentido de estar preparado para a melhor resposta às necessidades, nessa área, da pessoa e família em situação crítica.

A par do investimento em autoformação, a minha prestação de cuidados enquanto enfermeiro em Emergência Médica, é suportada pelos anos de experiência em ambiente de Urgência/Emergência e Pré-Hospital (cerca de 12 anos como enfermeiro de VMER e 15 anos de Urgência Geral Adulto), que me capacitaram de uma intuição potenciadora da objetividade, na busca da solução para o problema/situação. Desta forma consigo antecipar situações emergentes e sistematizar a minha atuação para a melhor resposta, o que segundo Benner (2001 p. 58), traduz o perfil do enfermeiro perito. Ainda de acordo com a mesma autora (2001 p. 61), o facto de sentir que a minha intervenção faz a diferença reforça o meu sentimento de que sou um enfermeiro perito em Emergência Médica.

Reportando-me à Ordem dos Enfermeiros (2002), esta postura permite a minha Tomada de Decisão, durante a prestação de cuidados, sustentada na Autonomia e Responsabilidade, as quais para Nunes (2006) são fundantes da Tomada de Decisão em Enfermagem. Objetivando a qualidade dessa prática/resposta, a experiência e a mobilização adequada do saber são, sem dúvida, dois dos fatores que mais contribuem para a tomada de decisão consciente e com melhores resultados.

A polivalência de vítimas engloba a criança, grávida, adulto e idoso em situação de Emergência Médica ou Traumatológica. Esta diversidade de pessoas e contextos imprevisíveis que requerem uma atitude imediata, traduzem para Mateus (2007), a definição de Emergência Pré-Hospitalar.

Decerto que não é somente na abordagem clínica que se consegue a excelência dos cuidados a prestar, esta é obtida pelo conjunto de princípios que devem ser observados durante o exercício profissional, e que abordam as diferentes características físicas da pessoa, acima referidas, e lhe associam valores² sociais, psicológicos, relacionais, culturais, religiosos. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2002 p. 10)

Assente nos enunciados de Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros, incorporo o conceito de que o significado de bons cuidados³ pode ser diferente para pessoas

¹ Terminologia utilizada pela OE no Modelo de Desenvolvimento Profissional das Competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica. (2009 p. 41)

² Os valores são princípios e padrões que são importantes e detêm um significado para a pessoa, a família, grupo ou comunidade (PURNELL, et al., 2010 p. 7)

³ Terminologia utilizada pela OE no enunciado dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2002 p. 10)

diferentes, pelo que as diversas características devem ser estimuladoras para cuidar e procurar os “mais elevados níveis de satisfação” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2002 p. 10), da pessoa e família em situação crítica.

O Regulamento Interno da VMERCSC, numa lógica técnica, especifica quais as funções do enfermeiro:

“2 - Apoio ao médico na avaliação e estabilização das vítimas, nomeadamente na monitorização das mesmas e na preparação e administração de fármacos.

3 – (...) Nos casos, em que pela gravidade da situação o médico solicite apoio do enfermeiro durante o transporte para a unidade hospitalar, na célula sanitária da ambulância, (...).

5 - Acompanhar o médico e colaborar na passagem do doente no hospital de drenagem, nomeadamente à equipa de enfermagem.” (VMERCSC, 2009)

Redutor, o regulamento, não integra momentos da atividade como a participação na informação e diálogo com a família, entre outros.

Na perda de autonomia por parte da pessoa, a família é informada da situação; esta informação é ajustada, ao momento, ao grau de entendimento e algumas vezes, se o ambiente no local não favorecer outra postura (ex.: situações que coloquem em insegurança a equipa), resume-se ao mínimo de informação disponível.

No decorrer do exercício da prática de enfermagem na VMER é frequente a comunicação de más notícias. Segundo Buckman, (1992) “Má notícia” define-se como qualquer informação que envolva uma mudança drástica na perspetiva de futuro, no sentido negativo.

O contexto pré-hospitalar é revestido por várias particularidades tornando a comunicação de más notícias *per si* um momento de potencial ansiedade junto da equipa. Por norma não existe conhecimento da esfera pessoa e família, é escasso o período de tempo para estruturar o discurso e por vezes é imperativo que tal seja um momento breve pois a prioridade é a assistência à pessoa em situação crítica. Outra dificuldade frequentemente encontrada é questão da segurança, pois a forma como a família e/ou população presente vai reagir é sempre uma incógnita.

Os familiares experimentam, como em outros casos, sentimentos de ansiedade, de desespero, raiva... A raiva, numa adaptação das fases da doença de Kübler-Ross (2000) enquanto sentimento é dirigida frequentemente aos profissionais de saúde. Não na perspetiva de violência gratuita, mas na intenção de fazer algo pelo seu familiar. Esta atitude, por vezes, gera momentos de tensão entre os presentes podendo traduzir-se em situações de insegurança física para a equipa, o que constitui uma das razões pelas quais a comunicação de más notícias deve ser feita na presença dos dois elementos da equipa. Em casos extremos a má notícia nem chega a ser dada (no caso da Criança em PCR, este momento é muitas vezes protelado até à chegada à sala da Reanimação da instituição hospitalar).

Durante a atividade da enfermagem no pré-hospital evidencio a importância de estar presente um enfermeiro num momento tão intenso como a Comunicação de Más Notícias; isto sem desvalorizar o papel do médico, até porque social e institucionalmente cabe a este o papel de Comunicador (LEAL, 2003 p. 40). No entanto, fruto da sua formação profunda e historicamente enraizada no modelo biomédico, associado ao eventual e injustificado sentimento de ter falhado junto da pessoa e família em situação crítica, o médico concentra-se no “alívio da dor física, por vezes da dor emocional e raramente no sofrimento.” (GREGG, et al., 2001)¹

Segundo Hesbeen (1998 p. 20), a hierarquização de queixas (própria de uma abordagem biomédica) numa perspetiva de ausência de doença, não traduz qualidade ao cuidar, denota antes, uma ausência de respeito pela pessoa privilegiando o corpo-objeto. Na mesma orientação (para a pessoa), Watson (2002 p. 111) refere que este respeito humanista e unitário é uma exigência da Enfermagem e da qualidade do cuidar. O enfermeiro Cuida, e durante a Comunicação de Más notícias, segundo esta última autora (Watson, 2002 p. 65), este está desperto para uma elevada consideração pela vida e inerente reverência pelos valores individuais.

Depois da abordagem e hierarquização da Emergência, das necessidades da pessoa e família em situação crítica, da abordagem técnica mais competente e de melhor qualidade possível, resta o encerrar da ativação, que pode assumir várias perspetivas: a de insucesso, dando origem ao procedimento de comunicação de más notícias, já abordado; e a de sucesso, que não significa necessariamente a melhoria do quadro, basta que a pessoa fique estável do ponto de vista clínico. Nesta última sequência é efetuado o acompanhamento à unidade hospitalar pela equipa de VMER (como enunciado no 3º ponto do Regulamento da VMER, este pode ser feito na presença dos dois elementos da equipa ou somente do médico, sendo a decisão influenciada pelo grau de criticidade da pessoa).

Na atividade da VMER, a passagem de informação em ambiente hospitalar é sustentada nos registos efetuados em suporte informático, nos sistemas preconizados pelo INEM, (está implementada uma base de dados que engloba toda a informação recolhida em Pré-Hospital, sendo utilizado para seu registo um computador portátil da propriedade do instituto). A participação do enfermeiro neste Sistema Informatizado de Registos é de parceria com o médico, colaborando na recolha de informação pertinente e no registo de parâmetros vitais.

Num contexto diferente da prestação de cuidados, a VMER trata-se de um meio diferenciado, não só pela tripulação que o compõe, mas também pelo equipamento que transporta. O Suporte Avançado de Vida é assegurado recorrendo à abordagem avançada da Via Aérea, monitorização intensiva e suporte farmacológico específico, sustentando a

¹ <http://www.aafp.org/afp/2001/1215/p1975.html>

sua utilização em “protocolos terapêuticos complexos” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009 p. 42).

Na perspectiva logística, a administração dos recursos materiais assume uma elevada importância, a qual é defendida de uma forma geral por Chiavenato (2005), no caso concreto da VMER são eles que possibilitam a atuação eficiente¹, em SAV.

Enquanto coordenador da equipa de Enfermagem² tenho a responsabilidade de constituir o elo de ligação ente os vários intervenientes para a manutenção da operacionalidade. (VMERCSC, 2009)

A gestão de recursos materiais deve ser organizada e planeada, e embora a definição deste conceito englobe várias atividades (LEITÃO, et al., 1999), na perspectiva de enfermeiro Coordenador a função passa pela organização e extingue-se na previsão, sendo os restantes passos do sistema (compra e distribuição), enquadrados pelos departamentos logísticos das respetivas entidades (INEM e HPP).

O sistema de distribuição de materiais por níveis de reposição é um sistema facilitador e libertador da atividade da coordenação já que é centralizado no serviço de aprovisionamento sendo esta uma das vantagens enumeradas por Leitão. (LEITÃO, et al., 1999 p. 100)

A gestão de pessoas em Enfermagem em concreto está assegurada por mim. É uma condição sensível da minha função enquanto coordenador, não fossem as pessoas um aspeto tão ou mais importante que os restantes recursos. (CHIAVENATO, 2006)

O papel da minha coordenação incide na escolha do elemento para propor ao INEM. No momento da proposta de um novo médico ou enfermeiro, este é sujeito a uma entrevista estruturada, avaliação de perfil psicológico e curricular, aplicados pela coordenação da VMER.

No entanto, e fruto da difícil integração de enfermeiros na VMERCSC⁴, no momento de constituir a equipa de Enfermagem optei por convidar enfermeiros com experiência prévia de Pré-Hospitalar e aproveitar as suas habilidades, as quais pretendia que fossem tão abrangentes quanto as preconizadas por Katz citado por Stoner e Freeman (1995 p. 8): habilidade técnica, a qual consiste na utilização de conhecimentos, métodos e equipamentos necessários para a realização da tarefa; habilidade humana, onde a capacidade e discernimento para trabalhar com pessoas está evidenciada; habilidade conceptual, aquela que se observa na compreensão dos objetivos do grupo e a adaptação do comportamento do individuo aos mesmos.

Deste modo pude constituir uma equipa motivada com pessoas dinâmicas e comprometidas, com os objetivos do Pré-Hospitalar. Implementei, utilizando a expressão de Leitão, uma “força de trabalho” (1999 p. 109), que mostrasse o enfermeiro no Pré-

¹ Diz respeito à forma e ao meio utilizados na realização da atividade, que é tanto mais eficiente quanto menos forem os recursos despendidos (PRIBERAM, 2012)

² Exerço funções de enfermeiro Coordenador da VMERCSC desde o ano de 2001.

⁴ Como referido, no início do capítulo, a anterior Coordenação Médica durante vários anos não permitiu a integração de Enfermeiros.

Hospitalar como uma mais-valia, desígnio mutualista com o enunciado da Ordem dos Enfermeiros (2007).

Outra vertente pertinente da minha atividade em Emergência Médica foca-se na formação enquanto formador da Bolsa Nacional de Formadores do INEM. Neste âmbito ministro formação enquadrada nas temáticas de SAV, Emergências Médicas e Trauma Avançado, na vertente de adulto e pediátrico.

Encaro a formação como um importante aspeto pois, tal como referem Alves e Sousa (2004) a autonomia e responsabilidade da Enfermagem assenta na consistência dos conhecimentos, a qual é fruto de um investimento individual na formação contínua, sendo essencial para o destaque social e científico da profissão.

Numa opinião pessoal a exploração de conhecimentos será tanto mais dinâmica quanto o número de vezes for solicitada. É neste aspeto que a formação pode assumir um papel relevante, colocando o enfermeiro em confrontação com ambientes de urgência/emergência baseados em cenários construídos, alicerçados em objetivos formativos, simulando condições próximas do momento Urgente/Emergente¹.

Enquanto formador, tenho a oportunidade de vivenciar estes ambientes simulados inúmeras vezes, colocando-me em vantagem em relação aqueles que os experimentam em momento específico da sua formação profissional. Este proveito permite a minha construção de saberes pela aplicação do conhecimento, em situações complexas do contexto da prestação de cuidados em Pré-Hospital, mediados por uma atitude reflexiva que serve de base à minha “prática competente”. (BENNER, 2001 p. 63)

Posso experienciar abordagens diferentes para a mesma situação e adequar a melhor resposta. Em contexto de Emergência Médica acima de tudo procuram-se respostas, sejam elas de que natureza forem; por vezes podem estar na deformação de um habitáculo de uma viatura, num vestígio de sangue, na atitude de um familiar ou no seu suporte perante uma má notícia. São algumas observações que sustentadas na experiência podem ter alguma significância.

Desta forma, otimizando a minha atitude, identifico o que é realmente importante, numa filosofia de enfermeiro perito, munido de um conhecimento competente. O qual, segundo Benner (2001) é uma forma de conhecimento em si mesmo, e não apenas uma aplicação deste. Com esta assunção a autora procura demonstrar que nem todo o conhecimento que os enfermeiros procuram desenvolver é obtido dentro de sala, este deve ser situado na prática real dos cuidados e ajustado a cada pessoa e família.

Com esta aquisição de saberes, posso libertar-me precocemente das atividades técnicas e encontrar o espaço para um empreendimento de processo humano interdependente

¹ **Urgências** são todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais.

Emergências são todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais. (Direção Geral de Saúde: Direção de Serviços de Planeamento Rede Hospitalar de Urgência/Emergência, 2001 p. 27)

para preservar a pessoa, enquanto alvo da ciência humana e do cuidar, como teoriza Watson (2002).

Neste momento acadêmico de Módulo de Estágio Creditado, fui coautor na realização de um póster subordinado ao tema “Via Aérea Difícil – o Papel do Enfermeiro” (apêndice I), que foi apresentado nas I Jornadas Internacionais de Enfermagem da Universidade de Évora (A pessoa em Situação Crítica), que decorreram nos dias 02 e 03 de Junho de 2012 no auditório da mesma universidade.

A realização desta apresentação foi relevante no sentido em que, numa situação de natureza tão instrumental como a emergência de uma Via Aérea Difícil¹, a presença do enfermeiro foi definida para além do inerente apoio à execução da técnica, suportado pelos pareceres e regulamentos da Ordem dos Enfermeiros; a abordagem da Via Aérea Difícil foi enquadrada na perspetiva da pessoa e não somente da patologia ou da técnica, adequando essa abordagem ao nível da competência do enfermeiro de cuidados gerais (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2003) e do enfermeiro Especialista (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

¹ “Trata-se de uma situação clínica em que existe uma desproporção anatómica ou patológica preexistente, onde um profissional treinado encontrará dificuldade em realizar a laringoscopia direta ou em manter a ventilação manual sob máscara facial ou ambos.” (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS, 2003)

3. ESTÁGIOS REALIZADOS

Por “Estágio” entende-se no léxico comum: período de trabalho por tempo determinado para formação e aprendizagem. (PRIBERAM, 2012)

No conceito desta definição alude, sobre este período, a responsabilidade de ser fonte de experiências que permitam crescer e como concebem numa perspetiva pedagógica Alarcão e Tavares (2003), assegurar experiências significativas e exemplificativas da realidade, no sentido de se promoverem as competências necessárias ao desempenho autónomo e eficaz.

Para o enfermeiro, segundo Macedo (2000 p. 3), o estágio pretende-se que constitua um campo de experiências onde convivam crenças e valores enraizados no essencial da disciplina, a aplicação de conhecimentos e ainda o exercício de um juízo clínico conduzindo a uma intervenção refletida.

Para a realização dos dois módulos de estágio, Urgência e Cuidados Intensivos (módulo I e II respetivamente), a minha escolha incidiu em locais que me facultassem o contato com pessoas e família em situação crítica, com exigência na mobilização de conhecimentos técnico-científicos e num ambiente fértil em valores e diferenças sociais, culturais e religiosas. Para que pudesse conferir sentido às minhas intervenções e prestar cuidados eficazes e competentes que, segundo Leininger (1998 p. 32), numa perspetiva de cuidar fortemente influenciada pela Antropologia¹, são oriundos de uma compreensão dos valores culturais, crenças e modos de vida do Outro.

Neste capítulo irei abordar as características do Departamento de Emergência do Centro Hospitalar de *Rambam* em Israel e da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital de São José, enquanto locais de estágio escolhidos. Ao longo da caracterização farei referência às razões da minha opção por uma e outra instituição. A descrição das atividades desenvolvidas, enquadradas nos respetivos objetivos, terminará este capítulo.

3.1. CENTRO HOSPITALAR DE RAMBAM – ISRAEL

O *Rambam Health Care Campus*, em Haifa (Israel), é apresentado formalmente como uma instituição única que engloba cuidados de saúde primários e avançados, pesquisa básica

¹ Madeleine Leininger é a fundadora da enfermagem transcultural, possui um doutoramento em Antropologia cultural e social, a sua Teoria do Cuidar Cultural de Diversidade e Universalidade baseia-se na crença de que pessoas diferentes podem orientar o enfermeiro para receberem o tipo de cuidados que necessitam. Desenvolve o conceito de Cuidados culturalmente sensíveis. (TOMMEY, et al., 2004)

e clínica, educação médica e desenvolvimento de tecnologia biomédica, todos estes aspetos a um nível mundial. (ROSNER, et al., 2011)

O facto de estar localizada no Norte de Israel, junto à fronteira com o Líbano e a Este com a Síria e Jordânia, (países interessados em ocupar o território israelita, por fatores históricos e económicos), fez de Haifa em 2006, o alvo de atenções durante os conflitos mais abertos com o povo libanês, tendo esta cidade sido bombardeada pelas forças rebeldes do Hezbollah¹. (ARON HELLER, 2006)

Neste período o *Rambam Health Care Campus* foi a entidade hospitalar de referência para a drenagem das vítimas das explosões e incêndios.

A reflexão acerca período conduziu também à necessidade de novas medidas de defesa (nomeadamente a possibilidade de descontaminação Nuclear, Radiológica, Biológica e Química) e medidas de âmbito arquitetónico, estando a decorrer a construção de uma estrutura subterrânea com capacidade antimíssil e antiterrorista, que se transforma num hospital de emergência com capacidade para 750 camas, sendo autossuficiente e capaz de gerar a sua própria energia, oxigénio, água potável e gases medicinais, sem reabastecimentos, por mais de 72 horas. (ROSNER, et al., 2011)

A análise e investigação de situações passadas, levou também ao incremento de sistemas pedagógicos de formação e treino desenvolvidos pela Escola de Emergência Trauma e Catástrofe do hospital e pelo país, hoje internacionalmente reconhecidos (ROSNER, et al., 2011). O uso de Modelos Pedagógicos de treino, centrados no *Briefing*, treino local bimensal de pequena escala com gravação de imagem e *Debriefing*, simulacros anuais de grande escala, de âmbito nacional, envolvendo todos os operacionais com o mesmo sistema de *feedback*, o uso quotidiano de métodos de monitorização, auditoria, estudo, partilha de resultados acerca da qualidade de cuidados na área do trauma e a partilha da experiência e conhecimento, com o desenvolvimento de cursos de formação a nível nacional e internacional na área da "Catástrofe", (tendo mesmo um dirigido a Portugal e ao seu contexto), são uma realidade, proveniente da experiência e lições aprendidas. (ADMI, et al., 2011)

Inaugurado em 1938, enquadrado nos preparativos britânicos para a Segunda Guerra Mundial, o *Rambam Health Care Campus* era já considerado a melhor instituição de saúde no Médio-Oriente (ROSNER, et al., 2011), e atualmente constitui um marco de qualidade e uma referência no Norte de Israel, para cerca de dois milhões de habitantes.

Do ponto de vista estatístico, segundo Rosner *et al* (2011 p. 7), a instituição recebe por ano 120.000 utentes no Departamento de Emergência; 450.000 utentes no Hospital Dia e efetua 75.000 internamentos, possuindo para o efeito cerca de 36 enfermarias num total de 1000 camas.

¹ *Hezbollah* (em árabe significa "partido de Deus") é uma organização com atuação política e paramilitar fundamentalista islâmica sediada no Líbano. É considerado uma organização terrorista pelos Estados Unidos, Argentina, Israel, Canadá e pelos Países Baixos. (WIKIPÉDIA, 2012)

Um aspeto importante da atividade desta instituição prende-se com a casuística em Trauma pois o *Rambam Health Care Campus* é o único Centro de Trauma no Norte do país, servindo de referência para cerca de nove hospitais na região.

Dos 40.000 utentes do foro traumatológico recebidos anualmente, cerca de 4.000 requerem internamento, fazendo de *Rambam* o Centro de Trauma com maior afluência de Israel. Destes utentes, 20%, são referenciados por outras unidades de saúde, 38% requerem cirurgia de emergência e 17,5% são Politraumatizados Graves¹.

Outro aspeto pertinente a observar nesta opção de estágio diz respeito à pluriculturalidade em que esta região do Norte do país é particularmente rica. Existe em Haifa uma complexa trama étnica, cultural e religiosa, resultado das várias nacionalidades e comunidades que entraram em Israel ao abrigo da “lei do retorno”² a qual fez vários grupos de judeus, espalhados mundialmente em resultado da Segunda Grande Guerra, regressarem à “Terra Santa”. (KOHN, et al., 2007)

Estas características traduziram em Haifa o local ideal de estágio, de acordo com os objetivos delineados no meu projeto. Tinha reunidas as condições para obter os conhecimentos de organização de um sistema de resposta a situações de multivítimas e ainda prestar cuidados de enfermagem num ambiente onde a transculturalidade é indubitavelmente uma realidade.

3.1.1. O Departamento de Emergência

O campo de estágio decorreu no Departamento de Emergência, o qual compreende três setores distintos: A Sala de Reanimação (*Shock Room*) (figura. 1)³; Balcões de Medicina e de Trauma e a área de utentes em ambulatório.

O *Shock Room* é fisicamente constituído por uma sala ampla com seis unidades de utente, onde são recebidas as pessoas em situação emergente; cada uma das unidades possui monitorização e ventilação acopladas à cama do utente, o que permite a fácil deslocação da pessoa sem desconectar equipamento de suporte vital.

Esta sala de Reanimação de grandes dimensões está preparada para situações de multivítimas podendo as suas unidades serem subdivididas para receber duas pessoas em simultâneo. Por este facto todos os recursos materiais consumíveis e equipamento de monitorização se encontram em duplicado.

¹ Pessoa em situação crítica com duas ou mais lesões traumáticas que comprometem a vida de forma emergente. (INEM, 2010)

² A **Lei do retorno** é uma legislação nacional que permite a qualquer judeu originário de qualquer país do mundo estabelecer-se no Estado de Israel. Foi adotada em 1950 pela Knesset (Parlamento Israelita), cinco anos depois do fim do Holocausto e dois anos depois da fundação do estado de Israel. A lei do retorno declara que Israel constitui um lar não apenas para os habitantes do Estado, mas também para todos os membros do povo judaico de todo o mundo, quer vivam em pobreza e medo das perseguições, quer vivam uma vida com afluência e segurança. A lei declara ao povo judaico que o Estado de Israel acolhe todos os judeus do mundo que regressem à antiga pátria. (WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre, 2012)

³ Fotografia do Autor



am

Existe um enfermeiro em permanência física, nas vinte e quatro horas, mesmo que em sala não esteja nenhuma situação emergente. Este enfermeiro, ao preparar-se para receber uma pessoa em situação crítica solicita apoio de mais um elemento, oriundo da restante equipa de enfermagem que está em turno no momento.

Deste modo, a receção da vítima é, sempre, efetuada por um médico e dois enfermeiros que fazem a abordagem inicial numa sistematização ABCDE.

O encaminhamento da(s) vítima(s) para esta sala pode ser por critério do Pré-Hospitalar, através do Sistema de Emergência Médica Nacional Israelita – (*Magen David Adom*), podendo a pessoa em situação crítica chegar por ambulância ou por helicóptero, ou então pode ser por decisão clínica,

sobre uma pessoa em observação na zona de Balcões.

Nesta Sala de Reanimação (*Shock Room*), onde se alia a elevada casuística à gravidade das situações, fruto das circunstâncias de conflito entre nações, observa-se uma resposta objetiva e sistematizada, procurando estabilizar rapidamente a pessoa em situação crítica, despistando os focos de gravidade usando uma abordagem essencialmente biomédica e sustentada pela formação massiva em Trauma Avançado, das equipas de Médicos e enfermeiros.

As pessoas em situação clínica considerada não emergente, [aqueles que não apresentam compromisso da Via Aérea, Respiração ou alterações significativas do padrão de Circulação (Eight International Seminar on Developing and Organizing a Trauma System , 2011 p. 100)], são observadas na zona de Balcões de Medicina ou Trauma.

Esta área é composta, fisicamente, por quatro corredores, iguais na estrutura, mas diferentes na função, cada dois corredores recebem pessoas em maca, com queixas do foro médico ou Traumatológico. Aqui são observadas pelo enfermeiro, que além de receber a informação pertinente dos paramédicos e/ou da pessoa e família, faz uma primeira avaliação das necessidades e dos parâmetros vitais. Todos os registos são efetuados num Sistema Informatizado de Informação Clínica¹ que é monitorado, em tempo real, pelo médico presente nestas alas de atendimento.

O enfermeiro que presta cuidados nesta área é o primeiro contato da pessoa com um técnico de saúde do intra-hospitalar. Nesta altura gostaria de acrescentar que em

¹ Este Sistema Informatizado de Informação Clínica só compreende a informação Médica, terapêutica e parâmetros vitais, os registos de enfermagem são feitos em texto livre, num campo de “observações”, não existindo um campo específico para os mesmos.

Rambam não existe um Sistema de Triage efetivo, como é possível encontrar nos hospitais portugueses. A abordagem é feita pelo enfermeiro que, neste local, pode medicar a pessoa com o objetivo de diminuir a dor ou a temperatura, se necessário. Da mesma forma pode requisitar exames complementares de diagnóstico que ache pertinentes face à situação apresentada e contatar o médico da especialidade. Esta atitude é mantida sem recorrer a protocolos formais. Existe um “protocolo informal” onde são reconhecidas ao enfermeiro, a autonomia e responsabilidade, em proporção direta com o seu tempo de exercício de funções no Departamento de Emergência.¹

Após a avaliação inicial, que inclui resultados de exames complementares de diagnóstico, a pessoa é observada por um médico que está presente nestas alas (existe um por cada ala), que irá dar seguimento ao atendimento da pessoa em situação crítica.

O terceiro setor diz respeito aos utentes em ambulatório, com situações não críticas, sendo o atendimento efetuado em dois gabinetes médicos localizados numa estrutura física separada do Departamento de Emergência. Tratam-se sobretudo de pessoas com queixas que poderiam ser observadas e tratadas em contexto de centro de saúde. Uma vez que esta realidade não era a pretendida como experiência clínica, e após troca de opiniões com a Sr.^a enfermeira, que coordena e tutela os estágios de alunos estrangeiros, não equacionei a minha passagem por este setor.

3.1.2. Atividades Desenvolvidas

As atividades desenvolvidas, bem como os respetivos objetivos, foram alvo de reformulação após conhecer o campo de estágio. A razão para tal, prende-se com o facto de, num primeiro momento, haver um parco conhecimento das reais condições para a prestação de cuidados neste contexto. O projeto inicial fora construído tendo por base a troca de correspondência (via correio eletrónico), com a coordenadora do projeto em Israel e conversas informais com colegas que já tinham efetuado esta experiência internacional na mesma instituição.

Após discutir e adaptar o itinerário de estágio (anexo I) com a Sr.^a enfermeira coordenadora da minha presença em Israel, efetuei a reformulação do projeto exequível, e real, indo de encontro às minhas expectativas.

Expectativas essas que procuravam novas situações onde a atividade a desenvolver fosse mais exigente e recrutasse conhecimentos novos ou mobilizasse os já existentes.

Fernandes (2006 p. 50), numa referência sociológica, concetualiza a atividade humana como uma institucionalização, uma vez que é sempre repetida e obedece a um modo constante de operar.

¹ Aspeto que foi constatado por mim, enquanto elemento integrado na equipa e confirmado pela Sr.^a Enfermeira Supervisora *Nancy Menashé*.

Neste sentido, as ações humanas podem apresentar uma rotina, realidade que também se pode verificar num contexto de Emergência Médica onde, apesar da polivalência das situações encontradas, o «hábito» se pode instalar por uma casuística de natureza homogénea e deprimir os sentidos o que, a médio prazo, limita a utilização do conhecimento técnico e científico. (FERNANDES, 2006)

Esta afirmação relaciona-se com o desenvolvimento das condições de segurança de trabalho, de circulação nas vias públicas, de policiamento, entre outras, que numa relação clara com as situações de trauma, diminuem a sua frequência.

Por outro lado, as situações de Doença Súbita¹ associam-se diretamente com o nível de desenvolvimento socioeconómico dos países, resistindo ao desenvolvimento da indústria farmacêutica, tendo como etiologia os fatores decorrentes do estilo de vida (*stress*, obesidade, sedentarismo, tabagismo...). (NUGENT, 2010)

Portugal como país desenvolvido², segundo dados da Direção Geral de Saúde (2010), apresenta uma situação de saúde pública que se inscreve no parágrafo anterior.

A definição dos objetivos no documento de Projeto de Estágio contribuiu para evidenciar a minha linha orientadora de experiências a desenvolver que, de um modo introspetivo se pode reproduzir da seguinte forma: cuidar a pessoa em situação crítica numa dinâmica exigente em conhecimento técnico-científico, rica em valores culturais e crenças.

O caso concreto de *Rambam* possibilitou-me, também, a componente de intervenção em cenários com mais de três pessoas e família em situação crítica em simultâneo³ o que, numa opinião pessoal tem o potencial de se traduzir em aptidões que englobam não só os conhecimentos técnico-científicos, mas também a capacidade de liderança e de gestão de recursos da mais heterogénea natureza.

De forma mais específica preconizei para este módulo de estágio os seguintes objetivos:

- **Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais dirigidas à especificidade da intervenção de enfermagem à pessoa em situação crítica, num contexto transcultural;**
- **Conhecer os planos e princípios de atuação perante uma situação de catástrofe ou multivítimas.**

No momento da minha receção no Hospital de *Rambam*, foi-me dada a possibilidade de frequentar o Curso Internacional de Trauma, através do Centro de Ensino em Trauma daquele *campus*.

¹ A alteração involuntária do estado de saúde, causada por uma condição médica pré-existente e nunca por acidente, que exija a prestação de primeiros socorros e tratamento de urgência em Hospital. (INEM, 2010)

² Em matéria de esperança de vida, escolaridade e PIB per capita, Portugal ocupa o 41º lugar no ranking do desenvolvimento humano das Nações Unidas, numa lista de 187. (ROLIM, 2012)

³ O que, segundo o INEM, constitui um cenário de multivítimas. (INEM, 2010)

Este curso tem como principal objetivo apresentar a Organização do Sistema de Trauma em Israel, tendo como referência o Centro de Trauma de Haifa, o qual foi percussor da generalização deste sistema no resto do país, e agora com projeção internacional (Eight International Seminar on Developing and Organizing a Trauma System , 2011).

Das inúmeras vantagens da frequência deste momento formativo destaco a possibilidade de conhecer, de forma sistematizada, a instituição (em particular o Departamento de Emergência) onde estava a decorrer a minha experiência clínica e compreender quais os protocolos utilizados na abordagem dos vários cenários, para os quais a equipa de *Rambam* está preparada.

Neste contexto e referindo-me às atividades desenvolvidas para a concretização do primeiro objetivo acima definido, o meu investimento em pesquisa bibliográfica incidu naquela que foi facultada pela coordenação deste Curso Internacional, que complementei com a consulta do Manual *Advanced Trauma Life Support* e *Advanced Trauma Care for Nurses*, uma vez que estes manuais estão na base da “linguagem de emergência” em *Rambam* e constituem uma referência na temática (ROSNER, et al., 2011).

Esta pesquisa reverteu na sistematização de conhecimentos, já adquiridos em contexto da atividade de Pré-Hospitalar (enquanto enfermeiro e formador), e também na ponte para uma comunicação eficiente com os restantes elementos da equipa de profissionais do Departamento de Emergência, permitindo-me desenvolver, como referem Hinojosa *et al* (2001), uma cultura de colaboração e cooperação eficaz.

Outra atividade definida em projeto consistiu na consulta de bibliografia sobre a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidar Cultural de Madeleine Leininger. Sem querer neste momento efetuar uma abordagem das competências adquiridas porque as mesmas serão alvo de apreciação em capítulo próprio, pretendo antes de mais evidenciar a importância desta dinâmica de busca de conhecimento.

Da pesquisa bibliográfica efetuada emergiram alguns Modelos que versam a questão cultural: O Modelo de Sol Nascente de Madeleine Leininger; o Modelo Purnell de Competência Cultural introduzido por Larry Purnell e Betty Paulanka (2010); e o Modelo de Papadoulos, Tilki e Taylor (1998) para o Desenvolvimento da Competência Cultural em Enfermagem.

O Modelo de Sol Nascente que retrata a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidar Cultural de Madeleine Leininger é, segundo Butts e Rich (2011 p. 532) a literatura mais conhecida e utilizada na referência à Enfermagem Transcultural¹.

E porque foi a obra de Leininger a impulsionadora da existência e desenvolvimento desta área da enfermagem (LEININGER, 1998, TOMMEY, et al., 2004) que como refere a autora (1998 p. 33), é ainda uma teoria única “na medida que reúne as dimensões histórica, filosófica, epistémica e ontológica, próprias da Enfermagem e da Antropologia”. Considerei

¹ Conceito introduzido por Madeleine Leininger para referir uma área do saber que associa o conhecimento de Enfermagem à Antropologia. (LEININGER, 2001)

ser esta uma aposta premente para desenvolver um Cuidar Culturalmente Sensível¹, constatei também, o facto do Modelo de Sol Nascente (anexo II), constituir uma ferramenta que, efetivamente me permitiu identificar as principais dimensões da teoria de Leininger (2001) na abordagem culturalmente congruente (Religião, Política, Economia, Visão de Mundo, Ambiente e Género). Na realidade, este modelo permite uma visão abrangente e global destas dimensões, facilitando a caracterização da pessoa/família/grupo ou comunidade.

Com base nos conhecimentos apreendidos nesta atividade de consulta bibliográfica, introduzi na minha prática o conceito de Enfermagem Transcultural, para tal procurei observar as diferenças culturais, os diferentes estilos de vida, valores e crenças. Além da observação, a comunicação verbal e não-verbal, foi uma ferramenta que permitiu abordar e prestar cuidados de forma eficaz e competente.

Em *Rambam* a preocupação com a formação e desenvolvimento das capacidades dos enfermeiros, foi um mote facilitador para desenvolver a minha atividade no que diz respeito à colaboração no planeamento e prestação dos cuidados de enfermagem de acordo com os problemas identificados na pessoa em situação crítica.

A minha presença em *Rambam* pressupôs uma integração na equipa de enfermagem do Departamento de Emergência, de tal forma que, após a segunda semana de estágio, pude contar como elemento no *Shock Room*. Assumi a posição de enfermeiro número dois (em Sala para cada pessoa só estão dois enfermeiros e um médico, se possível dois), com funções bem definidas em protocolo (Eight International Seminar on Developing and Organizing a Trauma System, 2011), e onde estava inerente a preparação da unidade da pessoa.

Após a receção da vítima, recebia a passagem de informação por parte dos paramédicos² (quando era possível, uma vez que estava dependente da capacidade destes comunicar em inglês), garantia a monitorização de parâmetros vitais e referia-os em voz alta, de acordo com o protocolo, assim que ia obtendo valores; tinha ainda a responsabilidade de enviar as amostras de sangue, recolhidas pelo enfermeiro número um, para o laboratório e garantir que estas eram lá rececionadas. Evidencio a ordem pela qual coloquei as atividades a efetuar, já que esta era uma exigência, justificada pela necessidade de atuar de forma organizada, a qual foi obtida pelas experiências vivenciadas durante os conflitos armados.

Decorrente do projeto de criação desta sala de Emergência, a Unidade de Trauma de *Rambam* efetuou vários estudos que visaram a otimização do funcionamento da equipa face a uma emergência.

¹ Leininger introduz a expressão de “cuidado culturalmente congruente” para expressar a orientação do cuidado para os valores, crenças, padrões e expressões da pessoa. (LOPES, et al., 2009)

² Em Israel a componente de pré-hospital é, toda ela, assegurada por paramédicos com uma formação alargada em técnicas invasivas, via aérea avançada, Trauma, SAV, Eletrocardiografia entre outras, que habitualmente, em Portugal, vemos atribuídas só a Médicos e/ou Enfermeiros.

Tendo por base as linhas orientadoras e protocolos de atuação propostos pelo *Advanced Trauma Life Support*, procederam a uma exaustiva avaliação dos procedimentos, através da observação direta, simulações e autoscopias, controlando tempos de decisão e reação, havendo o preciosismo de contabilizar os segundos em que a pessoa estava sem receber uma fonte de oxigénio (BEN-BARAK, et al., 1999 p. 4). Em resultado, a equipa de profissionais de saúde atua na *Shock Room*, perante uma situação de Emergência de forma protocolada e sincronizada, sendo evidente o conhecimento que cada elemento apresenta da função individual e coletiva, perante os vários cenários.

Tive oportunidade de confirmar esta postura *in loco*, durante a receção de seis vítimas oriundas de uma explosão, numa zona industrial periférica a Haifa (este breve relato é somente um exemplo uma vez que as situações de multivítimas apresentaram uma frequência acima das minhas expectativas).

Estas pessoas em situação crítica, transportadas pelas equipas de pré-hospital, foram recebidas individualmente por profissionais com as características já anteriormente referidas (um médico e dois enfermeiros, perfazendo um total de seis Médicos e doze enfermeiros, aos quais se juntou a Enfermeira Chefe do Departamento e um médico Sênior, Coordenador do Departamento). As lesões apresentadas eram essencialmente queimaduras de segundo e terceiro grau, algumas com compromisso de via aérea, necessitando de abordagem avançada. Rapidamente as vítimas foram triadas, estabilizadas e transferidas para as unidades indicadas (Bloco Operatório ou Unidade de Queimados). Toda a articulação até a sala ficar livre não ocupou mais de cinquenta minutos, este tempo foi controlado pelo médico coordenador da *Shock Room*.

Não posso deixar de referir uma pertinente constatação: durante esta atividade mais emergente, os familiares que se aglomeraram à porta da sala foram recebidos, em tempo oportuno mas o mais precoce possível, pela Enfermeira Chefe com o objetivo de transmitir a informação disponível referente ao estado de saúde das pessoas. Esta perspetiva de «primeiros socorros» à família é defendida por Gwinnutt e Dirscoll (2003, p. 12) que salientam, ainda, que se a família desejar estar presente na sala de reanimação poderá fazê-lo, acompanhada por um enfermeiro.

Como já fiz referência, além da *Shock Room*, o Departamento de Emergência é composto pelas alas de atendimento urgente, aquele onde a pessoa não apresenta compromisso importante de funções vitais.

Nesta área a maior pertinência da minha atuação, assumiu-se no contato próximo de pessoas que necessitavam do meu cuidar, pessoas de culturas várias [(relembro a evidente diversidade cultural existente em Israel (KOHN, et al., 2007)], que podiam verbalizar as suas necessidades, e orientar-me na qualidade da minha prestação de cuidados de enfermagem. Fazendo expressão de alguns dos seus valores, crenças e padrões culturais, que fui conhecendo à medida que ia incorporando o conceito de cuidar culturalmente sensível e congruente.

A par dos cuidados culturalmente fundamentados, a prestação de cuidados neste sector era desafiante pela particularidade da Tomada de Decisão inerente; pelo despiste precoce de sinais de gravidade, pelo alívio do desconforto causado pela dor e pela interação constante com vários elementos da equipa multidisciplinar.

Na continuidade da linha orientadora do meu projeto, na *Shock Room* a prestação de cuidados mais dirigida à doença, ao corpo objeto era indiscutivelmente o pilar de atuação. Já nas alas de atendimento de urgência, a comunicação e a relação de ajuda assumem importância permitindo desenvolver-las de modo adequado às necessidades da pessoa.

A comunicação foi, de certa forma, uma fonte de preocupação já que grande parte dos utentes só falava hebraico, árabe ou russo, contudo e tal como refere Leininger (1998 p. 34) “A enfermagem é uma disciplina de cuidados transcultural, humanística e científica, e uma profissão cujo objetivo central é servir os seres humanos em todo o mundo.”

Comunicação é “um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre as pessoas”. (Phaneuf, 2005 p. 23)

Para facilitar este processo, passei a efetuar a minha apresentação em inglês, ao invés de tentar comunicar com palavras simples em hebraico o que traduzia na pessoa uma falsa sensação de que eu sabia comunicar na sua língua. E a partir desse momento a comunicação estabelecia-se em inglês, com o próprio ou com um familiar que servia de tradutor, ou através de linguagem não-verbal, associando o “sim” (*ken*) ou o “não” (*lo*), e quando, ainda assim não era perceptível, recorria aos meus pares para tradução.

Desta forma criei o ambiente propício ao estabelecimento de uma relação de ajuda a qual segundo Adam (1994 p. 46) é uma condição *sine qua non* da eficácia dos cuidados. O contexto da Comunicação é deveras importante para o estabelecimento de uma relação de ajuda tal como sugere Lazure (1994 p. 97), a pessoa tem de ter espaço para sentir, saber, escolher e decidir, através de um processo de comunicação eficaz.

Compreendendo que a Comunicação seria uma pedra basilar para a qualidade do cuidar culturalmente congruente que eu objetivava, desenvolvi mecanismos de comunicação verbal, como já referi relativamente ao meu primeiro contato com a pessoa ser efetuado em língua inglesa e não numa tentativa de usar o parco hebraico que sabia.

Este crescer da relação de ajuda em torno da Comunicação Verbal, fi-lo observando os princípios descritos por Phaneuf (2005): Simples, clara, breve, concisa e em ligação com o tema principal a desenvolver, apropriada ao tempo e às circunstâncias e adaptável às reações do doente.

Sem hipóteses de dissociação deste aspeto da Comunicação, está a linguagem não-verbal a qual, em Israel, esteve indubitavelmente presente, reforçando a ideia de que a comunicação humana, especialmente a que se processa frente a frente, é sobretudo não-verbal (SÁ, et al., 2006).

Na perspetiva de Phaneuf (2005) a comunicação não-verbal é uma troca sem palavras, que cobre um largo espectro de expressões corporais e de comportamentos que

transcendem, acompanham e suportam as relações verbais entre as pessoas e contribuem para o seu significado. Sem estar organizada em função de um código preciso, esta linguagem é, em si mesma, de maneira intencional, portadora de sentido.

Trata-se da expressão de mensagens transmitidas por processos, outros que não linguísticos, o que inclui os gestos, as mímicas, o volume e a modulação da voz, o débito do discurso e igualmente diversos sons e reações emotivas. De uma maneira geral a linguagem não-verbal envolve o corpo com as suas qualidades fisiológicas, físicas e gestuais.

Em torno da comunicação e percepção das diferenças culturais, recorde alguns episódios: sempre que possível os parâmetros vitais eram avaliados e registados, durante o turno. Esta atividade iria ser dividida comigo e com a enfermeira de referência na ala de trauma (local onde eu estava “escalado” naquele momento). Eram cerca de sessenta pessoas em observação, iniciámos em simultâneo, mas a colega foi sendo solicitada para uma intervenção fora do âmbito da que estávamos a realizar. Neste contexto fiquei sozinho, sem uma eventual intérprete, mas iniciei a avaliação de parâmetros vitais.

Auxiliado pela linguagem não-verbal, abordei as pessoas cumprimentando-as, apresentando-me e solicitando a disponibilidade para, por exemplo colocar a manga de pressão arterial. Iniciei com recurso à linguagem não-verbal ajudada por uma ou outra palavra em hebraico, levando em conta a linguagem postural e/ou expressão facial da pessoa, que indicava a disponibilidade para a minha abordagem.

À medida que avançava na atividade reunia mais recursos linguísticos verbais, acabando por conseguir efetuar as últimas avaliações recorrendo quase em exclusivo à comunicação verbal na língua nativa, acabando por ser felicitado pelas pessoas pelo desempenho na comunicação.¹

Um outro episódio que reflete um valor cultural e que pode interferir com a qualidade do cuidado, aconteceu durante a avaliação de uma mulher *muslim*² com queixas de metrorragias. Nesta comunidade a mulher não deve falar com outros homens que não sejam do seu círculo familiar (KOHN, et al., 2007). Neste contexto, toda a história foi obtida através do esposo, sujeita aos enviesamentos que este considerasse necessários, e que foram perceptíveis, já que a mulher, de forma inteligente e subtil, comunicava com o marido em inglês, de modo que as suas queixas fossem recebidas sem interlocução. Este facto que facilitou o cuidar, já que os restantes contactos com esta pessoa foram efetuados por uma enfermeira, quebrando os reais obstáculos inibitórios.

A concretização do objetivo: **Conhecer os planos e princípios de atuação perante uma situação de catástrofe ou multivítimas** foi inequivocamente facilitado pela frequência do Curso Internacional de Trauma (anexo III), o qual tem como principais metas:

¹ Os Israelitas e Árabes mostram-se extremamente gratos e afáveis quando se tenta comunicar na sua língua. (KOHN, et al., 2007)

² “*Muslim*”, também pode ser denominado de “*Moslém*”, ou “muçulmano” em português, é um aderente do Islamismo, uma religião monoteísta e abraâmica, baseada no *Qu’an*, onde, creem, estar escrita a verdadeira palavra de Deus. “*Muslim*” em árabe significa “aquele que submete a Deus”. (KOHN, et al., 2007 p. 50)

compreender a continuidade do tratamento de vítimas de trauma; estudar as estruturas envolvidas nas várias fases do tratamento; desenvolver um modelo de sistema de trauma dirigido ao país de origem de cada participante; preparação para casos com vítimas em massa. (Eight International Seminar on Developing and Organizing a Trauma System , 2011)

A frequência do curso permitiu-me conhecer na “primeira pessoa” os requisitos ideais que estão por detrás da constituição de uma Sala de Reanimação com as dimensões da *Shock Room*, e compreender quais as necessidades efetivas que a justificam.

A casuística é essencial para se poder experimentar disposições e funções quando se implementa um sistema de Trauma como o encontrado em *Rambam*. A história de Israel é infelizmente rica em situações que possibilitaram a experimentação até obter a melhor resposta às necessidades da pessoa em situação crítica. (ADMI, et al., 2011 p. 212)

Com a participação neste momento formativo, pude realizar as atividades preconizadas em projeto, com a mais-valia de contatar com profissionais de saúde oriundos de outros países, permitindo-me conhecer as suas realidades e sistemas implementados neste contexto de catástrofe.

Em Israel este sistema, a par de toda a gestão de pessoas e materiais faz emergir uma função, atribuída ao **enfermeiro**, a de **Coordenador de Emergência e Trauma**.

Fiquei obviamente interessado em explorar o papel deste enfermeiro numa instituição com a dimensão de *Rambam*. Mas esta figura de gestão não é exclusiva deste hospital, sendo atualmente suportado por uma política Nacional e replicado noutros hospitais centrais de Israel.

Segundo a filosofia de *Rambam* (ADMI, et al., 2011), o enfermeiro Coordenador de Emergência tem como papel:

- *“Preparar o hospital para um eventual evento emergente, considerando a prestação de cuidados, aspetos logísticos e os sistemas de comunicação intra-hospitalares e com outras organizações externas à instituição;*
- *Desenvolver e atualizar os Standard Operating Procedures (SOP’s);*
- *Desenvolver a Lista de Verificação de cada função para cada participante no evento (Administradores, Médicos, enfermeiros, Paramédicos, Equipa de Segurança, etc.), as Listas de Verificação incluem as ordens de atuação, escritas em linguagem simples e clara;*
- *Implementar e Supervisionar programa de treino para as equipas multidisciplinares, mantendo a prontidão de competências clínicas e técnicas, quer da equipa intra-hospitalar quer das oriundas da relação hospital-comunidade;*
- *Contribuição, a nível nacional, para o desenvolvimento da doutrina, para o planeamento e desenvolvimento de simulacros.”*

No sentido prático da atividade diária, a qual tive oportunidade de acompanhar num dos dias, ao enfermeiro Coordenador de Emergência cabe fazer o seguimento de todas as vítimas de trauma que são recebidas na sala de trauma; é também sua função garantir

que a pessoa, em situação crítica, seja observada pelos médicos das especialidades, eventualmente necessárias além da Cirurgia Geral.

Mas, este enfermeiro serve, sobretudo, de elo de ligação entre a equipa de saúde e a família. Está também implicado na garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e atos médicos, sendo responsável por monitorizar todo o período de internamento da pessoa em situação crítica.

A política de enfermagem em *Rambam* é, desta forma, assegurada dando resposta ao ponto seis da sua carta de apresentação: “*the nursing administration at Rambam is committed to the development of new clinical and managerial roles such as nurse coordinators, clinical specialists, case managers, and project managers*”¹

Para Admi *et al* (2011 p. 211), o enfermeiro deve estar desperto de forma holística para a pessoa em situação crítica, o que implica observar os aspetos biopsicossociais e culturais, o que, segundo as mesmas autoras, consideram ser crucial num sistema de cuidados de saúde altamente especializados.

Da mesma forma e fazendo referência a Benner (2001), o enfermeiro deve ser capaz de eficazmente prevenir e gerir situações de crise.

A rápida mudança do ambiente da prestação de cuidados, face a uma emergência, condiciona que o enfermeiro Coordenador seja diferenciado na capacidade de antever e compreender os potenciais problemas, obtendo rapidamente uma visão global das necessidades da pessoa em situação crítica.

Rambam possui um serviço de emergência, onde se alia a elevada casuística à gravidade das situações. Para dar resposta a este cenário as equipas de profissionais estão devidamente treinadas, fruto das circunstâncias de conflito entre nações; observa-se uma resposta objetiva e sintética, procurando estabilizar rapidamente a pessoa em situação crítica, despistando os focos de gravidade, usando um modelo essencialmente biomédica e sustentada pela formação massiva das equipas de saúde *Advanced Trauma Life Support*.

3.2. O CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL - HOSPITAL DE SÃO JOSÉ

O Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE foi criado pelo DL nº 50-A/2007 de 28 de Fevereiro e visa a integração numa mesma organização de quatro unidades hospitalares: Hospital de Santa Marta, EPE, Hospital de Dona Estefânia, Hospital de São José e o Hospital de Santo António dos Capuchos. (Centro Hospitalar de Lisboa Central, 2012)

O estágio decorreu no Hospital de São José, o qual está localizado no centro da cidade de Lisboa, em funcionamento numa estrutura física alicerçada na história desde 1492.

¹TRAD – “A administração de enfermagem no *Rambam* está comprometida com o desenvolvimento de novas funções clínicas e de gestão, tais como coordenadores de enfermagem, especialistas clínicos, gestores de caso, e gestores de projeto” *Nursing Policy* - Documento elaborado pela direção de Enfermagem distribuído aos alunos na instituição (*Rambam*, 2011)

Para além da importância histórica desta instituição, o Hospital de São José constitui uma referência na abordagem de pessoas em situação crítica sobretudo do foro traumatológico. É um hospital central, e como nos é apresentado no sítio da internet¹ da instituição, possui ensino universitário e formação pós-graduada com elevada diferenciação científica e tecnológica.

Assume-se como instituição de referência nacional, recebendo, de todo o país pessoas e famílias em situação crítica.

Íntegra na sua política de funcionamento valores tais como (Centro Hospitalar de Lisboa Central, 2012):

- a) Competência técnica;
- b) Ética profissional;
- c) Segurança e conforto para o doente;
- d) Responsabilidade e transparência;
- e) Cultura de serviço centrada no doente;
- f) Melhoria contínua da qualidade;
- g) Cultura de mérito, rigor e avaliação sistemática;
- h) Atividade orientada para resultados;
- i) Trabalho em equipa/multidisciplinar e multiprofissional;
- j) Boas condições de trabalho.

De certa forma encontro nas breves palavras de descrição desta instituição algum paralelismo com a instituição anterior (*Rambam Health Care Campus*), sobretudo no âmbito da referenciação nacional, a qual perspetiva várias origens de pessoas com a inerente polivalência de hábitos, costumes e crenças.

3.2.1. A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

A Unidade de Cuidados Intensivos segundo Severino (2010) é um local com qualificação para assumir a responsabilidade integral pelas pessoas com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais. A manutenção deste contínuo de práticas, de procedimentos humanos e instrumentais de diagnóstico e tratamento, monitorização e avaliação, em função das necessidades da pessoa é garantido nas vinte e quatro horas do dia.

A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Hospital de São José, além das características apresentadas por Severino (2010) tem a particularidade de receber pessoas com necessidades do foro Médico e Cirúrgico, onde nestas últimas se enquadram as oriundas do foro traumatológico e está dotada de um total de doze

¹ <http://www.chlc.min-saude.pt>

unidades de cuidados à pessoa em situação crítica, oito de carácter intensivo e quatro de intermédio.

Importa dizer que a unidade hospitalar compreende ainda mais três unidades de cuidados intensivos, a Unidade de Urgência Médica, a Unidade de Cuidados Intensivos de Queimados e a Unidade de Cuidados Intensivos Neurocirúrgicos. Em Novembro de 2011 apresentou um número de doentes¹ saídos de Cuidados intensivos de 1.161 (Centro Hospitalar de Lisboa Central, 2012)²

Segundo a mesma fonte estes números representam uma taxa de ocupação de 82.76% com uma demora média de 28.8 dias surgindo, ainda, cerca de 5% de internamentos em cuidados intensivos com uma média superior aos trinta dias.

A ocupação das camas da UCIP é obtida pelo circuito da pessoa em situação crítica que chega ao Serviço de Urgência Geral e carece de tratamento intensivo e diferenciado, ou através do Bloco Operatório (o qual constituem essencialmente a taxa de ocupação da unidade de intermédios, podendo existir uma ocupação eletiva ou urgente, de uma cama de intensivos), ou, ainda, através de transferência intra ou inter-hospitalar, por necessidade das valências que a unidade pode oferecer.

Cada unidade da pessoa em situação crítica é composta pelo equipamento essencial para a monitorização invasiva e não invasiva de parâmetros vitais e suporte ventilatório invasivo e não invasivo. Nesta unidade também é possível facultar à pessoa tratamento em técnicas dialíticas contínuas, essencialmente hemodiafiltração venovenosa contínua (HDFVVC). Esta técnica aparentemente complexa é, na verdade, mais simples e com menos complicações que a hemodiálise e é um método de escolha para pessoas em situação crítica e hemodinamicamente instáveis (ALMEIDA, et al., 1999; MARCELINO, et al., 2006).

Em todo o circuito da pessoa e família em situação crítica, nesta instituição, existe uma fase que ocupa de forma singular a atividade da equipa de saúde da UCIP, falo do Transporte de Doente Crítico.

As características do Centro Hospitalar de Lisboa Central, com unidades de saúde dispersas no centro de Lisboa, e as várias origens das pessoas que sofrem internamento na UCIP, implicam que o retorno, dessas mesmas pessoas, após alta da unidade de cuidados intensivos, seja efetuado com acompanhamento de enfermeiro e também eventualmente um médico. Esta atividade constitui mais um aspeto a ter em linha de conta na gestão das pessoas da UCIP.

O rácio enfermeiro/doente crítico, por turno, é de 1:2 em cuidados intensivos e de 1:4 em cuidados intermédios, o que está em unísono com os números preconizados pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (2006 p. 157). Nos turnos da manhã, além da Enf.^a

¹ Para manter a integridade e idoneidade dos dados consultados Utilizo a mesma designação expressa no *tableau de bord* estatístico do centro hospitalar.

² http://www.chlc.min-saude.pt/Centro_Hosp/MissaoValores

Chefe, está presente uma enfermeira responsável pela gestão de recursos e outra pela gestão de cuidados.

Ainda no âmbito da gestão, a carga de trabalho de enfermagem é efetuada com base no *Therapeutic Intervention Scoring System – 28 (TISS)* adaptado para sistema informático. A sua execução é diária, sendo efetuada no início do turno da noite, com base nos cuidados e procedimentos efetuados nas últimas 24 horas.

O sistema informático está também adaptado ao registo da gestão de risco do utente, sendo possível, informaticamente, manter o registo das avaliações da escala de Braden e do risco de queda conforma indicações da DGS (Direção Geral de Saúde, 2011).

Durante a minha permanência na UCIP, a equipa de profissionais estava mobilizada na construção de protocolos e normas de procedimentos, para dar resposta aos critérios exigidos para a certificação de qualidade através do *Caspe Healthcare Knowledge System (CHKS)*¹

3.2.2. Atividades Desenvolvidas

Estando a UCIP do Centro Hospitalar de Lisboa Central localizada no centro da cidade e sendo uma referência nas valências que respondem de forma emergente e urgente às necessidades da pessoa e família em situação crítica, continuei a definir a minha linha orientadora na vertente da exigência técnica da prestação de cuidados de enfermagem cada vez mais eficaz, assente num cuidar culturalmente sensível.

Como objetivos para este estágio defini os seguintes:

- **Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados através do desenvolvimento de competências relacionais à pessoa em situação crítica em contexto de UCI;**
- **Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais em relação à pessoa em situação crítica no contexto de UCI.**

As atividades que iriam dar resposta a estes objetivos tiveram de ser alvo de redefinição, após constatar que, como já referi, o serviço estava em fase de remodelação, sobretudo de normas e procedimentos, para acreditação pelo CHKS.

¹ A Acreditação é o reconhecimento internacional reservado às instituições de saúde que demonstram o seu compromisso com a prestação de serviços de qualidade a utentes, profissionais e organizações externas, através da evidenciação do cumprimento dos critérios de ponderação "A", previstos no Manual Internacional de Acreditação de Hospitais. A Certificação é o reconhecimento internacional reservado às Instituições, ou partes da mesma, que demonstram a sua conformidade com todos os critérios classificados como "ISO", no Manual Internacional de Acreditação de Hospitais. Ambos os processos são voluntários e implicam a avaliação, por parte de um corpo independente, da capacidade e grau de realização que um Hospital possui para alcançar normas e critérios previamente estabelecidos. (Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, 2009)

Neste contexto algumas das minhas intenções de intervenção estavam desprovidas de sentido uma vez que os grupos de trabalho estavam já em avançada fase de produção. Deixo como exemplo a aplicação de um sistema de avaliação da carga de trabalho mais específica da enfermagem como o *Nursing Activities Score* (NAS)¹; o grupo de trabalho que caracterizou esta área para a acreditação já tinha implementado e justificado a utilização do TISS-28.

Neste sentido e após reunião com o enfermeiro tutor de estágio, decidi preconizar atividades que pudessem contribuir em pontos-chave para a melhoria dos cuidados de enfermagem, ao contrário de Israel, onde fui “mais absorvente” em relação ao que o campo de estágio tinha para me oferecer contribuindo, essencialmente para o desenvolvimento da minha forma de cuidar.

Concretizando, estes assuntos críticos, na minha perspetiva passam pela Comunicação, e pelo cuidar culturalmente congruente, como forma de obter “bons cuidados”, os quais, relembro segundo a Ordem dos Enfermeiros (2002 p. 10) “significam coisas diferentes para diferentes pessoas”.

A comunicação entre os profissionais de saúde e a pessoa em contexto de cuidados intensivos é cada vez mais, uma componente a valorizar, pela sua importância na relação que se estabelece entre o profissional de saúde e a pessoa e família em situação crítica, e também como pelo facto de constituir um bom indicador da qualidade dos cuidados.

Em unidades de cuidados intensivos onde os doentes são submetidos a ventilação mecânica, ficando incapacitados para comunicar oralmente, os problemas comunicacionais são ainda mais evidentes. Depois de uma experiência como a de *Rambam*, compreendo que a comunicação tem uma pertinente importância na qualidade dos cuidados, como intervenção de enfermagem, como forma de compreender o Outro e poder ajudar a responder às suas necessidades.

A multiplicidade de canais de comunicação, verbais e não-verbais associam-se para obter uma comunicação total e dar sentido às mensagens que são transmitidas através da palavra, do discurso e às mensagens não-verbais, transmitidas pelos gestos, mímicas e posturas. (ROSÁRIO, 2009)

Quando a pessoa em situação crítica entra na UCIP, é invadida por múltiplas intervenções, como sejam a entubação endotraqueal, a colocação de cateter central e linha arterial para além de outros procedimentos invasivos.

Vê-se, então, impossibilitada de falar e por vezes de se mexer, num local estranho onde os sons dos alarmes se ouvem vinte e quatro horas por dia, rodeada de estranhos e sem saber o que lhe está e vai acontecer. Muitas pessoas pedem, constantemente, explicações sobre o seu estado clínico, sobretudo à medida que vão conhecendo melhor

¹ O NAS é considerado uma ferramenta de gestão importante nas Unidades de Cuidados Intensivos, pois permite a identificação do tempo despendido nos cuidados de enfermagem e desta forma, subsidiar o cálculo e a distribuição dos enfermeiros. Para além de contemplar os cuidados assistenciais diretos, como por exemplo o apoio à pessoa e família, o NAS inclui também as atividades administrativas e de gestão. (SEVERINO, et al., 2010)

os enfermeiros e se sentem encorajadas para colocarem questões o que, notoriamente as tranquiliza bem como à família.

Uma das maiores preocupações da pessoa é a de não poder falar, quando está entubada endotraquealmente, pois a impossibilidade de comunicar através de linguagem verbal, coloca-a numa posição de desvantagem não só por não conseguir fazer perguntas, como também por não conseguir partilhar preocupações e receios.

A comunicação também é inibida pelo ambiente, como as luzes intensas, os ruídos, os sinais de agitação, que perturbam e intimidam a pessoa e família, causando-lhes um grau de ansiedade elevado. Uma vez mais, a pesquisa bibliográfica foi de extrema importância para enriquecer e desenvolver a minha capacidade de comunicação.

Suportado em Phaneuf (2005), que faz uma abordagem sistematizada da comunicação e o estabelecimento da relação de ajuda, fiquei desperto para a avaliação dos recursos comunicacionais da pessoa, dos recursos que a equipa, e eu, apresentamos para comunicar em ambiente de cuidados intensivos. Procurei começar por este, limitando a utilização de luzes intensas, sempre que possível, pese embora o facto de, na UCIP, se utilizarem luzes de teto fluorescentes, o que limita a redução de intensidade.

Como recursos facilitadores da comunicação a equipa está desperta para a linguagem não-verbal fazendo uso do “quadro mágico”, a aplicação de um brinquedo de criança a uma situação de elevada vantagem para a comunicação e estabelecimento da relação Enfermeiro-Pessoa doente. Os profissionais de enfermagem, para comunicarem eficazmente com as pessoas doentes e famílias, necessitam para além do conhecimento das técnicas de comunicação, de desenvolver competências no domínio da relação de ajuda e de uma observação cuidada.

Aspeto importante desta relação centra-se na abordagem da família. A apresentação do enfermeiro enquanto elo de ligação entre a instituição e a pessoa e família, e a oferta da disponibilidade para esclarecimento de dúvidas o resposta a questões, está constantemente presente, na filosofia da prestação de cuidados desta equipa.

Digo prestação de cuidados e não cuidar, porque o aspeto cultural, embora fosse uma preocupação evidenciada pelos profissionais em conversas informais e depois reforçada essa preocupação pelo orientador de estágio, muitas dúvidas existiam nos cuidados culturalmente congruentes.

Faço uma pausa na descrição das atividades, neste momento importa referir que o Hospital de São José é unidade de referência, pela área de residência, a várias comunidades que vivem em Lisboa, tais como Asiáticos de vários grupos étnicos e raças, Africanos, de vários pontos de África, grupos oriundos da Europa do Leste, do Brasil e uma forte representação da comunidade Cigana.

Esta diversidade é ainda enriquecida pelo facto do hospital, pela diferenciação das suas valências, servir de referência a outras unidades de saúde da Grande Lisboa e a Sul do Rio Tejo (Direção Geral de Saúde, Direção de Serviços de Planeamento Rede Hospitalar de Urgência/Emergência, 2001). Esta circunstância faz com que receba pessoas e

famílias em situação crítica, de várias nacionalidades, oriundas de vários locais da região Sul de Portugal.

De volta à equipa de enfermagem e às preocupações, evidenciadas sobre os aspetos culturais que, pela descrição nos dois parágrafos anteriores tem fundamentação óbvia, reforço o facto de ser preocupação dos enfermeiros em prestar cuidados culturalmente congruentes, quando perceberam que a prestação de cuidados transculturais à pessoa em situação crítica era a linha orientadora da minha presença naquele estágio.

Neste contexto propus-me a elaborar um «guia cultural» (apêndice II), o qual não pretende ser uma linha condutora de cuidados, nem procura saber qual a perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura. O objeto da sua elaboração reteve-se no levantamento de características de algumas culturas diferentes, enquadrando-o na base concetual metaparadigmática comum ao enfermeiro, ou seja no nível mais abstrato do conhecimento que integra a Saúde, a Pessoa, o Ambiente e a Enfermagem. (TOMMEY, et al., 2004 p. 6).

As culturas referenciadas dizem, genericamente respeito às mais identificadas em Portugal.

A cultura Africana deveria ter sido alvo de exploração, mas a sua heterogeneidade e dimensão é inversamente proporcional à bibliografia existente sobre os domínios abordados.

A cultura Cigana, recheada de misticismo, patente na pesquisa efetuada, também possui algumas lacunas de informação. Não foi possível abordar com precisão a perceção sobre transfusão de sangue e doação de órgãos, assim como as suas práticas populares. Acredita-se que hoje em dia o povo Cigano tem vindo a sofrer um processo de aculturação que faz cair muitos dos seus valores culturais (MENDES, 2000; FERNANDES, 2002).

No que diz respeito às restantes culturas pesquisadas, Árabe, Chinesa, Brasileira, estão presentes nas instituições de saúde de Portugal e é importante para compreender como se pode ser um “Enfermeiro Transcultural” percecionando a pessoa como culturalmente diferente, e não inferior. As diferenças culturais apresentadas devem ser utilizadas como referência para a construção de estratégias de abordagem global da pessoa.

A curiosidade da afirmação anterior poderá estar na presença da pessoa Chinesa hospitalizada, já que não é um facto muito comum, embora o impacto da comunidade Chinesa em Portugal seja evidente, a avaliar pelo número de estabelecimentos: cerca de 300 restaurantes, quase 500 armazéns e entre 4.000 e 5.000 lojas. (Jornal de Noticias, 2009). Na realidade a forte influência da Medicina Tradicional chinesa parece afastar muitas pessoas desta comunidade, da medicina convencional. (PURNELL, et al., 2010)

Contudo no levantamento que efetuei (anexo IV) da permanência de comunidades estrangeiras internadas na UCIP do Hospital de São José, no período de 01/01/2011 a 09/12/2011, verifiquei a presença de uma pessoa Chinesa (tabela 1).

Nacionalidade	Mês												Total	Média
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez		
Angola				1	1		1	1		2			6	1,2
Brasil		1				1		2		1		1	6	1,2
Cabo Verde		1	2						1		1	4	9	1,8
China	1												1	1
Congo		1									1		2	1
Espanha			1										1	1
França										1			1	1
Guiné-Bissau										1	1		2	1
Índia		1		1									2	1
Itália			1										1	1
Luxemburgo				1									1	1
Moçambique							1			1	1		3	1
Nova Zelândia						1			2				3	1,5
Reino Unido										1			1	1
República Moldávia	1				1								2	1
São Tomé e Príncipe						1				1			2	1
Turquia							1						1	1
Ucrânia						1							1	1
Total por mês	2	4	4	3	2	4	3	3	3	7	5	5		

Média por mês 3,75

Percentagem de cidadãos estrangeiros 12,53

Total de internamentos em 2011 no período 1/01/2011 a 19/12/2011 359

Média de cidadãos estrangeiros 2,5

Total de estrangeiros 45

Tabela 1: Distribuição de cidadãos estrangeiros internados na UCIP no período 01/01/2011 a 19/12/2011¹

Nesta apresentação de dados, é ainda possível constatar a prevalência dos indivíduos de origem Africana, contudo pelas razões apresentadas esta pessoa não foi abordada ao longo do guia cultural.

De forma a enriquecer a sistematização dos hábitos e costumes das culturas abordadas, estabeleci ao longo do «guia» um paralelismo do cuidar cultural congruente do Modelo do Sol Nascente de Madeleine Leininger, que representa esquematicamente a sua Teoria da Universalidade do Cuidar (2001) e alguns domínios culturais subjacentes ao modelo de Competência Cultural de Purnell. (2010)

De forma a sistematizar a leitura do «guia» e a evidenciar os principais domínios nos quais o enfermeiro poderá reter a sua atenção, de forma a otimizar o seu cuidar culturalmente sensível, elaborei um plano em forma de póster (apêndice III) que abordou os domínios preconizados no Modelo de Competência Cultural de Purnell (PURNELL, et al., 2010 p. 24)

Os domínios do Modelo, segundo o autor, são comuns e estão presentes em todas as culturas. Eles interrelacionam-se e têm implicações para a saúde, a sua estrutura objetiva pode ser utilizada em contexto empírico.

¹ Fonte: (Centro Hospitalar de Lisboa Central, 2012)

O póster apresenta quarenta e seis aspetos que abordam todos os domínios à exceção da “Gravidez e práticas de nascimentos anteriores”, já que este não se aplica à realidade da UCIP.

Para responder às questões o enfermeiro têm de analisar alguns dados culturais, construindo um raciocínio e obtendo as respostas numa atitude de introspeção, poderá adotar, modificar ou rejeitar as intervenções para que o seu Cuidado à pessoa e família seja culturalmente congruente e sensível.

Em relação ao segundo objetivo traçado:

- **Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais em relação à pessoa em situação crítica no contexto de UCI.**

As atividades que preconizei estão mais centradas numa perspetiva de enriquecimento instrumental, apoiando-me na diferenciação de intervenções inerentes ao ambiente de cuidados intensivos, sem contudo esquecer a perspetiva holística do cuidar, tal como alerta Collière (1999 p. 269) “a utilização de instrumentos e de técnicas exige não ser dissociada do suporte relacional que lhe confere todo o seu significado”.

As atividades de consulta bibliográfica e conhecimento dos protocolos do serviço foram sendo realizadas de forma contínua ao longo do período de estágio.

No âmbito desta fase do relatório gostaria de reter mais a atenção sobre o aspeto da Avaliação da Dor.

Conforme manifesta a Ordem dos Enfermeiros (2008), o controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde, por esta razão, a Direcção-Geral da Saúde institui a dor como quinto sinal vital. (2008 p. 9).

A dor é uma realidade filosoficamente imperfeita. Admitimos a sua existência quando se passa connosco e acreditamos na que os outros nos comunicam.

O conceito de dor, hoje mundialmente usado, é o da *International Association for the Study of Pain* (IASP) e concetualiza a dor como uma “Experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano presente ou potencial, ou descrita em termos de tal dano” (IASP, 2011)¹. Este conceito avança na direção de admitir que a dor é uma experiência única e individual, modificada pelo conhecimento prévio de um dano que pode ser existente ou presumido.

Neste sentido a dor, para algumas culturas, como a asiática e algumas fações muçulmanas mais fundamentalistas, também pode ser associado à penitência de culpa ou ser parte natural de uma doença, não podendo ser tratado com sucesso, o que pode inibir a pessoa de se queixar.

¹ http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Defi...isplay.cfm&ContentID=1728#Pain

Portanto, admitir a importância do alívio da dor, desde o início do tratamento de uma doença até as últimas horas de vida é condição fundamental para todos os profissionais de saúde.

O conhecimento e reconhecimento precoce da dor implicam uma avaliação sistemática deste parâmetro a par dos restantes sinais vitais. Para Pimenta (1999), a avaliação psicológica da pessoa com dor deve identificar na queixa dolorosa, além das características tais como localização, duração, intensidade, também fatores emocionais, comportamentais e culturais envolvidos na sintomatologia da dor, ou seja, "os objetivos da avaliação são estabelecer os elementos determinantes ou contribuintes para o quadro, aquilatar as limitações e os sofrimentos advindos da dor, nortear a escolha das intervenções analgésicas e verificar efetividade das intervenções implementadas" (p. 24).

Na UCIP de forma a manter a avaliação da Dor preconizam-se duas escalas:

As Escala de Estimativa Numérica (*Numeric Rating Scale* - NRS) - neste instrumento as pessoas avaliam a sua dor com base numa escala de 0 a 10 com o «0» (nenhuma dor» e «10» (a pior dor imaginável). Sousa e Silva (2005) sugerem a utilização dessa medida, para avaliação dos níveis de intensidade de dor durante todo o processo de internamento, desde que seja possível obter a colaboração da pessoa.

A outra escala utilizada e mais adequada na pessoa que não pode comunicar, como é o caso daquela que está conectada a prótese ventilatória invasiva, é a Escala Comportamental da Dor (*Behavior Pain Scale* - BPS), baseada numa pontuação que soma três itens: a expressão facial, os movimentos de membros superiores e a adaptação à ventilação mecânica. (SESSLER, et al., 2012)

Com base na suposição de que existe uma relação entre a pontuação de cada item e intensidade da dor, o indicador de dor é pontuado de «1» (sem resposta) a «4» (resposta completa), com uma pontuação máxima de «12».

Com base nestas ferramentas a equipa da UCIP antecipa quadros álgicos e limita-os com recurso à terapêutica analgésica, mas também diminuindo os estímulos que promovem ansiedade e podem potenciar as situações de perceção de dor aumentada.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2008), o profissional deve prevenir e tratar a dor decorrente de intervenções de enfermagem e de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos.

A componente cultural tem grande importância no modo como a pessoa revela a sua dor. Os membros de alguns grupos étnicos têm uma maior tolerância do que outros e podem suportar o aumento dos níveis de um estímulo por mais tempo. A dor tem uma dimensão psicológica, social e espiritual, bem como dimensão física, portanto deste modo pessoas de diferentes culturas respondem de forma diferente à dor (PURNELL, et al., 2010).

Em culturas onde o estoicismo tem mais valor as pessoas tendem a evitar vocalizar gemidos ou gritar. Estas podem esforçar-se para manter os seus rostos "mascarados" sem demonstração externa de dor, de que é exemplo a pessoa de etnia asiática, que evita ser percebido como um fraco. (PESSOA, et al., 2006)

Outros grupos culturais tendem a ser mais expressivos sobre a dor. Eles aprenderam desde a infância que, quando se tem dor, a resposta apropriada é a gemer ou chorar.

A melhor forma do enfermeiro compreender esta diversidade de manifestações é através da aplicação das escalas de mensuração de dor, dando a percepção, o mais próxima possível da realidade, da dor sentida pela pessoa.

No âmbito da prestação de cuidados, a pesquisa bibliográfica efetuada e o conhecimento das principais necessidades da pessoa em situação crítica e internada na UCIP, permitiu-me uma fácil integração na equipa durante os cuidados à pessoa, abrindo espaço para conhecer os pontos fortes e as fragilidades do enfermeiro em cuidados intensivos, sobretudo numa temática com a qual sinto grande afinidade. Falo da componente de Emergência e Reanimação.

Na UCIP e porque toda a pessoa internada encontra-se em situação crítica, está sob uma vigilância intensiva e a ocorrência de paragem cardio-respiratória pode-se dizer que é uma condição expectável que, pela existência de todo o suporte vital subjacente, nem sempre é observada como uma situação de emergência.

As grandes determinantes da morte em cuidados intensivos são de facto a idade, um certo património genético que determina a violência e/ou eficiência com que cada um de nós responde às várias agressões a que é sujeito, como trauma, infeção, etc., e as doenças crónicas preexistentes à doença aguda (PONCE, 2002), isto é, fatores em que a equipa da UCIP pouco pode interferir ou influenciar.

Contudo a situação emergente pode surgir, na pessoa recém-chegada ainda em fase de avaliação, numa abordagem da via aérea avançada eletiva, mas que muda de natureza drasticamente, numa pessoa em período pós-operatório imediato, entre outras.

Para este contexto a UCIP possui um protocolo de intervenção da equipa de enfermagem na Reanimação. Deste fazem parte aspetos que vão desde a gestão dos carros de reanimação até à intervenção funcional de cada enfermeiro no momento de emergência.

Contudo, se outros protocolos são experimentados diariamente, contribuindo para a sua atualização, quer na perspetiva de norma escrita quer funcional, o protocolo de Reanimação não o é de todo, pela menor ocorrência desta situação.

A atualização bibliográfica e concetual está presente, mas será que a equipa de enfermagem tem contato suficiente com a condição de reanimação para responder de forma eficiente às solicitações?

Com base nesta questão equacionei e propus uma ação de formação onde prevalecesse a componente prática, a qual foi aceite com agrado pela enf.^a chefe e pelo enfermeiro orientador.

A ação de formação (apêndice IV) pressupôs uma abordagem das temáticas do algoritmo de Suporte Avançado de Vida preconizado pelo Conselho Europeu de Ressuscitação, introduzindo o conceito de Desfibrilhação, tendo sido também explanados os protocolos de administração de terapêutica em contexto de reanimação.

Com uma duração prevista de 120 minutos (apêndice V), compreendeu ainda uma componente prática com recurso ao método de simulação¹ com a participação ativa dos assistentes.

Esta ação ocorreu em dois momentos e em diferentes dias, mas com as mesmas características, possibilitando a frequência a de vinte enfermeiros num universo de quarenta. No momento, a opinião da assistência sobre a ação de formação foi consensual, quer na aplicabilidade quer na lacuna de conhecimento que importa colmatar, pelo que a enf.^a chefe solicitou a replicação até à totalidade dos elementos do serviço, e evidenciado pela solicitação da Enf.^a Chefe, para a replicação do momento até abranger a totalidade dos elementos do serviço.

Na minha opinião esta formação contribuiu para por em prática, de forma controlada, o protocolo de reanimação existente no serviço, observando as linhas orientadoras do Conselho Europeu de Ressuscitação e ratificadas pelo Conselho Português de Reanimação, identificando-se aspetos que carecem de melhoria como por exemplo o número de elementos presentes e a formação que o protocolo preconiza para cada um deles. Mas foi evidentemente útil, sobretudo para aumentar a autoconfiança do enfermeiro, a qual segundo Longarito (2002) é essencial para diminuir os níveis de *stress* presentes num momento de reanimação.

¹ Trata-se da teatralização de uma situação real ou inspirada na realidade e que pode ser explorada pedagogicamente. (<http://formacao.atwebpages.com>)

4. REFLETINDO AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

O conhecimento em enfermagem é socialmente construído no contexto das interações que acontecem entre o enfermeiro e a pessoa alvo do cuidar. É neste processo de construção de práticas de cuidados que se vão desenvolver os conhecimentos clínicos avançados.

Benner (2001) introduziu o conceito de “expert” (perito) como o enfermeiro que desenvolve capacidades e habilidades no tempo, a partir de uma base educacional assim como uma multitude de experiências profissionais.

Neste momento posso colocar a questão: “O que caracteriza um enfermeiro perito?”.

Para esta teórica, sustentada no Modelo de Aquisição de Competências de Dreyfus¹ e após uma versátil adaptação à enfermagem, um enfermeiro perito apresenta-se como o profissional que suporta a sua ação a partir da experiência e da compreensão intuitiva das situações; já não se baseia em princípios, regras ou linhas orientadoras para relacionar as situações com a sua ação. O seu desempenho é altamente fluido, complexo e eficaz.

Este enfermeiro procura nas experiências anteriores uma linha orientadora para a sua prestação em determinada situação, a qual deixa de perceber como peças que se interligam, para ter uma visão holística, o que lhe permite deixar de ser um espectador para passar a interveniente envolvido de forma ativa, na identificação das necessidades e no processo de resposta às mesmas.

Pelo exposto a experiência é, para Benner (2001), a pedra basilar de construção de um enfermeiro perito.

Neste contexto associo à minha experiência profissional no tempo, aquelas vividas nos campos de estágio, que se alimentaram de atividades com vista a cumprir objetivos, os quais competem para a minha aquisição de competências, enquanto enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica.

Numa linha orientada para o cuidar da pessoa em situação crítica em ambientes complexos e exigentes, culturalmente ricos, preconizei campos de estágio que dessem suporte às seguintes competências:

1. Aprofunda conhecimentos sobre cuidados à pessoa em situação crítica em contexto de urgência, num ambiente cultural distinto;
2. Toma decisões atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais, éticas e culturais;
3. Estabelece uma relação de ajuda, quebrando as barreiras da comunicação;

¹ Stuart Dreyfus e Hubert Dreyfus, um matemático e um filósofo, respetivamente, desenvolveram um modelo de aquisição de competências apoiado sobre o estudo de jogadores de xadrez e de pilotos de aviões, definindo cinco níveis de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. (BENNER, 2001 p. 43)

4. Aprofunda conhecimentos sobre comunicação em enfermagem;
5. Mantém de forma contínua o seu processo de autodesenvolvimento relacional e comunicacional;
6. Demonstra um nível de conhecimentos sobre comunicação e técnicas relacionais desenvolvidas;
7. Identifica a prestação de cuidados culturalmente sensível;
8. Desenvolve a relação de ajuda com a pessoa/família em situação crítica;
9. Demonstra conhecimento em técnicas facilitadoras à comunicação com a pessoa com barreiras linguísticas em contexto de UCI;
10. Faz a gestão adequada da dor da pessoa em situação crítica;
11. Identifica precocemente as complicações resultantes da instituição de protocolos terapêuticos complexos;
12. Identifica as várias modalidades ventilatórias na ventilação mecânica e quais os seus efeitos fisiológicos e emocionais na pessoa em situação crítica;
13. Presta cuidados à pessoa em situação crítica em tratamento com técnicas dialíticas;
14. Aprofunda conhecimentos em técnicas específicas de cuidados intensivos (sistemas de monitorização invasiva, não invasiva, técnicas dialíticas, técnicas invasivas e terapia nutricional);
15. Demonstra capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas;
16. Aprofunda conhecimentos sobre a gestão de situações de catástrofe ou multivítimas;
17. Identifica os vários tipos de catástrofe e implicações para o sistema integrado de emergência médica local;
18. Identifica os passos para a criação de um sistema de receção de multivítimas.
19. Presta cuidados objetivando a excelência da qualidade.

As competências que expectei desenvolver podem ser agrupadas em ganho de aptidões relacionais como a comunicação, desenvolvimento de estratégias para a relação de ajuda, cuidados de enfermagem culturalmente congruentes, e na obtenção de capacidades instrumentais para responder às necessidades da pessoa e família, em situação crítica, nas quais eu englobo o conhecimento e prestação de cuidados em ambiente de catástrofe/multivítimas.

A aquisição destas competências, procurei fazê-la à luz do Paradigma da Transformação, este paradigma perspetiva os fenómenos como únicos mas em interação com tudo o que os rodeia. Neste paradigma as mudanças ocorrem por fases de organização e de desorganização, mas sempre para níveis de organização superior (NEWMAN, 1992). Kérouac et al (1996) descrevem-no como um fenómeno único no sentido em que ele não pode jamais parecer-se totalmente com outro. Acrescentam que "é uma unidade global em interação recíproca e simultânea com uma unidade global maior, o mundo que o rodeia" (1996 p. 13)

É neste paradigma que a necessária visão global da pessoa se enquadra. É também nele que o conceito de “pessoa” enquanto foco de atenção dos cuidados de enfermagem toma corpo. Nesta perspectiva, os cuidados de enfermagem visam manter o bem-estar tal como a pessoa o define e pretende. Intervir significa “ser com” a pessoa, acompanhando-a nas suas experiências de saúde, ao seu ritmo e segundo o caminho que ela própria escolheu. O enfermeiro e a pessoa são parceiros nos cuidados individualizados (KÉROUAC, et al., 1996).

Ao longo da vida profissional sempre procurei desenvolver a minha forma de cuidar contudo hoje penso que sempre estive enquadrado numa filosofia de Prática Avançada de Enfermagem ao invés de Enfermagem Avançada, fazendo uso da distinção refletida por Silva (2007). Atualmente, durante a prestação de cuidados observo os conceitos de pessoa; ambiente; saúde e enfermagem de forma mais sustentada no que a investigação nos tem possibilitado. O olhar global para a pessoa é inerente à enfermagem mas a consciência do quão abrangente deve ser esse olhar só agora a possuo, atribuo esse ónus, à pesquisa bibliográfica, à exploração do conceito de Enfermagem Transcultural e ao crescente foco de atenção sobre o estabelecimento de uma relação terapêutica que se traduza num cuidar eficaz e de qualidade.

A integração do aspeto cultural na minha visão da pessoa em situação crítica permite-me lidar com pessoas de diversas culturas. Tenho a noção clara de que a cultura influencia de forma vinculada as respostas humanas e os padrões de vida.

Existem factos mundiais que marcam a integração desta forma de estar e que passa sobretudo pela abertura de fronteiras, que promove a troca de aspetos culturais, económicos e políticos (KÉROUAC, et al., 1996)

A prestação de cuidados de enfermagem, num ambiente transcultural, assumiu uma dimensão que superou as minhas expectativas. Na decisão de estagiar em Israel, estava implícito o contacto com outra cultura, mas o que se apresentou foi um alargado leque de hábitos, costumes, vestuário, crenças e sentimentos.

É impossível dizer que o “israelita” se caracteriza por algo específico. Essa generalização não é lícita e não pode ser objetivada sem deixar de fora algum facto pertinente que seja propriedade cultural de determinado grupo étnico, cultural ou religioso.

A presença dos aspetos analisados pela teoria de Leininger (1998 p. 33) tais como significados, expressões, símbolos, modelos e práticas dos cuidados culturais estão sempre, e na globalidade, presentes. À medida que vou conhecendo as formas de vestir, associando os nomes à nacionalidade, ou percebendo se a relação familiar de referência é matriarcal ou patriarcal, entre outros inúmeros aspetos, os cuidados que presto são, cada vez mais, culturalmente sensíveis.

De Israel trouxe o sentimento que, e citando Leininger (1998 p. 34) “Cada cultura humana tem os seus conhecimentos e práticas de cuidados genéricos (...) e, geralmente tem também conhecimentos e práticas de cuidados profissionais que variam transculturalmente”.

Esta experiência foi marcante em vários aspetos, mas na particularidade do estágio seguinte, foi um catalisador para estimular a equipa de profissionais de saúde da UCIP do Hospital de São José para as diferenças culturais e para a importância do Cuidar Culturalmente Sensível. Penso que através da elaboração do «Guia Cultural» e da sistematização da reflexão e autoquestionamento do enfermeiro que o póster propõe, deixei “ferramentas” que permitem ao enfermeiro da UCIP cuidar de forma culturalmente sensível.

A comunicação e a relação de ajuda e embora não fossem a linha norteadora do meu estágio, são aspetos fundamentais em enfermagem, portanto fez todo o sentido que, no decorrer das experiências clínicas, estes temas estivessem sempre presentes.

A comunicação afirma-se como importante para a eficiência dos cuidados de enfermagem, nestas experiências enriqueci a ideia de que “O que a palavra não quer revelar, os olhos, os tremores dos lábios e o tamborilar dos dedos comunicam-nos eloquentemente” (PHANEUF, 2005 p. 26).

Não digo que a forma como eu, agora, comunico ou que a relação de ajuda que estabeleço sejam melhores, afirmo sim, que me sinto mais confiante, mais competente perante a pessoa que cuido, sinto-me mais observador e situo-me frequentemente, nos resultados da pesquisa sobre estas temáticas. Posso considerar que fiquei mais capaz e mais fértil em formas de estabelecer contato e traduzir confiança no meu cuidar. Diria a título de exemplo que oiço a dificuldade respiratória e escuto a queixa “custa-me respirar!”, fazendo a analogia o que defende Lazure (1994 p. 15), “escuta não é sinónimo de ouvir”.

No global da minha presença, as questões de Madeleine Leininger (1998 p. 32): “Como é possível atingir eficácia, sucesso e profissionalismo sem conhecer e compreender pessoas de culturas diferentes?” Ou “como se pode ser um prestador de cuidados eficiente sem aprender a utilizar técnicas adequadas às mentalidades e expectativas de pacientes com as mais diversas culturas? Estiveram presentes e serviram de linha orientadora para uma prestação de cuidados culturalmente congruentes, tomando as minhas decisões à luz da teoria do “sol nascente” de Leininger, que nos capacita com três perspetivas de decisão: 1) preservação/manutenção dos cuidados culturais; 2) adaptação/negociação dos cuidados culturais; 3) remodelação/reestruturação dos cuidados culturais.

Também a dor, enquanto quinto sinal vital tem sido debatida e explorada, por diversas entidades, mas uma perspetiva cultural desta manifestação fica por vezes aquém da interpretação real.

As formas de mensuração são várias e todas com a sua aplicação mais ou menos assertiva permitem avaliar o nível de dor da pessoa.

Desta gestão da forma de estar perante a pessoa com dor, retenho que diferentes culturas têm formas distintas de demonstrar dor e que geneticamente a resposta ao analgésico poderá ser díspar.

Logo, perante estes dois factos, a mesma dose para níveis de dor iguais pode ter resultados diversos em povos desiguais.

Da mesma maneira formas de alívio da dor não terapêuticas também devem ser equacionadas e sobretudo exploradas, durante uma fase inicial da abordagem da pessoa. Lembro o exemplo da comunidade chinesa, que só recorre à medicina convencional quando a sua medicina tradicional nada mais tem para oferecer.

Especificamente, em contexto de cuidados intensivos, a pesquisa bibliográfica no âmbito da dor e a prestação de cuidados à pessoa e família, permitiram desenvolver estratégias de gestão deste fenómeno.

A identificação é de facto a fase de maior relevância, mas formas não farmacológicas de diminuir o quadro algico foram consideradas e utilizadas, a título de exemplo, deixo algumas das estratégias preconizadas pela equipa da UCIP para gestão da dor da pessoa internada: gestão eficiente dos alarmes dos monitores, individualizando-os para os padrões da pessoa naquela unidade do doente¹; diminuição de outras fontes de *stress* como conversas sobre o estado clínico da pessoa, mesmo que esta se encontre sedada; diminuição das fontes de luz direta e ajuste da luminosidade da sala de acordo com o ciclo circadiano; mobilização para diminuição das zonas de pressão cutânea; controle da temperatura da sala e/ou da unidade do doente; evitar mobilização desnecessária da pessoa através de um planeamento dos cuidados; evitar o desconforto promovido por traqueias, sondas e sistemas em tração permanente sobre a pessoa.

As competências de cariz técnico, sem querer promover dissociações e mantendo o conceito de cuidar holístico, podem ser consideradas em duas perspetivas: o que eu poderia obter e o que poderia oferecer ao local de estágio.

Em relação ao primeiro aspeto as competências no âmbito da pessoa e família em situação crítica, foram adquiridas prestando cuidados em situações de elevado nível de complexidade, quer seja em *Rambam* pela multiplicidade e frequência de situações de emergência, quer na UCIP do Hospital de São José pelo ambiente específico de cuidados intensivos. A utilização de protocolos terapêuticos complexos e a pessoa ventilada em prótese mecânica foram aspetos transversais, diferenciando no cariz da abordagem de módulo para módulo.

A capacidade de reagir perante situações complexas foi evidenciada, pelo convite da enf.^a chefe do departamento de emergência de *Rambam*, para constituir a equipa da reanimação, como enfermeiro N^o 2, durante a receção das situações na *Shock Room*. À partida não seria nada de novo atendendo à minha experiência em urgência, mas o facto de estar num ambiente onde o idioma diferente, com impossibilidade algumas das vezes de comunicar em inglês, o diferente método de trabalho e a elevada frequência de situações, davam a esta função um carácter exigente, ao qual acrescia a importância

¹ “A unidade de cada doente é constituída por uma cama hidráulica e elétrica, (...), um sistema de monitorização cardíaca e hemodinâmica, sistema de gases e aspiração por vácuo e de uma prótese ventilatória”. (GUERREIRO, 2011 p. 2)

desta “nomeação” ser algo de inédito no grupo de estagiários estrangeiros, segundo referiram elementos da equipa de enfermeiros do departamento.

O meu contributo para os locais de estágio prende-se, essencialmente, com a experiência enquanto enfermeiro de emergência e formador nos temas de Suporte Avançado de Vida e Trauma.

Em *Rambam* tive a oportunidade de colaborar num momento formativo nas instalações da *Magen David Adom*¹, esta ação foi dirigida ao grupo de Paramédicos em formação na unidade de Haifa, e foi solicitada a minha intervenção em bancas práticas de exame da vítima, pelo Paramédico Supervisor.

Ainda no campo formativo, as ações de formação preconizadas na UCIP, em plano de atividades, usufruíram das minhas aptidões e experiências de formador, permitindo ministrar conhecimentos teóricos e práticos, o mais próximo da realidade profissional dos formandos.

A prestação de cuidados em Emergência é suficientemente diferente, para que um enfermeiro que somente cuide em ambiente intra-hospitalar, se sinta desconfortável com o facto de ter de exercer a sua atividade desprovido dos recursos que normalmente tem à sua disposição, quer sejam materiais ou humanos. Exemplo desta situação foi um momento em que, em *Rambam*, decorrente das obras de construção das novas instalações do Departamento de Emergência um trabalhador sofreu uma queda em altura, ficando encarcerado num espaço confinado. A enf.^a que me orientava durante o turno, foi solicitada a dirigir-se ao local, com o mínimo de equipamento que incluía mochila de emergência e plano duro. No local, apesar a colega ser muito experiente na abordagem da pessoa crítica em contexto intra-hospitalar, solicitou o meu apoio, uma vez que desconhecia a forma de extrair o trabalhador. Assumi a liderança das técnicas e com recurso aos restantes trabalhadores, procedemos à imobilização e extração da vítima para a *Shock Room*. Gostaria de referir que, em Israel, todo o pré-hospitalar é absorvido pelas equipas de paramédicos não sendo, portanto, encontrada esta experiência junto de médicos e enfermeiros. Esta situação foi alvo de *Debriefing* em equipa com o enfermeiro Coordenador de Emergência, a Enf.^a Chefe do Departamento e do Diretor médico do *Shock Room*, identificando-se uma lacuna na formação de trauma, referente às técnicas de imobilização e equipamentos existentes. Foi efetuado relatório para o departamento de formação em trauma.

Com esta reflexão procurei sistematizar a mais-valia em competências que se verifica no fim das experiências vividas no estágio.

A escolha da traumatologia, sustenta-se na multidisciplinaridade, heterogeneidade da situação, da pessoa, e nesta, na faixa etária, género, personalidade, entre outros aspetos,

¹ *Magen David Adom*, ou o escudo vermelho de David, serviço nacional de ambulâncias de emergência médica, de Israel e serviço de banco de sangue). www.madais.org

aos quais tenho de associar o caráter emergente da súbita alteração da condição de vida da pessoa e as necessidades prementes que esta pode evidenciar.

A elaboração inicial do projeto possibilitou um olhar externo para o mesmo e compreender em que vertente se centrou esta etapa da minha formação. Efetivamente urgência/emergência e cuidados intensivos, não são de todas as áreas desconhecidas e novas para mim. No entanto, esta passagem com uma maturidade diferente e inerente a alguém que investe na sua formação e desenvolvimento profissional, permitiu ir além da componente técnica e relacional, de senso comum.

Fundamentei o meu cuidar na teoria, compreendi o necessário investimento na Enfermagem Transcultural enquanto requisito para a eficácia dos cuidados, expus-me a essa exigência, assim como à necessidade efetiva de comunicar eficazmente desenvolvendo a relação de ajuda, por vezes em ambiente onde a cultura poderia ser uma barreira.

Otimizei a minha autonomia e responsabilidade e conseqüente tomada de decisão procurando a excelência do Cuidado e fundamentando-o na evidência científica.

Não quis deixar de fora a necessidade do investimento no conhecimento técnico-científico, enquanto ferramenta para fazer face às necessidades mais exigentes da pessoa e família em situação crítica.

Na formação, investi nas áreas decorrentes das minhas atividades, umas onde eu próprio estava imbuído de conhecimento desenvolvido, outras onde a minha experiência profissional poderia ser uma mais-valia e foco de crescimento dos enfermeiros.

A gestão esteve sempre presente, fosse de cuidados, ou de recursos; a troca de ideias e conversas informais com as Enf.^{as} Chefes dos serviços e o conhecimento da organização dos mesmos, foram vantagens subliminares à elaboração do projeto inicial.

Destas várias fontes de conhecimento compreendi a necessária dinâmica a uma gestão competente e liderante.

Numa opinião pessoal a ambição máxima de qualquer enfermeiro, e sobretudo de um enfermeiro especialista, deve ser tornar-se perito em utilizar-se a si próprio, na plenitude do seu ser e conhecimentos, como instrumento de intervenção terapêutica, desenvolvendo uma perceção muito fina e uma apurada intuição, com vista a responder adequadamente às necessidades das pessoas, em cuidados de enfermagem.

4.1. ANÁLISE S.W.O.T¹

Neste ponto farei a análise S.W.O.T, esta preconiza que se reflita sobre diversos fatores que nos influenciam, como as forças externas ou macroambientais (econômicas, socioculturais, tecnológicas) e num nível mais individual, as forças microambientais (formação, experiência, conhecimentos, capacidade de aprender, personalidade, aspetos

¹ O termo SWOT é uma sigla oriunda do idioma [inglês](#), e é um [acrónimo](#) de Forças (Strengths), Fraquezas (Weaknesses), Oportunidades (Opportunities) e Ameaças (Threats). (WIKIPÉDIA, 2012)

financeiros). Como cada um tem sonhos, pensamentos diferentes, todos esses fatores causarão impactos distintos sobre cada pessoa.

Embora seja um conceito oriundo das ciências da Gestão, como estratégia para aumentar a sua capacidade competitiva, é possível adaptar esta introspecção à pessoa. Neste caso ao enfermeiro, contribuindo para o crescimento do profissional e da qualidade da prestação de cuidados.

Através da análise S.W.O.T é possível identificar fatores internos que influenciam a pessoa que são os pontos fortes e fracos, bem como os fatores externos que são as oportunidades e ameaças que pode enfrentar no ambiente em que presta cuidados.

Esta é uma excelente forma de construir uma nova visão, de o profissional se conhecer melhor e assim poder desenvolver de forma mais eficiente o seu potencial.

Quadro 1 – Análise S.W.O.T

FATORES INTERNOS	
Pontos Fortes	Pontos Fracos
<ul style="list-style-type: none"> • Experiência profissional acumulada ao longo de vários anos, com a pessoa em situação crítica, em ambiente de urgência/Emergência; • Capacidade de trabalho em equipa; • Experiência na gestão de equipas; • Experiência na prestação de cuidados, culturalmente diferentes, decorrente da atividade enquanto enfermeiro militar; • Experiência como formador em Reanimação, onde habitualmente se percebe a ausência de conhecimentos, pela dificuldade na experimentação dos protocolos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Muitos anos de prestação de cuidados dirigidos aos sinais e sintomas, privilegiando o corpo-objeto; • Poucos conhecimentos, sobre as teóricas de enfermagem e seu trabalho desenvolvido; • Pouca consciência da integração de conhecimentos teóricos de enfermagem na prestação de cuidados no dia-a-dia.

FATORES EXTERNOS	
Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none"> • Integração consciente das teorias de enfermagem na prestação de cuidados; • Integração consciente das técnicas para o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz; • Prestação de cuidados culturalmente sensíveis; • Enriquecimento contínuo, através da pesquisa bibliográfica, sobre a abordagem das diferentes culturas e influência na relação terapêutica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Predisposição da prestação de cuidados, em emergência/urgência, para o foco nos sinais e sintomas, e a pessoa como corpo-objeto; • Tempo de permanência junto da pessoa em situação crítica, dificulta o estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança; • Dificuldade em estimular a restante equipa para as diferenças culturais e a sua consequência na prestação de cuidados culturalmente sensíveis; • Consciencializar os profissionais de saúde para a existência do Etnocentrismo durante a prestação de cuidados.

5. CONCLUSÃO

Concluo, olhando de forma crítica para o exposto, o que penso ter traduzido, a forma positiva em que desenvolvi esta etapa de crescimento profissional.

Quando elaborei o projeto inicial de estágio e preconizei algumas atividades que estavam fora da minha perspectiva profissional há muito tempo, tais como Comunicação, Relação de Ajuda e Transculturalidade, não querendo com isto dizer que não estivessem presentes na minha prestação de cuidados, mas tal acontecia de modo não fundamentado, apenas recorrendo a poucos conhecimentos oriundos da formação inicial, senti alguma ansiedade, uma vez que estava a sair da minha área de conforto (a urgência e emergência), para áreas que necessitavam de um evidente investimento quer académico quer pessoal.

Aceitei o desafio e iniciei um processo de autorreflexão com algumas persistentes questões essencialmente em torno das vantagens para a pessoa e família em situação crítica, em ser um enfermeiro menos relacional e mais interventivo tecnicamente, ou pelo contrário um profissional que se preocupe em “estar” com a pessoa deixando as intervenções mais técnicas para um profissional mais “habilitado”.

A óbvia resposta está no equilíbrio, o qual passa por compreender as necessidades da pessoa e priorizá-las em contexto. Por vezes a intervenção técnica assume-se como primária, como por exemplo a pessoa em choque hipovolémico, mas o aspeto relacional está imediatamente presente, estabelecendo uma relação de confiança com a pessoa, minimizando a sua ansiedade e conseqüentemente reduzindo o trabalho cardíaco obtendo benefícios fisiológicos e vitais.

Os cuidados de enfermagem culturalmente sensíveis, à pessoa e família em situação crítica, constituíram a linha central de orientação para a progressão nas atividades, desenvolvendo competências relacionais e instrumentais.

A cultura como fonte de influência nas expressões humanas e padrões de vida está sempre presente, embora por vezes só se faça notar quando nela falamos ou então por algum sentimento mais evidente demonstrado pela pessoa. De facto a cultura interfere com o planeamento da prestação de cuidados que o enfermeiro faz, denunciando se um dado cuidado é pouco congruente com a cultura da pessoa que dele necessita.

O conceito de Cultura em si próprio, tem sido algumas vezes incompreendido ou mesmo usado de forma errada. Por exemplo, as culturas nunca são homogêneas e assim, deve-se evitar usar generalizações ao explicar as crenças e os comportamentos das pessoas. Não se pode fazer concetualizações amplas sobre os membros de qualquer grupo humano sem levar em conta o fato de que as diferenças entre os membros do grupo podem ser tão marcantes como aquelas entre os membros de diferentes grupos culturais.

Este fenómeno e o reflexo que pode ter na forma de se cuidar são amplamente abordados no conceito de Enfermagem Transcultural de Madeleine Leininger, que considera que cuidados de enfermagem culturalmente orientados contribuem para o bem-estar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade. O desenvolvimento deste conceito ao longo das minhas experiências clínicas foi sendo alimentado pela observação das diversas culturas e pela identificação das necessidades inerentes a cada uma. A divulgação deste achado ficou patente na elaboração de um documento que congregou as diferenças culturais e a forma como podem ser inferidas nos cuidados. Junto deste espólio, na UCIP do Hospital de São José ficou ainda um póster, o qual estimula a autorreflexão sobre o cuidado culturalmente competente e levanta a ponta do véu para que o enfermeiro procure um cuidado eficaz e verdadeiramente holístico, atento às diferenças culturais.

No que diz respeito à gestão de cuidados e inerente à sua eficácia, está a Comunicação e a Relação de Ajuda que, como referido, não foram a linha condutora do estágio, mas incorporam o quadro concetual da enfermagem observado por várias teóricas da disciplina. Neste contexto, considere importante abordar neste documento a sua importância bem como enunciar algumas ações promotoras de comunicação terapêutica, com vista a manter sua prática junto de todos os elementos da equipa de enfermagem, tais como adotar e incentivar alternativas à comunicação verbal; demonstrar disponibilidade, atenção e paciência na perceção da comunicação não-verbal expressa; informar e dar explicações relativamente ao estado de saúde da pessoa em situação crítica, tratamentos a efetuar; utilizar ações que fomentem a humanização e personalização dos cuidados como a presença autêntica, o toque, a escuta ativa, ausência de julgamentos, humor terapêutico e tratar a pessoa pelo nome.

O cuidar, enquanto fenómeno holístico, foi alcançado quando integrei na minha presença em frente à pessoa e família, conceitos de religião, crenças, parentesco, tecnologia, economia, sociedade e política, aos quais associei a proficiência técnica adquirida nos anos de experiência, nas novas vivências e na pesquisa bibliográfica.

A formação é um aspeto pelo qual nutro simpatia particular. Foi enriquecedor e de certa forma facilitador de integração nas equipas, poder promover momentos formativos em áreas de necessidade premente como a reanimação e compreender a receptividade positiva dos formandos.

A gestão foi subtil na sua presença, contudo evidencio um aspeto que considero de grande importância e que diz respeito ao Enfermeiro Coordenador de Emergência, em *Rambam*, que tem um papel fundamental na gestão da pessoa em situação crítica dentro da instituição hospitalar, organizando a prestação de cuidados multidisciplinares, traduzindo elevado conforto para a pessoa e família, enquanto elo de ligação entre as várias entidades que concorrem para o tratamento, uma competência que o enfermeiro em Israel reúne nas demais, com impacto social e político.

As competências desenvolvidas permitiram compreender que, mesmo na área que me foi creditada (Emergência Pré-Hospitalar) os aspetos inerentes à prestação de cuidados

eficazes e competentes estão presentes. Não é facto inusitado a abordagem de vítimas em bairros sociais onde coabitam as várias etnias, com crenças e valores diferentes, por vezes contraditórias e geradoras de conflito, exatamente pela falta de consciência de “o Outro é diferente e não inferior”. Num outro polo da estigmatização social, a intervenção junto da pessoa de classe social diferenciada, com iguais crenças, mas valores culturais manifestados de forma diferente, onde provavelmente a dor é “contida” pelo *status* social. Continuando a esmiuçar esta aplicabilidade dos conceitos de Leininger, Phaneuf, Watson, Lazure entre outros, à Emergência Pré-Hospitalar, evidencio a presença do enfermeiro de Emergência Médica em atividades de contexto internacional e missões humanitárias onde decerto a experiência transcultural face à pessoa em situação crítica é uma constante.

A heterogeneidade de população que a Emergência Pré-Hospitalar serve é o melhor exemplo da Universalidade e Diversidade do Cuidar que Leininger defende, mas para isso o enfermeiro nesta tão específica “enfermaria”, também tem de compreender o Outro como diferente e respeitar, escutar, conhecer as manifestações específicas de dor, a forma de luto, a recusa alimentar, a necessidade de cumprir o momento religioso, entre inúmeros outros aspetos.

A “escola” fornece ao enfermeiro um leque de conhecimentos que lhe permitem adquirir as competências básicas para iniciar o seu percurso profissional, no entanto, é a ele que cabe a responsabilidade de aprender encetando, desde o início da sua formação, um processo de autoconhecimento e autodesenvolvimento pela análise reflexiva sobre os seus valores, conhecimentos e fragilidades a fim de as colmatar.

As crenças e valores, de cada parte, interagem e refletem-se em atitudes e comportamentos. Como enfermeiro reconheço, agora, que os comportamentos e atitudes são uma pedra angular da profissão, influenciados pelo território institucional e pelo sistema de hábitos e valores tecnológicos, económicos, sociais e, até, jurídicos que o meio institucional segrega e gere.

Em antecipação à pergunta se sou um enfermeiro mais competente? A afirmação é objetivamente que sim, mas acrescento à competência, a congruência e a experiência e a esta última o que agora posso fazer com ela. Ou seja, refletir de forma crítica sobre os fenómenos observados e integrá-los na prática estabelecendo relações interpessoais à luz de lógicas defendidas em teorias de enfermagem, e em evidências científicas, desenvolvendo a tomada de decisão e atingindo o nível de competência esperado para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

6. BIBLIOGRAFIA

ADAM, Evelyn. 1994. *Ser Enfermeira*. Lisboa : Instituto Piaget, 1994. 978-9729-2958-67.

ADMI, Hanna, EILON, Yael e HYAMS, Gila. 2011. Management of Mass Casualty Events: The Israeli Experience. *Journal of Nursing Scholarship*. 43, 2011, Vol. 2, World Health, pp. 211-219.

ALARCÃO, I. e TAVARES, J. 2003. *Supervisão da Prática Pedagógica. Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem*. 2ª. Coimbra : Almedina, 2003. 978-97240-185-22.

ALMEIDA, Eduardo, MOREIRA, Pedro e PÓVOA, Pedro. 1999. Métodos dialíticos em cuidados intensivos . *CIMC*. [Online] UNINET.EDU, 1999. [Citação: 30 de Março de 2012.] <http://www.uninet.edu/cimc99/mesas/dialisis/medialuci.htm>.

American College of Surgeons Committee on Trauma. 2008. *Advanced Trauma Life Support*. United States of America : American College of Surgeon, 2008. 978-1-880696-31-6.

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS. 2003. *Task Force on Difficult Airway Management. Practice guidelines for management of the difficult airway*. New York : AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS, 2003. pp. 1269-77.

Antioxidant vitamins levels--nutrition and smoking. **VALACHOVICOVA, M, et al. 2003.** 12, s.l. : Bratislavske Lekarske Listy, 2003, Vol. 104, pp. 411-414.

ARDÉVOL, Elisenda. 1994. *Vigencias y cambio en la cultura de los gitanos*. Madrid : Alianza Editorial, 1994.

ARON HELLER, Associated Press. 2006. Hezbollah rockets kill 15 in northern Israel. *Chron.com*. [Online] 05 de Agosto de 2006. [Citação: 20 de Janeiro de 2012.] <http://www.chron.com/news/nation-world/article/Hezbollah-rockets-kill-15-in-northern-Israel-1671931.php>.

BAILE, Walter, BUCKMAN, Robert; LENZI, Renato; GLOBER, Gary; BEALE, Estela; KUDELKA, Andrzej. 2012. SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*. [Online] 2012. [Citação: 20 de Fevereiro de 2012.] <http://theoncologist.alphamedpress.org/content/5/4/302.full#sec-13>.

BARRADAS, Alexandra, RODRIGUES, João e PEREIRA, Maria Adelaide. 2009. O cuidar multicultural como estratégia no futuro. *Nursing edição Portuguesa*. 252, 17 de dezembro de 2009.

BEN-BARAK, Shay, INSELBUCH, Michal; HYAMS, Gila; STRAUCHER, Zvi; MICHAELSON, Moshe; GOPHER, Daniel. 1999. *Teamwork in a Complex System, an analysis of a hospital Shock-Trauma unit*. Linköping : s.n., 1999.

BENNER, Patricia. 2001. *De Iniciado a Perito*. Coimbra : Quarteto Editora, 2001. 972-8535-97-X.

BODNER, A e LEININGER, M. 1992. *Transcultural Nursing Care Values, Beliefs and Practices of American (USA) Gypsies*. s.l. : J. Transcult. Nurs, 1992. pp. 17-28. Vol. 4.

BRAGA, Cristiane Giffoni. 1997. ENFERMAGEM TRANSCULTURAL E AS CRENÇAS, VALORES E PRÁTICAS DO POVO CIGANO. *Rev.Esc.Enf.USP*. 3, Dezembro de 1997, Vol. 31, pp. p. 498-516.

BRASILESCOLA. 2012. Religião. *Brasil Escola*. [Online] Brasilescola.com, 2012. [Citação: 28 de Janeiro de 2012.] <http://www.brasilescola.com/religiao/>.

BUCKMAN, Robert. 1992. *How to Break Bad News: a guide for Health Care Professionals*. baltimore : The Johns Hopkins University Press, 1992.

BUTTS, Janie e RICH, Karen. 2011. *Philosophies and Theories for Advanced Nursing Practice*. USA : Jones & Bartlett Learning, 2011. 978-443-5000.

Câmara Municipal de Mirandela. 2011. A Cultura Cigana. *Município de Mirandela*. [Online] Câmara Municipal de Mirandela, 2011. [Citação: 29 de Janeiro de 2012.] <http://www.cm-mirandela.pt/index.php?oid=3907>.

CARVALHAIS, Maribel. 2006. Dissertação de Mestrado. *Relação Enfermeiro-Idoso: valores e crenças*. Aveiro : Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro, 2006. Geriatria / Gerontologia / Enfermagem / Envelhecimento / Cuidados de enfermagem .

Centro Hospitalar de Lisboa Central. 2012. Missão, Visão, Valores. *O Centro Hospitalar de Lisboa Central*. [Online] www.acessibilidade.net, 2012. [Citação: 30 de Março de 2012.] http://www.chlc.min-saude.pt/Centro_Hosp/MissaoValores/?sm=1_0.

CHIAVENATO, Idalberto. 2006. *Recursos Humanos - O Capital Humano das Organizações*. 8ª. São Paulo : Editora Atlas S.A, 2006. 85-224-3873-0.

—. **2005.** *Administração de Materiais: uma Abordagem Introdutória*. São Paulo : Campus, 2005. 8535218734 .

COLLIÈRE, Marie-Françoise. 1999. *Promover a Vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa : Lidel Edições Técnicas, 1999.

DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS. 2011. dst-aids-hepatites virais. *aidsbrasil.com informação e prevenção*. [Online] ministério da saúde, 2011. [Citação: 28 de janeiro de 2012.] <http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>.

DESPACHO Normativo nº 46. 2005. Regulamento Interno do Pessoal do Instituto Nacional de Emergência Médica. *Diário da República*. 201, 19 de Outubro de 2005, Vols. I-B, Conteúdo funcional específico das carreiras e categorias, p. 6104.

Direção Geral de Saúde. 2011. Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). *Orientação da Direção Geral de Saúde*. Lisboa : DGS, 2011. Vol. 017/2011.

—. **2010.** *Elementos Estatísticos, informação geral*. LISBOA : DGS, 2010. 0872-1114.

—. **2003.** *A Dor como 5º sinal vital, registo sistemático da intensidade da Dor*. Lisboa : DGS, 2003. Vol. 09/DGCG.

Direção Geral de Saúde: Direção de Serviços de Planeamento Rede Hospitalar de Urgência/Emergência. 2001. *Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência*. Lisboa : MaiaDouro, 2001. 972-8425-99-X.

DIREITOS HUMANOS. 2005. Quem é o Povo Cigano? *Direitos Humanos*. [Online] Joomla!Art.com, 2005. [Citação: 29 de Janeiro de 2012.] http://www.direitos.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=638&Itemid=25.

Eight International Seminar on Developing and Organizing a Trauma System. **THE TEACHING CENTER FOR TRAUMA EMERGENCY AND MASS CASUALTY SITUATIONS. 2011.** Haifa : Rambam Health Care Campus, 2011.

ESCOLA DE MEDICINA ORIENTAL E TERAPÊUTICAS. 2010. Medicina Chinesa. *EMOT*. [Online] Micro Arte, 2010. [Citação: 28 de Janeiro de 2012.] <http://www.medicinachinesapt.com/index.html>.

ESTRELA, A., CANÁRIO, R. e FERREIRA, J. 1995. *Formação, saberes profissionais, volumes de trabalho*. Lisboa : Afirse, 1995.

FERNANDES, João. 2002. *O Doente de Etnia Cigana*. s.l. : Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2002. 972-98149-4-5.

FERNANDES, António Teixeira. 2006. *Institucionalização e desinstitucionalização da vida social*. Porto : Afrontamento, 2006. pp. 20-50. 978-972-3608-30-4.

GALVÃO, Crisitina, TREVIZAN, Maria e SAWADA, Namie. 1998. A Liderança do Enfermeiro no século XXI: algumas considerações. [Online] 1998. [Citação: 20 de Fevereiro de 2012.] <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/446.pdf>.

GARCIA, P. 1995. *O Padre Cigano*. Belo Horizonte : Fumarc, 1995.

GIGER, Joyce Newman e DAVIDHIZAR, Ruth. 2002. The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model. *Journal of transcultural nursing*. 2002, Vol. 13, 3, pp. 185-188. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16704190>.

Gonçalves, Luis. 2011. *A Transculturalidade da Prestação dos Cuidados de Enfermagem*. Oeiras : s.n., 2011.

GREGG, K. e VANDEKIEFT, M. 2001. Breaking Bad News. *American Family Phisician*. [Online] American Academy FAmily Phisicians, 2001. [Citação: 20 de Fevereiro de 2012.] <http://www.aafp.org/afp/2001/1215/p1975.html>.

GUERREIRO, Maria Estela. 2011. Preparação da Unidade do Doente. *Normas e Procedimentos*. Lisboa : Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital de São José UCIP1, 2011.

GWINNUTT, Carl L. e DRISCOLL, Peter A. 2003. *Trauma Resuscitation, The Team Approach*. [ed.] Andrew Watts. 2ª. s.l. : BIOS Scientific Publishers Limited, 2003. 0-203-42785-8.

HAMAMY, H. e ALWAN, A. 2002. Hereditary disorders in the eastern Mediterranean region. *Bulletin of the world Health Organization*. 72, 2002, pp. 145-154.

HERSEY, P. e Ken, BLANCHARD. 1982. *Psicologia para Administradores: a teoria e as técnicas da Liderança Situacional*. São Paulo : Editora Pedagógica e Universitária, 1982. 85-12-66040-6.

HESBEEN, Walter. 2000. *Cuidar no Hospital*. Loures : Lusociência, 2000. 972-8383-11-8.

—. 1998. *Qualidade em Enfermagem*. Camarate : Lusociência, 1998. 972-8383-20-7.

HINOJOSA, J., et al. 2001. Team Collaboration: a case study of an early intervention team. *Qualitat Health Res*. 2001, Vol. 11.

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. 2009. O que é a Acreditação HAQU / Certificação ISO? *Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca*. [Online] Hospital Prof.

Doutor Fernando Fonseca, EPE, 2009. [Citação: 25 de Março de 2012.] http://www.hff.min-saude.pt/index.php/conteudo/politica-da-qualidade_10#29.

IASP. 2011. Pain. *IASP*. [Online] IASP, 04 de Julho de 2011. [Citação: 30 de Março de 2012.] http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Defi...isplay.cfm&ContentID=1728#Pain.

INEM. 2010. *Manual de VMER*. 3ª. Lisboa : INEM, 2010. p. 71.

—. **2009.** O INEM, Cronologia. *Instituto Nacional de Emergência Médica*. [Online] Slingshot, 2009. [Citação: 15 de Fevereiro de 2012.] <http://www.inem.pt>.

—. **2009.** SIEM. *Instituto Nacional de Emergência Médica*. [Online] Slingshot, 2009. [Citação: 10 de Março de 2012.] http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=28164.

—. **1991.** Protocolo entre o INEM, a Câmara Municipal de Cascais e o Hospital Distrital de Cascais. 1991.

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE. 2008. *Guia de Estágio*. Lisboa : Universidade Católica Portuguesa, 2008.

International Council of Nurses. 2006. *Dotações Seguras Salvam vidas*. Genebra : International Council of Nurses, 2006. 9295040449.

Jornal de Notícias. 2009. Comunidade chinesa tem 5000 lojas em Portugal. *Jornal de Notícias*. [Online] 08 de Fevereiro de 2009. [Citação: 20 de Março de 2012.] http://www.jn.pt/Paginalnicial/Sociedade/Interior.aspx?content_id=1138333&page=-1.

KÉROUAC, Suzanne, PEPIN, Jacinthe; DUCHARME, Francine; DUQUETTE, André; MAJOR, Francine. 1996. *El Pensamiento Enfermero*. Barcelona : MASSON S.A, 1996. 84-458-0365-4.

KNICKERBOCKER, I. 1979. *Liderança, um conceito e algumas implicações*. Rio de Janeiro : Fundação Getúlio Vargas, 1979.

KOHN, Michael, et al. 2007. *Israel & the Palestinian Territories*. China : Lonely Planet Publications Pty Ltd, 2007. 978-1-86450-277-0.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. 2000. *Sobre a Morte e o Morrer*. Brasil : Livraria Martins Fontes Lda, 2000.

KURCGANT, Paulina. 1991. *Administração em Enfermagem*. São Paulo : Editora Pedagógica e universitária Ltdª, 1991. 85-12-12470-9.

LAZURE, Hélène. 1994. *Viver a Relação de Ajuda*. Lisboa : Lusodiacta, 1994. 972-95399-92-3.

LEAL, Fátima. 2003. Transmissão de Más Notícias. *Revista Portuguesa de Clínica Geral - Dossier de Cuidados Paliativos*. 2003, pp. 40-44.

LEININGER, Madeleine. 2001. *Culture Care diversity and universality: a Theory of Nursing*. Canada : Jones and Bartlett Publishers Inc. and national League for Nursing, 2001. 0-7637-1825-4.

—. **1998.** Enfermagem Transcultural: Imperativo da Enfermagem Mundial. [ed.] Associação Portuguesa de Enfermeiros. *Enfermagem*. 2ª, 1998, Vol. 10, pp. 32-36.

—. **1988.** *Caring, an essential human need, proceedings of the three National Caring Conferences*. Detroit : Wayne State University Press, 1988. pp. 3-11. 0-8143-1993-9.

LEITÃO, Maria dos Anjos e FREDERICO, Manuela. 1999. *Princípios da Administração para Enfermeiros*. Coimbra : FORMASAU - Formação e SAúde Lda, 1999. 972-8485-09-3.

LONGARITO, Clementina. 2002. O ensino clínico: a importância da orientação e a construção do saber profissional. *Revista Investigação em Enfermagem*. Fevereiro de 2002, Vol. 5.

LOPES, José; SANTOS, Margarida; MATOS, Maria; RIBEIRO, Olivério. 2009. *Multiculturalidade, perspectivas da Enfermagem*. Loures : Lusociência, 2009. 978-972-8930-45-5.

MACEDO, Ana. 2000. *Os estágios dos estudantes de enfermagem enquanto actividade formativa em contexto hospitalar*. Lisboa : s.n., 2000.

MAHDI, AbdurRahman. 2011. The Religion of Islam. *www.islamreligion.com*. [Online] cooperative office for Dawha in Rawdah, 2011. [Citação: 24 de Janeiro de 2012.] http://www.islamreligion.com/pt/articles/454/viewall/#_ftn13529.

MARCELINO, Paulo; MARUM, Susan; FERNANDES, Ana; RIBEIRO, J. 2006. Técnicas Dialíticas Híbridas. *Acta Médica*. 19, 2006, pp. 275-280.

MATEUS, Bárbara. 2007. *Emergência Médica Pré-Hospitalar, Que Realidade*. Camarate : Lusodidacta, 2007. p. 242. 978-972-8930-33-2.

MENDES, Maria Manuela. 2000. Um olhar sobre a identidade e a alteridade: Nós, os Ciganos e os Outros, os Não Ciganos. *Actas do IV Congresso Português de Sociologia*. Lisboa : s.n., 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE BRASIL. 2009. Sala da Situação em Saúde. *Portal da Saúde*. [Online] Ministério da Saúde, Junho de 2009. [Citação: 28 de Janeiro de 2012.] <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm>.

NEWMAN, M. 1992. Prevailing paradigm in nursing. *Nursing Outlook*. 40, 1992, pp. 10-13.

NUGENT, Rachel. 2010. Chronic Diseases in Developing Countries. *www.cgdev.org*. [Online] 2010. [Citação: 10 de Março de 2012.] [htwww.cgdev.org/doc/.../Nugent_Annals_article/](http://www.cgdev.org/doc/.../Nugent_Annals_article/).

Nunes, Luísa. 2006. *Autonomia e responsabilidade na Tomada de Decisão de Enfermagem*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2006.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2010. Regulamento De Competências Específicas do Enfermeiros Especialista em Enfermagem em Pessoa Crítica. 2010, p. 26.

—. **2009.** *Modelo de Desenvolvimento Profissional*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2009. p. 45.

—. **2008.** *Dor- Guia Orientador de boa prática*. 1. Lisboa : DPI Cromotipo, 2008. Vol. 1. 978-972-99646-9-5.

—. **2007.** Enunciado de Posição. *Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-Hospital*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2007.

—. **2003.** Competências do enfermeiro de cuidados gerais. *Divulgar*. 2003, p. 24.

—. **2002.** *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2002.

PAPADOULOS, Irena. 2006. *Transcultural Health and Social Care, Development of Culturally Competent Practitioners*. [ed.] I Papadopoulos. 1ª Ed. s.l. : Churchill Livingstone, 2006. 978-0443-1013-11.

PARECER Conjunto Conselhos de Enfermagem e Jurisdicional. 2010. Condução de Viaturas Oficiais dos Serviços de Saúde por Enfermeiros. *Tomada de Posição*. Ordem dos Enfermeiros, 2010, Vol. 4.

PARECER nº 84/2008. 2008. Proposta de Criação do Técnico de Emergência Pré-Hospitalar. *Tomada de Posição*. Ordem dos Enfermeiros, 2008.

PESSOA, Renata, NÁCUL, Flávio e NÖEL, François. 2006. Evidências de como a Genética pode Influenciar a eficácia de Fármacos. *Infarma*. 10, 2006, Vol. 18, Farmacogenética e Farmacogenômica.

PHANEUF, M. 2005. *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Montreal : Lusociência, 2005. 978-972-8383-84-8.

PICKTHALL, M. 1977. *Then meaning of the glorious Qur'an*. Mecca : Muslim World League, 1977.

PIMENTA, C. 1999. Fundamentos Teóricos da Dor e de sua avaliação. [autor do livro] M. CARVALHO. *Dor: um estudo multidisciplinar*. São Paulo : Summus, 1999.

PONCE, Pedro. 2002. Cuidados Intensivos: O Paradigma da Medicina Tecnológica. *Análise Social*. 166, 2002, Vol. XXXVIII.

PRIBERAM. 2012. *Dicionário Priberam da Língua Portuguesa*. [Online] 2012. [Citação: 20 de Fevereiro de 2012.] <http://www.priberam.pt/dlpo/default.aspx?pal=eficiente>.

PURNELL, Larry e PAULANKA, Betty. 2010. *Cuidados de Saúde Transculturais*. 3ª. Amadora : Lusodidacta, 2010. p. 484. 978-989-8075-28-4.

Rambam, Nursing Direction of. 2011. Nursing Policy. 2011. Documento elaborado pela direção de Enfermagem distribuído aos alunos na insituição.

REPE. 1996. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. 1996.

ROEHRS, H. 2006. *As relações interpessoais entre professor e estudante adolescente sustentadas no referencial da comunicação terapêutica: percepções dos professores*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde. s.l. : Universidade Federal do Paraná, 2006.

ROLIM, Maria Luiza. 2012. Índice de Desenvolvimento Humano: Portugal é 41.º. *Expresso*. [Online] 18 de Março de 2012. [Citação: 18 de Março de 2012.] <http://expresso.sapo.pt/indice-de-desenvolvimento-humano-portugal-e-41=f685249>.

ROSÁRIO, Elsa. 2009. Comunicação e Cuidados de Saúde. *Comunicar com o Doente Ventilado em Cuidados Intensivos*. Coimbra : Universidade Aberta, 2009. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde.

ROSNER, Abbie e SEVY, Rivka. 2011. *RAMBAM Health Care Campus - Landmarks in Health Care and Innovation*. Haifa : Rambam Medical Center, 2011.

ROZZANO, Locsin. 2002. Quo Vadis? Advanced Practice Nursing or Advanced Nursing Practice?. *Holistic Nursing Practice*. 2, 2002, Vol. 16, pp. 1-4.

SÁ, T. e MACHADO, L. 2006. Comunicar com doentes ventilados: uma função de Enfermagem. *Sinais Vitais*. 67, 2006, pp. 29-34.

SÁ-CHAVES, I. 2000. *Formação, Competências e conhecimento profissional*. Lisboa : Porto Editora, 2000.

—. **1997.** *Percursos de formação e desenvolvimneto profissional*. Porto : Porto Editora, 1997.

SESSLER, Curtis; GRAP, Mary; RAMSAY, Michael. 2012. Evaluating and monitoring analgesia and sedation in the intensive care unit. *Critical Care*. [Online] 2012. [Citação: 20 de Março de 2012.] <http://ccforum.com/content/12/S3/S2#B15>.

SEVERINO, Rute; SAIOTE, Elisabete; MARTINEZ, Ana Paula; DEODATO, Sérgio, NUNES, Lucília. 2010. Nursing Activities Score; índice de avaliação da carga de trabalho de enfermagem na UCI. *Percursos*. abril-Junho, 2010, Vol. 16, pp. 3-13.

SILVA, Abel. 2007. Enfermagem Avançada, um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. janeiro-abril, 2007, Vol. 55.

SILVA, Luisa; SOUSA, Fátima; OLIVEIRA, Luisa; MAGANO, Olga. 2000. A Comunidade Cigana e o Etnocentrismo da Instituição Médica de Saúde Comunitária. *Actas do IV Congresso Português de Psicologia*. Lisboa : s.n., 2000. p. 10.

Society of Trauma Nurses. 2008. *Advanced Trauma Care for Nurses*. Lexigton : Society of Trauma Nurses, 2008.

SOUSA, F. e SILVA, J.A. 2005. A Métrica da Dor: problemas teóricos e metodológicos. *Revista DOR*. 1, 2005, Vol. 6, pp. 469-513.

STONER, James e FREEMAN, R. 1995. *Administração*. Rio de Janeiro : Prentice Hall do Brasil, 1995.

SWEARINGEN, Pamela e KEEN HICKS, Janet. 2003. *Enfermagem de Cuidados Intensivos: Intervenções independentes e Interdependentes*. Camarate : Lusociência, 2003. 972-8383-52-5.

The Papadoulos, Tilki and Taylor Model for the development of cultural competence in nursing. **PAPADOULOS, Irena. 2003.** s.l. : Journal of Health, Social and Environmental Issues, 2003, Journal of Health, Social and Environmental Issues, Vol. 4, pp. 5-7.

TOMMEY, Ann e ALLIGOOD, Martha. 2004. *Teóricas de Enfermagem e a sua obra.* Loures : Lusociência, 2004. 972-8383-74-6.

VMER Cascais. 2009. VMER Cascais/ Estatística. *VMER Cascais.* [Online] coordenação vmercsc, 2009. [Citação: 10 de Fevereiro de 2012.] <http://www.vmercsc.com/estatistica/>.

—. **2009.** Regulamento Interno da Viatura Médica de Emergência e Reanimação de Cascais. Cascais : s.n., 2009.

WATSON, Jean. 2002. *Ciência humana e Cuidar - Uma Teoria de Enfermagem.* Camarate: Lusociência, 2002. 972-8383-33-9.

WIKIPÉDIA. a enciclopédia livre. 2012. Análise SWOT. *Wikipédia a Enciclopedia livre.* [Online] 5 de junho de 2012. [Citação: 6 de junho de 2012.] http://pt.wikipedia.org/wiki/An%C3%A1lise_SWOT.

—. **2012.** Saúde Pública na China. *www.en.wikipédia.org.* [Online] wikimedia foundation, 2012. [Citação: 24 de janeiro de 2012.] http://en.wikipedia.org/wiki/Public_health_care_in_China.

—. **2012.** Hizbollah. *WIKIPÉDIA a Enciclopédia Livre.* [Online] Wikimedia products, 26 de Janeiro de 2012. [Citação: 28 de Fevereiro de 2012.] <http://pt.wikipedia.org/wiki/Hizbollah>.

—. **2012.** Lei do retorno. *www.wikipedia.org.* [Online] Wikimedia, 18 de Fevereiro de 2012. [Citação: 18 de Março de 2012.] http://pt.wikipedia.org/wiki/Lei_do_retorno.

—. **2011.** História do Povo Cigano. *Wikipédia, a enciclopédia livre.* [Online] Wikipédia, 19 de Outubro de 2011. [Citação: 29 de Janeiro de 2012.] http://pt.wikipedia.org/wiki/Hist%C3%B3ria_do_povo_cigano.

ANEXOS

ANEXO I (ITINERÁRIO DE ESTÁGIO)

Luis Goncalves
October 30 – November 30, 2011

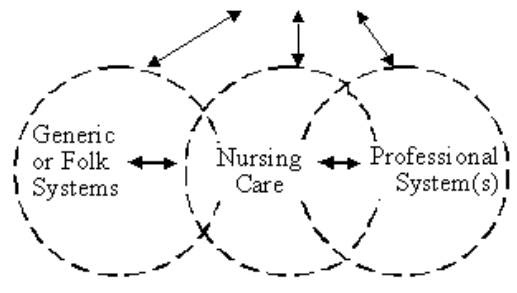
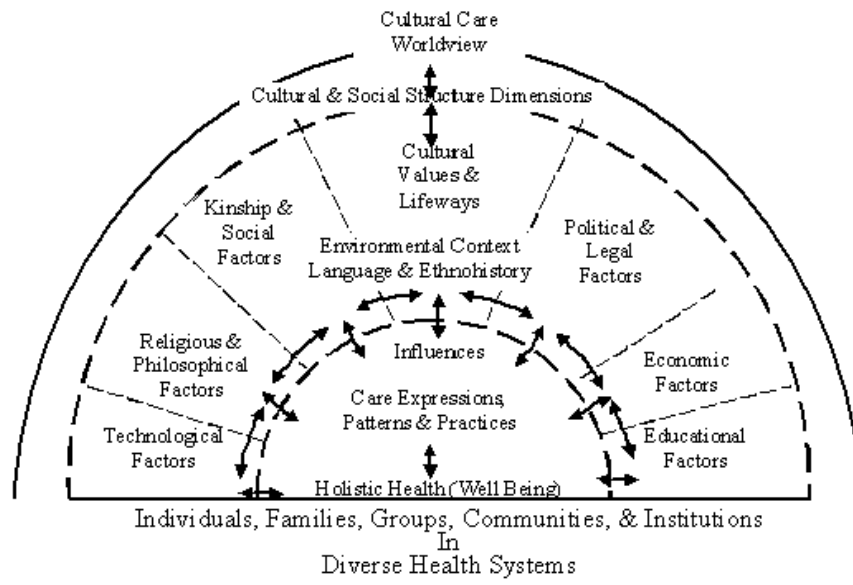
Date	Day	Time	Activity	Contact Person
October 30	Sunday		Arrival to Hospital Free Day	
October 31	Monday	8:00 – 9:30 10:00-15:00	Arrival to Haifa, Tour of hospital and general introduction Emergency Department (1)	Nancy Black, Nursing Administration Project Coordinator Aya Rosenberg, Clinical Instructor, Emergency Medicine Unit
November 1	Tuesday	7:00-15:00	Emergency Department (2-3)	
November 2	Wednesday			
November 3	Thursday	8:00-9:30 9:30-15:00	Rambam Health Care Campus Trauma School Trauma Nurse Coordinantor	Gila Hymas, Trauma School Director Sigalit Kradshtein, Trauma Nurse Coordinator
November 4	Friday		Free Days	
November 5	Saturday			
November 6	Sunday	7:00-15:00	Emergency Department (4)	
November 7	Monday	15:00-23:00	Emergency Department (5-7)	
November 8	Tuesday			
November 9	Wednesday			
November 10	Thursday	8:00-15:00	Respiratory Intensive Care	Mirit Barzelay, Head Nurse, Respiratory Intensive Care Unit
November 11	Friday			
November 12	Saturday		Free Day	

November 13	Sunday	7:00-15:00	Magen David Adom (1-4)	Raz Diamand 052-6176823
November 14	Monday	or	Magen David Adom, Itzak Sadeh 10	
November 15	Tuesday	15:00-23:00	Be there at 6:50 am on first day	
November 16	Wednesday			
November 17	Thursday	8:00-12:00 12:30-15:00	Lung Clinic Stroke Nurse Coordinator	Beatric Shaham, Head Nurse Dmitry Rosenfels, Stroke Nurse Coordinator
November 18	Friday	8:00-15:00	Neurosurgical ICU	Efrat Velbloom, Head Nurse
November 19	Saturday		Free Day	

November 20	Sunday	8:00-15:00	Operating Room	Yael Edri, Head Nurse
November 21	Monday			
November 22	Tuesday	15:00-23:00	Emergency Department (8-9)	
November 23	Wednesday			
November 24	Thursday	23:00-07:00	Emergency Department (10-11)	
November 25	Friday			
November 26	Saturday		Free Day	

November 27	Sunday	8:00-15:00	Oncology Day Care	Noomi Gabay, Head Nurse
November 28	Monday	8:00-15:00	Emergency Department (12)	
November 29	Tuesday		Free Day	
November 30	Wednesday		Departure	

ANEXO II (MODELO DO SOL NASCENTE DE MADELEINE LEININGER)



Code ↔ Influences

ANEXO III (CERTIFICADO DE PRÁTICA INTERNACIONAL EM RAMBAM)



20 November 2011

Certificate of Clinical Practice

This is to certify that Luis Goncalves
has undergone 24 days clinical instruction in the field of
Emergency Medicine/Trauma
at the Rambam Health Care Campus between the dates of
October 30 – November 30, 2011

The practice included observation and work on the following units:

- + Emergency department –morning, evening and night shifts.
- + Pre-hospital Emergency Medical Service (Israeli ambulance service).
- + Respiratory Intensive Care Unit.
- + Operating Room.
- + Neurosurgical Intensive Care Unit.

As well as participation in lectures on the following subjects as part of in international trauma course:

- + The Israeli Health System and Structure of a National Trauma System
- + Introduction to Trauma and Approaching the Injured Patient
- + Airways
- + Shock
- + Neuro Trauma
- + Orthopedic Trauma
- + VATS in the Management of Thoracic Surgery
- + Maxillofacial Trauma
- + Abdominal Trauma
- + Structure of a Regional Trauma System
- + Organization of a Trauma Unit
- + How to build a Trauma Shock Room
- + Treating the Patient in the Shock Trauma Room
- + Mass Casualty Situations – Biological, Chemical and Radiological War
- + Organization of Hospitals for Different Scenarios
- + The Place of Training and Drills in Preparedness for MCS
- + Public relations During MCS
- + Pediatric MCS

In addition, he has visited many areas of our country and has met people from varied cultural ethnicities.

Batia Vexler
Batia Vexler

Deputy Director, Nursing Administration
Human Resources and Training

Nancy Black
Nancy Black

Nursing Administration Project coordinator

APÊNDICES

APÊNDICE I (PÓSTER – VIA AÉREA DIFÍCIL)



**I Jornadas Internacionais em Enfermagem da Universidade de Évora
A Pessoa em Situação Crítica**



Via Aérea Difícil

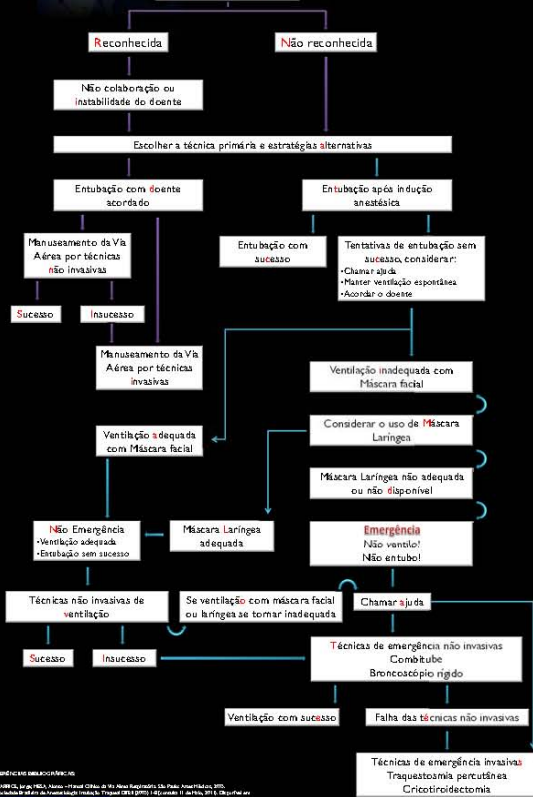
O papel do Enfermeiro

Segundo o Regulamento nº 124/2011 "a Pessoa em Situação Crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Ao enfermeiro é exigido uma observação contínua para despiste de sinais de gravidade. Assim, e seguindo a metodologia do ABCDE, é logo no "A" – Airway que o enfermeiro garante a permeabilidade da via aérea. O atraso na deteção da permeabilidade da via aérea pode resultar em danos cerebrais irreversíveis ou até mesmo em morte, pois "a incapacidade de manter o controlo das vias aéreas impede a adequada oxigenação tecidual"². Como resposta a esta exigência o enfermeiro deve desenvolver capacidades técnico-científicas e relacionais que permitam primorizar os cuidados à pessoa em situação crítica, baseando a sua prática na evidência científica.

Via Aérea Difícil: Para Barrios trata-se de uma situação clínica em que existe uma desproporção anatómica ou patológica preexistente, onde um profissional treinado encontrará dificuldade em realizar a laringoscopia directa ou em manter a ventilação manual sob máscara facial ou ambos³.



Via Aérea Difícil



Cuidados de Enfermagem⁶

- ♦ Despistar continuamente problemas e necessidades realizando observação contínua, sistemática e sistematizada;
- ♦ Assegurar a permeabilidade da via aérea, através de:
 - Domínio do algoritmo de Via Aérea Difícil;
 - Reconhecimento de Via Aérea Difícil;
 - Alinhamento corporal, nariz – umbigo – pés;
 - Elevação do plano do leito a 30°, ou se necessário colocação de tubo naso ou orofaríngeo;
 - Desobstrução da Via aérea por aspiração de secreções e/ou remoção de próteses;
 - Seleção da máscara facial de oxigénio de tamanho adequado ao doente;
- ♦ Identificar a existência de factores de risco de, como sejam tumores, variações anatómicas, trauma, corpo estranho, limitação cervical;
- ♦ Prevenir a ocorrência de eventos adversos (trauma da via aérea, traqueostomia, lesão cerebral, PCR, óbito);
- ♦ Utilizar correctamente o dispositivo supraglótico adequado;
- ♦ Evidenciar habilidades técnicas na abertura da via aérea e na realização dos procedimentos de ventilação e intubação oro-traqueal (manobra Sellick e de BURP);
- ♦ Explicar o procedimento e manter a comunicação com o doente, mesmo sedado;
- ♦ Trabalhar em equipa.

A precocidade de deteção de eventuais complicações exige treino e experiência. Como resposta a esta exigência o Enfermeiro de cuidados gerais tem de "responder eficazmente em situações inesperadas ou em situações que se alteram rapidamente e a responder eficazmente em situações de emergência e catástrofe"⁴. Ao enfermeiro especialista em Pessoa Crítica são reconhecidas competências "cuidar da pessoa a viver em processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. Para tal, identifica prontamente focos de instabilidade, responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade, executa cuidados técnicos de alta complexidade e demonstra conhecimentos e habilidades em Suporte Avançado de Vida"⁴.

RESUMO DE BARRIOS (2003)

1 - BURROCK, J. G. (1984). *Manual de Anestesiologia*. 1ª ed. Masson, São Paulo, 1984, 1000 pp.
 2 - BARRIOS, J. (2003). *Manejo de Emergências em Anestesiologia*. 1ª ed. Elsevier, São Paulo, 2003, 1000 pp.
 3 - BARRIOS, J. (2003). *Manejo de Emergências em Anestesiologia*. 1ª ed. Elsevier, São Paulo, 2003, 1000 pp.
 4 - BARRIOS, J. (2003). *Manejo de Emergências em Anestesiologia*. 1ª ed. Elsevier, São Paulo, 2003, 1000 pp.

Autores: Aluno do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade de Évora, Carla Amorim, Lúcia Gonçalves, Sofia Rita. Sob orientações – Professora Lídia Lourenço e Professora Doutora Helena José.

APÊNDICE II (GUIA CULTURAL)



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



GUIA DE ABORDAGEM MULTICULTURAL

**A PESSOA DE DESCENDÊNCIA ÁRABE, CHINESA,
BRASILEIRA E CIGANA**



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

GUIA DE ABORDAGEM MULTICULTURAL

**A PESSOA DE DESCENDÊNCIA ÁRABE, CHINESA,
BRASILEIRA E CIGANA**

Autor: Estudante Luís Miguel da Cunha Gonçalves

Sob orientação de: Professora Doutora Helena José

Lisboa, Janeiro de 2012

Imagem de capa: paisagem costeira Israelita em *Haifa- coaf- Carmel*
Fotografia: Luís Gonçalves

INTRODUÇÃO 5

A PESSOA DE DESCENDÊNCIA

ÁRABE 8

1. CUIDAR 8

1.1. Doenças e Situações de Saúde 8

1.2. Nutrição 8

1.3. Transfusões de Sangue e Doação de Orgãos 9

1.4. A Reação à Dor 9

2. PESSOA 9

2.1. O Chefe da Família 9

2.2. Padrões de Comunicação 9

3. SAÚDE 10

3.1. Espiritualidade 10

3.2. Rituais de Morte e Luto 10

3.3. Crenças 10

3.4. Práticas Populares 11

4. AMBIENTE 11

A PESSOA DE DESCENDÊNCIA

CHINESA 13

1. CUIDAR 13

1.1. Doenças e Situações de Saúde 13

1.2. Nutrição 13

1.3. Transfusões de Sangue e Doação de Orgãos 13

1.4. Reação à Dor 14

2. PESSOA: 14

2.1. O Chefe da Família 14

2.2. Padrões de Comunicação 14

3. SAÚDE 15

3.1. Espiritualidade 15

3.2. Rituais de Morte e Luto 15

3.3. Crenças 15

3.4. O significado da vida como prática popular 16

4. AMBIENTE 16

A PESSOA DE DESCENDÊNCIA BRASILEIRA 18

1. CUIDAR 18

1.1. Doenças e situações de saúde 18

1.2. Nutrição 18

1.3. Transfusões de sangue e doação de órgãos 19

1.4. Reação à Dor 19

2. PESSOA 19

2.1. O Chefe da Família 19

2.2. Padrões de Comunicação 19

3. SAÚDE 20

3.1. Espiritualidade 20

3.2. Rituais de Morte e Luto 20

3.3. Crenças 20

3.4. Práticas Populares 20

4. AMBIENTE 21

A PESSOA DE DESCENDÊNCIA CIGANA 22

1. CUIDAR 22

1.1. Doenças e Situações de Saúde 22

1.2. Nutrição 22

1.3. Reação à Dor 22

2. PESSOA 23

2.1. O Chefe da Família 23

2.2. Padrões de Comunicação 23

3. saúde 24

3.1. Espiritualidade 24

3.2. Rituais de Morte e Luto 24

3.3. Crenças 25

4. AMBIENTE 25

CONCLUSÃO 26

Bibliografia 27

INTRODUÇÃO

Cuidado Culturalmente Congruente, expressão, introduzida por Madeleine Leininger, traduz uma Enfermagem desperta para outros fatores que influenciam a saúde, o bem-estar, a doença e a morte de pessoas de culturas diferentes e semelhantes. Segundo esta autora esta é a única forma de prestar cuidados de enfermagem eficazes e competentes (LEININGER, 2010).

Este documento pretende contribuir para o conhecimento de alguns aspetos, das culturas abordadas, que interferem com a prática de cuidados de enfermagem.

Para uma leitura compreensiva importa definir alguns termos:

Cultura é definida como a totalidade de padrões comportamentais socialmente transmitidos, que podem orientar a visão do mundo do indivíduo e a sua tomada de decisão (PURNELL, et al., 2010).

Etnocentrismo é a forma como os indivíduos pensam sobre as suas culturas, numa tendência universal de achar que é superior a outras (PURNELL, et al., 2010).

Valores culturais são aqueles que são partilhados por um grupo de indivíduos inseridos num grupo cultural, e constituem matrizes de conhecimento que permitem opções e ações (GIGER, et al., 2002).

Etnicidade faz referência à entidade de grupos para os quais, os padrões e valores culturais são idênticos e partilhados (GIGER, et al., 2002).

Cuidar Cultural é definido por Leininger como os valores culturais regidos, por

um padrão, recebidos e transmitidos de forma a habilitar o outro ou o grupo a manter a sua saúde e bem-estar, ou a lidar com os restantes processos de vida (LEININGER, 1991).

A metodologia utilizada neste documento procura enquadrar os valores de algumas culturas nos fenómenos de enfermagem, sendo que os conceitos Metaparadigmáticos de Cuidar, Ambiente, Saúde e Pessoa se apresentam como organizadores dos aspetos que, dentro de cada uma das culturas estudadas, podem ajudar o Enfermeiro a prestar cuidados culturalmente sensíveis e congruentes.

A identificação dos valores culturais, de acordo com os conceitos centrais de Enfermagem, teve como linha orientadora a definição de Madeleine Leininger para cada um dos conceitos (LEININGER, 1991):

Cuidar Cultural Congruente – São as ações ou decisões que, com base no conhecimento da cultura do indivíduo ou grupo, capacitam o Enfermeiro para prestar cuidados de saúde ou bem-estar significativos, benéficos e satisfatórios. (LEININGER, 1991)

Pessoa - Ser cultural que sobrevive ao tempo e ao espaço. (LEININGER, 1991)

Ambiente – O global do que acontece com o indivíduo e que confere significado às expressões humanas, em particular contextos físicos, ecológicos, sociais, políticos e culturais. (LEININGER, 2010)

Saúde – condição de bem-estar cultural definido, e colocada em prática nas atividades diárias do indivíduo ou grupo,

de modo culturalmente expresso e benéfico. (LEININGER, 2010)

De forma a enriquecer a sistematização dos hábitos e costumes das culturas abordadas, estabeleceu-se um paralelismo do cuidar cultural congruente do Modelo do Sol Nascente de Madeleine Leininger, que representa esquematicamente a sua Teoria da Universalidade do Cuidar e alguns domínios culturais subjacentes ao modelo de Competência Cultural de *Purnell* e colaboradores. (PURNELL, et al., 2010)

As particularidades de cada modelo não são aqui exploradas, pela sua dimensão, mas são definidos alguns dos domínios, de *Purnell* e colaboradores, utilizados e que serviram de referência para a pesquisa bibliográfica.

Condição de Doença e Situações de Saúde – enquadra as principais patologias e causas de morte na população observada, bem como seus comportamentos de risco. As variações de metabolismo também são exploradas, sendo um dado importante na avaliação da Dor. (PURNELL, et al., 2010)

Nutrição – este domínio cultural inclui mais que a ingestão adequada de alimentos. Engloba o significado e importância dos alimentos como objeto cultural e promotores de saúde e bem-estar. (PURNELL, et al., 2010)

Transfusão de Sangue e Doação de Órgãos – pesquisa a percepção de cada cultura relativamente a estas práticas e a sua aceitação cultural. (PURNELL, et al., 2010)

Reação à Dor – a resposta à Dor constitui uma das mais antigas áreas de investigação cultural e permite compreender as manifestações e níveis de tolerância à Dor. (PURNELL, et al., 2010)

O Papel do Chefe da Família – a consciência dos padrões familiares e de quem toma decisões é importante para determinar com quem falar sobre o estado de saúde. (PURNELL, et al., 2010)

Padrões de Comunicação – a vontade de partilha de informação e/ou sentimentos, e mecanismos de comunicação não-verbal como o toque, a expressão facial, são considerados neste domínio. (PURNELL, et al., 2010)

Espiritualidade – este domínio abrange mais que as crenças religiosas formais, abrange a perceção da vida e quais as essências presentes nessa experiência vital. (PURNELL, et al., 2010)

Rituais de Morte e Luto – este domínio inclui o modo como a pessoa e a sociedade, encara a morte e a eutanásia, rituais de preparação para a morte, práticas de enterro e Luto. (PURNELL, et al., 2010)

Crenças – o foco de cuidados de saúde, não pode deixar de incluir crenças tradicionais, mágico-religiosas e biomédicas, a responsabilidade individual pela saúde e as práticas de automedicação. (PURNELL, et al., 2010)

Práticas Populares – neste domínio constata-se a prática objetiva de costumes tradicionais nos cuidados de saúde, em vez das práticas biomédicas. (PURNELL, et al., 2010)

O domínio seguinte foi utilizado para caracterizar o Ambiente enquanto fenómeno de Enfermagem.

Visão Global, Localidades habitadas e Topografia – inclui conceitos relacionados com o país de origem, os efeitos sobre a saúde, economia, política e sociedade. (PURNELL, et al., 2010)

As culturas identificadas dizem respeito às identificadas em Portugal de uma forma mais premente.

A cultura Africana deveria ter sido alvo de exploração, mas a sua heterogeneidade e dimensão é inversamente proporcional à bibliografia existente sobre os domínios abordados.

A cultura Cigana recheada de misticismo, patente na pesquisa efetuada, também possui algumas lacunas de informação. Não foi possível abordar com precisão a perceção sobre transfusão de sangue e doação de órgãos, assim como as suas práticas populares. Os dados obtidos dizem respeito a atitudes tradicionais que remetem para o séc. XIX e posterior, acredita-se que hoje em dia o povo Cigano tem vindo a sofrer um processo de aculturação que faz cair muitos dos seus valores culturais (MENDES, 2000).

No que diz respeito às culturas pesquisadas, Árabe, Chinesa, Brasileira e, como já referido, Cigana, estão presentes nas instituições de saúde de Portugal e é importante para compreender como se pode ser um “Enfermeiro Transcultural” percecionando a pessoa como culturalmente diferente.

O termo “pessoa” é empregue pela sua abrangência de conceito e pelo seu

enquadramento no Modelo de Desenvolvimento Profissional do Enfermeiro Português.

Este documento não pretende ser uma linha orientadora de cuidados, não procura saber qual a perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura. O objeto da sua elaboração prende-se com um levantamento de características das diferentes culturas, enquadrando-o na base conceitual metaparadigmática comum ao Enfermeiro.

A PESSOA DE DESCENDÊNCIA ÁRABE

CUIDAR

Doenças e Situações de Saúde

As principais preocupações de Saúde Pública no mundo Árabe provem dos acidentes de trabalho como quedas em altura e acidentes de viação. (PURNELL, et al., 2010) A saúde materno-infantil e o controlo de doenças transmissíveis são, igualmente, fonte de preocupação das autoridades sanitárias.

Em vários países do médio oriente proliferam doenças como a tuberculose, a malária, o tracoma, o tifo, a hepatite, a febre tifoide, a disenteria e as infestações parasitárias. (PURNELL, et al., 2010)

As elevadas taxas de consanguinidade e a tendência para procriar até à menopausa contribuem para uma elevada prevalência de doenças genéticas (HAMAMY, et al., 2002).

Com a modernização e o aumento da esperança médica de vida também as doenças multi-fatoriais como a hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e patologias cardiovasculares passaram a estar presentes. (HAMAMY, et al., 2002)

Uma imagem de marca que o ocidental tem do médio oriente é o consumo do tabaco, efetivamente, apesar das crenças islâmicas desencorajarem a sua utilização, o ato de fumar está profundamente enraizado na cultura Árabe. No que diz respeito ao consumo de substâncias inebriantes (álcool e drogas) não é bem visto pela lei Islâmica. (MAHDI, 2011)

A informação que descreve a sensibilidade dos Árabes à farmacologia é limitada, sabe-se no entanto, que têm dificuldade na metabolização de substâncias como os antiarrítmicos, antidepressivos, beta-bloqueantes, neurolépticos e opióides, no caso deste último é observada a dificuldade em obter uma analgesia adequada e enquadrada com as doses consignadas para a referência de peso e idade. (PURNELL, et al., 2010)

Nutrição

No que diz respeito à Nutrição, os temperos e ervas aromáticas tem uma presença quase constante na cozinha do médio oriente, embora apresente algumas variações de região para região. A carne de porco e seus derivados está proibida no seio dos Muçulmanos, mas é possível encontrar Árabes cristãos que a consomem, embora constituam uma minoria. (KOHN, et al., 2007)

O carneiro e galinha são as carnes mais populares, devendo ser cozinhadas até estarem bem passadas, uma vez que o consumo de sangue é igualmente proibido.

O pão, considerado uma dádiva de Deus, deve estar presente em todas as refeições.

A fruta e legumes constituem uma preferência, sendo comum as saladas mistas que englobem os dois grupos alimentares.

O almoço é a principal refeição nos lares Árabes. A mão direita que é considerada limpa é a que é utilizada para comer. As bebidas só são servidas após as

refeições, já que consideram não ser saudável comer e beber em simultâneo.

Transfusões de Sangue e Doação de Órgãos

Apesar das transfusões de sangue serem amplamente aceites, a doação de órgãos é controversa e irá variar entre Árabes Muçulmanos e não Muçulmanos, dependendo da sua perceção religiosa, mais ou menos fundamentalista, sobre o processo de morte e reencarnação.

A Reação à Dor

Os Árabes confiam na ciência médica e tal como a maioria, sentem a Dor como desagradável e que precisa de ser controlado. É possível que o doente Árabe expresse a sua dor de forma mais efusiva na presença da família e seja mais contido quando só na presença do profissional de saúde, o que se poderá traduzir em alguma perceção conflituosa no que diz respeito se a analgesia é eficaz ou não. O alívio apresentado na presença do Enfermeiro pode ser demonstrado junto da família como um quadro ainda bastante doloroso. (PURNELL, et al., 2010)

Por outro lado a diferente metabolização dos fármacos já referida poderá evidenciar a necessidade de tabelas de analgesia modificadas para o doente Árabe.

PESSOA

O Chefe da Família

A tradição patriarcal marca enraizadamente a cultura Árabe Muçulmana, as mulheres estão

subordinadas ao homem e os mais jovens aos mais velhos.

Ainda em relação à mulher, publicamente, esta poderá ter de se mostrar formal e respeitosa com o seu esposo, mas no lar ela tem uma forte influência assim como nos assuntos relacionados com as crianças.

Socialmente o Homem ganha para a família, ele é o decisor e protetor, enquanto a mulher é a responsável pela educação das crianças, pela manutenção do lar e por satisfazer as necessidades do marido. (MAHDI, 2011)

O hijab “cobrir o corpo, face e mãos”, apesar de se encarado pelo ocidente como um símbolo de opressão, é visto pela mulher Muçulmana como uma proteção, onde este ato de modéstia é uma representação de bom caráter moral e símbolo de identidade Muçulmana.

Padrões de Comunicação

O discurso de uma pessoa Árabe é frequentemente acompanhado de repetição e gesticulação, a expressividade e o tom de voz elevado estão presentes sobretudo em assuntos que podem suscitar a discussão, mostrando a sua envolvência e sinceridade na posição assumida, nada tendo a ver com a ideia de agressividade, frontalidade ou argumentação.

Os Árabes têm de desenvolver relações pessoais com o profissional de saúde antes de partilhar informação pessoal. A sua sensibilidade à delicadeza, respeito e boa educação é um atributo que implica uma abordagem com perícia e a calor humano, minimizando diferenças e status, permitir algum tempo de

relacionamento antes de entrar em assuntos prioritários. (PURNELL, et al., 2010).

O Árabe na sua sociedade é protegido de “más notícias” o mais tempo possível e quando informados são no com a maior suavidade possível.

Os ensinamentos Islâmicos não permitem o toque (incluindo o aperto de mão) entre adultos, não relacionados, do sexo oposto (PURNELL, et al., 2010).

É importante a identificação do porta-voz da família, este poderá responder às questões necessárias e as mesmas poderão ser ocultadas aos restantes elementos e inclusivé à pessoa em situação de doença.

A crítica é assumida como pessoal e uma afronta à dignidade pessoal e familiar. (MAHDI, 2011)

SAÚDE

Espiritualidade

O **Ramadão** deve ser compreendido e respeitado pelos profissionais de saúde. Constitui um mês de jejum que implica a abstinência de comida, bebida (incluindo água), fumar e ter relações sexuais, durante as horas em que há luz do dia. Esta condição existe para que o Muçulmano se lembre da dependência de Deus e dos que jejuam involuntariamente como os pobres (MAHDI, 2011)

Embora o doente não tenha obrigação de jejuar, existem sempre os mais devotos, que mesmo em ambiente hospitalar poderão recusar terapêutica, mesmo por outras vias que não oral, e refeições no horário normal hospitalar.

Rituais de Morte e Luto

De acordo com as crenças, a vida mundana não é mais do que uma preparação para a vida eterna. (PICKTHALL, 1977) Nesta perspetiva os rituais com o corpo são extensos e pormenorizados, como por exemplo o lavar o morto três vezes, por um Muçulmano do mesmo sexo, e virar a cama para Mecca. No ambiente hospitalar e apesar do Islão permitir a autópsia para fins de investigação forense e ensino médico, geralmente a família não a aceita com base no seu respeito pelo corpo o qual não deverá ser mutilado.

O Árabe cristão tem uma visão e prática de luto semelhante às restantes comunidades cristãs do resto do mundo.

O Muçulmano restringe o luto a três dias, para não desafiar a vontade de Deus, exceção à esposa que poderá manter o luto por quatro meses. (PICKTHALL, 1977)

A notícia de morte deve ser comunicada ao porta-voz da família muçulmana que se fará identificar objetivamente como tal, e este dará conhecimento dos fatos aos restantes familiares.

Crenças

Para os Muçulmanos a vida centra-se no louvor a Allah a na preparação para a vida depois da morte, cumprindo as cinco obrigações principais do Islão descritas no Corão:

- a) Declaração de fé;
- b) Rezar cinco vezes por dia;
- c) Distribuir esmolas;
- d) Jejuar durante o Ramadão;

- e) Completar uma peregrinação a Mecca.

Apesar da dominância da família na vida Árabe, a fé religiosa é frequentemente mais importante. Muitos Muçulmanos acreditam em articular a medicina espiritual com o tratamento médico convencional, podendo solicitar por vezes algumas condições para que possa cumprir os seus compromissos de fé tais como uma bacia de água antes de rezar para efetuar a ablução (a oração muçulmana não é aceite se o corpo, roupa e local onde se reza não estiverem limpos) (2010) ou virar a cadeira ou cama em direção a Mecca.

Apesar das crenças de que há que cuidar da saúde, as mulheres muçulmanas são relutantes em procurar cuidados de saúde pela sua timidez em despir ou por ser observadas por médicos do sexo masculino. Por outro lado o homem é quem deve procurar mais vezes os cuidados de saúde e estar em melhor condição física e nutrição. (PURNELL, et al., 2010)

Embora a Medicina seja uma das profissões mais respeitadas na sociedade Árabe, a enfermagem é considerada como uma profissão subalterna que entra em conflito com as normas sociais, já que pressupõe o contato entre homens e mulheres trabalhando durante a noite, numa cultura mais conservadora onde os contatos entre os diferentes géneros, não relacionados, são desencorajados. (PURNELL, et al., 2010)

Da mesma forma o Árabe valoriza a Medicina curativa e tratamento efetivo de

situações físicas, a Cirurgia e outras que promovam a erradicação do fator causal são mais valorizadas do que as terapias que promovam a promoção da saúde e a prevenção da doença.

Aspeto pertinente para o estabelecimento de uma relação terapêutica será o fato de um Enfermeiro não dever prestar cuidados a uma pessoa do sexo feminino e vice-versa; o desconforto causado pode levar à recusa de discutir informações pertinentes e identificar precocemente necessidades para a condição de saúde.

Práticas Populares

O Islão desaprova a superstição, bruxarias e magias. No entanto agentes sobrenaturais como o *Jiin* (Diabo) (PURNELL, et al., 2010) fazem parte das crenças populares.

O “olhar” daqueles que invejam é frequentemente identificado como causador de efeitos adversos e infortúnios, a mulher ou o bebé bonitos são vítimas de mau-olhado, pelo que o uso de amuletos de boa sorte pode ser observado e deve ser compreendido e tolerado em ambiente hospitalar.

AMBIENTE

Os Árabes são descendentes das tribos nómadas do deserto na Península Arábica, unidos pelo Islão, uma das religiões mundiais mais importantes. Apesar deste ponto comum a diversidade de pensamentos, atitudes e comportamentos não permite estabelecer uma identidade padrão do Árabe, dando apenas lugar a referências étnicas. Por vezes até a adaptação à língua inglesa é

suscitadora de diferenciação entre a população Árabe. (PURNELL, et al., 2010)

Porque a religião tem um papel tão importante na vida do Árabe, é importante o seu conhecimento para um correto entendimento da estrutura cultural Muçulmana ou cristã Árabe.

O Árabe prefere atividades profissionais, que valorizem a escolaridade elevando o seu nível de conhecimento, grande parte das vezes, mesmo em relação à comunidade ocidental onde se inseriu.

A boa educação e a hospitalidade são características intrínsecas, o convívio em volta de uma chávena de chá ou café é bem visto.

A PESSOA DE DESCENDÊNCIA CHINESA

1. CUIDAR

Doenças e Situações de Saúde

A esperança média de vida na China é de 72.5 anos (PURNELL, et al., 2010), a qual tem vindo a aumentar graças às campanhas de promoção de saúde e programas de manutenção física. As mortes perinatais e as doenças infecciosas são as principais causas de mortalidade. (WIKIPÉDIA, 2012)

Os Chineses automedicam-se frequentemente quando pensam que sabem o que se passa com eles, ou se já foram tratados com êxito pela sua medicina tradicional no passado. (PURNELL, et al., 2010).

Da mesma forma a partilha de medicamentos é um ato difundido e aceite entre a população chinesa.

A Medicina Tradicional Chinesa é amplamente praticada e da mesma forma que esta medicina precisa de ser explicada, em termos concretos no que diz respeito à sua eficácia, à população ocidental, também a medicina convencional precisa de ser explicada aos Chineses em termos igualmente concretos. (PURNELL, et al., 2010).

Quando o tratamento a determinada patologia é eficaz, numa primeira fase, a pessoa tende a abandonar os cuidados de saúde. A sua situação financeira precária, no país anfitrião, não permite o internamento prolongado, bem como atitudes de prevenção e promoção de saúde que impliquem com a sua

atividade de suporte financeiro à família. (PURNELL, et al., 2010)

No que diz respeito ao consumo de álcool, os Chineses tem uma elevada sensibilidade aos seus efeitos secundários. (PESSOA, et al., 2006)

Alguns estudos evidenciaram ainda um aumento da sensibilidade aos efeitos de fármacos como os beta-Bloqueantes, antidepressivos, cronotrópicos (ex: Atropina) e analgésicos, (no caso destes últimos os seus efeitos secundários gástricos apresentam-se aumentados). (PURNELL, et al., 2010)

Nutrição

Apesar de verdadeiramente difundida no ocidente, a comida chinesa é ainda um misto de mistério e de certezas no que é apresentado no prato. A dieta chinesa típica é difícil de descrever atendendo à sua diversidade de região para região (PURNELL, et al., 2010). No entanto é possível identificar alguns elementos comuns como o arroz ou a massa de arroz, cozinhada a vapor ou frita, o porco a galinha, a vaca e o pato. O Tofu, fonte rica em proteína, é facilmente encontrado na base de vários pratos. O sal, óleo e seus derivados são importantes na dieta chinesa.

As bebidas concentram-se à volta dos chás, e outras fontes mais ocidentais como os refrigerantes e sumos.

A dieta chinesa não é rica em açúcar, este provém essencialmente da fruta crua que consomem após a refeição.

Transfusões de Sangue e Doação de Órgãos

Quando absolutamente necessário, a atitude do povo Chinês perante a

transusão de sangue é de aceitação, semelhante ao ocidental, semelhança que se estende às preocupações como a segurança (no que diz respeito ao HIV e Hepatite B).

Em relação à doação de órgãos, as práticas étnicas e religiosas vigentes na China estão de acordo na sua plena aceitação.

Reação à Dor

Os Chineses exprimem a sua dor de forma semelhante ao ocidental, mas a sua descrição pode diferir, descrevendo de maneira pouco precisa os sintomas álgicos, sendo por vezes difícil localizar especificamente o ponto álgico. O Chinês poderá descrever a dor precordial como difusa, esfregando todo o tórax, ao invés da localização tipo “facada” que é descrita pelo ocidental. (PURNELL, et al., 2010)

PESSOA:

O Chefe da Família

A linhagem masculina domina o parentesco na família chinesa. Existindo sempre um elemento com grande autoridade que assume todas as responsabilidades da família.

Para a mulher, apesar de os seus papéis terem vindo a mudar e esta tornar-se cada vez mais ativa social e profissionalmente, ainda é vista como aquela que tem a responsabilidade de manter uma vida familiar feliz e eficiente. (PURNELL, et al., 2010)

É comum uma estrutura doméstica que deseje ter até quatro gerações debaixo do mesmo teto (PURNELL, et al., 2010).

Para o Chinês a família tem uma elevada importância, no entanto com as sucessivas alterações político-financeiras, nomeadamente, a lei de “um casal-um filho” (para controlo natalidade) e com a crescente emigração, esta imagem tende a mudar existindo cada vez mais famílias nucleares de três elementos. (WIKIPÉDIA, 2012)

Padrões de Comunicação

Os Chineses normalmente não manifestam abertamente as suas emoções, sobretudo perante estranhos. Já no ambiente familiar a sua exposição é grande e livre de inibições.

Para uma partilha eficaz de informação, com o profissional de saúde é necessário o estabelecimento de uma relação de confiança.

O contato físico não é bem observado, sendo a distância formal uma forma de respeito. A comunicação face-a-face, também não é usualmente bem tolerada, promovendo o desconforto.

O volume de voz também adquire a sua importância, apesar de entre Chineses se falar relativamente alto, com estranhos o volume de voz é baixo ou moderado, pelo que uma intervenção em tom de voz mais elevado, durante a interação do profissional de saúde, poderá ser mal interpretada.

A população chinesa valoriza muito a sua identidade social, esta postura tem tradução durante um momento de comunicação verbal, não sendo na língua chinesa, mesmo que a pessoa não entenda a interlocução poderá responder sempre que “sim” invariavelmente, a resposta contrária poderá colocar em

causa a imagem da sua capacidade de integração na nova sociedade.

SAÚDE

Espiritualidade

Na China as principais religiões formais são o Budismo, Catolicismo, Protestantismo, Taoísmo e Islamismo. A prática formal destas religiões é diminuída na direta proporção da sua população. E em relação a outras religiões as suas práticas são igualmente diferentes, restringindo-se às cerimónias solitárias ao invés das coletivas.

A oração é encarada como uma fonte de conforto físico e mental, o que faz com que alguns Chineses, mesmo não praticantes, entrem nos seus locais sagrados e queimem incenso e ofereçam orações (PURNELL, et al., 2010).

Rituais de Morte e Luto

O estoicismo e fatalismo com que os Chineses enfrentam a morte, não são mais do que um mito ocidental. (PURNELL, et al., 2010)

Na realidade o Chinês receia de tal modo morrer que esse assunto nunca é abordado. O algarismo “4”, porque a sua fonética é semelhante à palavra “morte”, em chinês, é normalmente evitado, à semelhança do número “13” ocidental.

Da mesma forma que os seguros de vida não são um bom negócio, já que os Chineses consideram que adquirir um seguro de vida é convidar a morte para a sua casa.

Os mortos são normalmente honrados, louvando aos antepassados, e colocando objetos à volta da urna que significam a vida do falecido. A limitação de madeira

e escassez de terras para sepulturas, faz com que a cremação seja preferida pelo estado, o qual atribui subsídios para este ato. (WIKIPÉDIA, 2012)

Independentemente dos seus receios a morte é vista pelos Chineses como uma parte do ciclo natural da vida, acreditando que algo de bom poderá acontecer depois de morrer. Contudo o fato de não manifestar as suas emoções junto de estranhos traduz a tal estoica imagem da população chinesa face à morte.

O tempo de luto é variável, podendo se distinguir a família que está de luto através de uma faixa preta colocada no braço ou uma tira de pano branco atado à cabeça.

Crenças

Corpo, mente e espírito são têm sido a forma de refletir sobre o Homem Chinês, durante séculos, razão pela qual as medidas preventivas e promotoras de saúde são tão bem aceites nesta sociedade oriental.

A automedicação, já referida anteriormente é de fato uma realidade. Sustentada na Medicina Tradicional Chinesa, a partilha de medicamentos naturais acontece sempre perante uma patologia ocasional e de curta duração. O desperdício de tempo e dinheiro são as razões apontadas para não procura da medicina convencional.

O profissional de saúde, durante o estabelecimento da relação terapêutica, deve procurar informação relativa a estas práticas, valorizando a importância da Medicina Natural bem como alguns efeitos conhecidos dos produtos.

A Medicina Tradicional Chinesa é complexa e variada, como exemplo os 14 meridianos e os mais de 400 pontos de pressão utilizados na acupunctura. A explicação para o estado de saúde ou ausência dela, provém do equilíbrio (*dao*) do *yin* e *yang*.

O conceito mais importante na Medicina Tradicional Chinesa é o de *qi*, o qual constitui uma força vital presente em todos os seres vivos e traduz-se pelo volume e qualidade de ar respirado. Algum *qi* poderá ser herdado outro provém do ambiente circundante, sobretudo dos alimentos ingeridos.

As plantas, constituem uma parte integrante da Medicina Tradicional Chinesa, a herbologia é encarada como a disciplina mais difícil de compreender. As plantas agrupam-se em quatro categorias de energia, cinco categorias de paladar e numa neutra. Existem várias formas de administrar as plantas, comendo, bebendo, aplicações tópicas... tudo dependerá do diagnóstico. (PURNELL, et al., 2010)

O Diagnóstico na Medicina Tradicional Chinesa é a herança deixada pelos antigos médicos chineses, que através dos tempos foram melhorando a anamnese, ultrapassando algumas dificuldades e legando o seu saber às gerações vindouras. O diagnóstico da Medicina Chinesa, embora aparentemente simples, é muito eficaz – as observações a serem feitas incluem observar, ouvir, cheirar, perguntar e tocar, destacando-se como observação importante a da língua e o exame do pulso (existem cerca de 12 pulsos

diferentes na Medicina Tradicional Chinesa). (ESCOLA DE MEDICINA ORIENTAL E TERAPÊUTICAS, 2010)

Disciplinas como o *T'ai chi* e o *lo ga* são disciplinas não só físicas e mentais, mas também sociais, sendo comum a sua prática em grupos alargados constituídos por várias faixas etárias.

O significado da vida como prática popular

Para o Chinês, uma vida só “toma sentido a partir do contexto em que ela é vivida” (PURNELL, et al., 2010). Não pode ser segmentada uma vez que todas as partes estão inter-relacionadas.

Faz sentido falar da vida atual, relacionando sempre com o passado, evidenciando um permanente sistema estrutural de vida passada que dá sentido à vida como fenómeno atual.

As “forças da vida” provém do ambiente, do passado e do futuro do indivíduo na sociedade.

As técnicas de meditação, exercício e massagem, estão na base deste equilíbrio entre o passado, presente e futuro.

Uma importante fonte de “força” é a família, mas a procura de recursos nesta instituição implica a devolução desses mesmos recursos, com o objetivo de manter essa fonte viável. Os recursos têm várias naturezas, financeiras, físicas, emocionais, espirituais ou mentais.

Esta forma de pensar multidimensional deve ser percecionada pelo profissional de saúde como de vital importância.

AMBIENTE

Embora os Ocidentais caracterizem os Chineses num único grupo, eles são diferentes entre si, essas diferenças são sobretudo oriundas da sua localização geográfica, indo para além da rural e urbana, embora seja nesta classificação que as assimetrias são mais evidentes.

Por causa da complexidade dos seus valores a intervenção cultural, à semelhança da população Árabe é igualmente difícil, à qual se associa a barreira linguística.

Assim, qualquer formulação de um perfil definitivo desta população, não poderá ser inferida mas tido somente como uma aproximação do que é exetável no estabelecimento de uma relação terapêutica.

A cultura Chinesa é uma das mais antigas da história humana datada de 2200 a.C. (WIKIPÉDIA, 2012).

O sentimento de que a cultura chinesa é superior a todas as outras é comum entre a população.

O Confucionismo enquanto filosofia de vida foi difundido de forma abrangente no período 551-479 d.C. (PURNELL, et al., 2010) e apesar de a Lei comunista ter tentado decompor os ideais emanados, o sentimento de que todas as relações incorporam poder e regras, continuaram vivos e hoje reafirmam-se à medida que a população chinesa ganha hegemonia no resto do mundo.

A escolaridade é obrigatória e a formação universitária altamente valorizada.

Na população emigrante observam-se os dois polos desta formação: os muitos e

diferenciadamente escolarizados e os pouco escolarizados.

Esta dicotomia poder levar a que o profissional de saúde categorize a pessoa Chinesa de forma semelhante. Contudo nos que diz respeito ao individuo com nível de estudo mais elevado, é normalmente alguém que teve de competir ferozmente pelo seu lugar na universidade. Será um individuo muito bem preparado para o estabelecimento de uma relação com um estranho e a informação obtida deve ser valorizada como real e as suas afirmações, são aquilo que pretendem transmitir.

A pessoa menos diferenciada vive sérias dificuldades financeiras, dedica-se às atividades manuais e braçais, vive em alargados grupos familiares. E a sua necessidade de se integrar leva a uma aculturação voluntária, onde pensa conseguir estabilidade financeira. Para o profissional de saúde, esta pessoa requer mais empenho no estabelecimento da relação terapêutica; a barreira linguística, em grande parte das vezes, ainda não foi ultrapassada e a invariável resposta para as questões colocadas poderá ser sempre de forma afirmativa ainda que não seja esse o sentimento.

A PESSOA DE DESCENDÊNCIA BRASILEIRA

1. CUIDAR

Doenças e situações de saúde

As patologias tropicais endémicas como as oriundas de parasitas e as infetocontagiosas, como Hepatite Tuberculose e VIH, são aquelas que ainda prevalecem de forma mais acentuada nesta população, o seu grau dependerá da região onde a pessoa está. Esta proliferação está longe de ser controlada, sobretudo devido à falta de política de medicina preventiva, pela qual o Brasil tem sido fortemente criticado (PURNELL, et al., 2010). Neste momento ainda é possível encontrar locais endémicos de cólera no Norte do Brasil.

Por causa da elevada presença de bactérias que promovem distúrbios gastro intestinais, estas são as queixas mais comuns verificadas nos emigrantes Brasileiros (PURNELL, et al., 2010) e para as quais o profissional de saúde deve estar desperto. Outras causas de morte apontadas, pelo Ministério da Saúde Brasileiro, são o Enfarte Agudo do Miocárdio, o acidente cérebro vascular, neoplasias, condições perinatais e trauma (MINISTÉRIO DA SAÚDE BRASIL, 2009). Estes dados dizem respeito ao país natal, quanto à população emigrante, a situação de doença que é documentada mais frequentemente é o VIH.

A medicina caseira, sustentada nos chás de ervas, xaropes de mel e limão, é utilizada frequentemente para minimizar sintomas de doenças de curta duração.

As *Rezadeiras* (líderes espirituais) ainda têm uma forte influência no comportamento da pessoa, sobretudo nas patologias do foro psiquiátrico e/ou psicológico.

Alguns hábitos de risco para a saúde podem ser identificados no povo Brasileiro, como o consumo de álcool, drogas e tabaco (este último sempre constituiu parte da cultura Brasileira).

O Brasileiro é de fácil abordagem no aspeto comunicacional, embora possa não ser sincero nas suas respostas a estranhos, também as atitudes para mudança de hábitos de vida de risco, promoção de saúde e a aposta na prevenção são difíceis de obter. A falta de estabilidade económica e a precaridade social, por vezes, estão na fonte destas dificuldades.

Nos países anfitriões da comunidade emigrante Brasileira a procura por métodos mais tradicionais de “tratar” sintomas e doenças, prende-se com a legalidade da presença nesse país.

Normalmente o Brasileiro não fala das suas doenças, porque é encarado como um comportamento negativista de ver a vida, o que faz com que recorra tardiamente à instituição de saúde perante uma doença grave e de mau prognóstico.

A família está sempre presente e ansiosa de colaborar na prestação de cuidados, o que é facilitador do ensino a fazer sobre determinado momento do cuidado ao familiar.

Nutrição

A comida tem um elevado peso social, muitas vezes Comida e o seu oposto, a

Fome, são utilizados para enquadrar extratos sociais. (PURNELL, et al., 2010) A base da alimentação Brasileira é o arroz, feijão, farinha e *cuscuz*. Carne de vaca, galinha e peixe também podem ser encontrados na base alimentar, embora o consumo deste grupo de alimentos esteja muito relacionado com o seu preço.

A fruta, sendo o Brasil uma região tropical, ocupa um lugar de destaque como promotor de turismo e é largamente consumida pela população em geral, atendendo ao seu fácil acesso.

A preocupação do Emigrante Brasileiro em ganhar rapidamente dinheiro, traduz-se, por vezes, em situações de desnutrição com repercussões graves no seu estado de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE BRASIL, 2009)

Transfusões de sangue e doação de órgãos

Transfusões de sangue, doação e transplante de órgãos são bem aceites pelo Brasileiro, o seu nível de educação social permite uma correta perceção da importância destas técnicas. No entanto, por questões religiosas ou crenças individuais, por vezes, poderão ser recusadas.

Reação à Dor

A Dor, como para outros povos, de uma forma geral, não é um assunto de fácil acesso, seja Dor de carácter físico ou emocional. É necessário o estabelecimento de uma relação de confiança para obter do Brasileiro uma queixa objetiva.

Os analgésicos de venda livre, estão implementados no Brasil há vários anos, traduzindo-se num hábito de

automedicação para a Dor. Nesta perspectiva a pessoa que recorre à instituição hospitalar, poderá fazê-lo somente quando os “seus analgésicos caseiros” já não são eficazes. Por parte do profissional de saúde, a anamnese deve despistar estes hábitos de consumo para compreender a real dimensão da queixa.

PESSOA

O Chefe da Família

Os papéis sociais do Homem e da Mulher Brasileiros variam de acordo com a classe socioeconómica e consequente educação. Na classe média e alta prepondera a estrutura patriarcal, nas classes sociais mais baixas, onde a mulher sem emprego ou doméstica por opção, está sempre presente a estrutura tende a ser matriarca. Mas como sociedade Latino-descendente que é, e não obstante os movimentos de emancipação feminina serem bastantes ativos, o conceito de *machismo* é ainda visível em algumas comunidades mais isoladas.

Padrões de Comunicação

Para o profissional de saúde português a barreira linguística é pouco expressiva, podendo só variar o sotaque e vocabulário específico de algumas regiões.

No estabelecimento de uma relação terapêutica com o Brasileiro o profissional de saúde tem de compreender o sentimento e emoção implícita nas respostas do seu interlocutado. Algumas afirmações como “está tudo bem” face a um estranho

podem se apresentar como um expressão de sentimentos mais profundos na presença ou no meio familiar mais intimista.

Como outros povos Latinos, o Brasileiro utiliza o toque como fonte de expressão, bem como o contato visual constante, este último pode ser tido como intimidatório por parte do profissional de saúde e ser um obstáculo à promoção da relação.

SAÚDE

Espiritualidade

A religião Católica Românica é praticada por cerca de 74% da população Brasileira (PURNELL, et al., 2010).

Outras percentagens distribuem-se pelo Judaísmo, Candomblé, Orixá e outros rituais espirituais mais inespecíficos. (BRASILESCOLA, 2012)

As figuras sagradas e outras formas de apelar ao divino, são frequentemente solicitadas na presença de uma doença grave ou de carácter crónico.

Pode ser solicitado pela pessoa ou pela família a presença de um sacerdote ou somente uma figura religiosa para ficar na unidade da pessoa doente.

Rituais de Morte e Luto

Os rituais de Morte Brasileiros efetuam-se de acordo com as normas religiosas aplicáveis. Como já referido a grande percentagem segue as orientações da Igreja Católica Românica.

Nas famílias mais carenciadas, as cerimónias religiosas por vezes são dispensadas por não serem economicamente comportáveis,

limitando-se a manter o corpo em casa até ser transportado para o cemitério.

O sentimento de manter a família unida mesmo após a morte é observado no ato de enterrar os vários membros da mesma família em Jazigo ou campos familiares.

Crenças

As tradições e folclores são uma fonte de força para viver e nelas é frequentemente encontrado o sentido da vida, a qual é encarada pelo Brasileiro como “uma Luta” (PURNELL, et al., 2010).

Estas tradições variam de acordo com a geografia Brasileira. Mas na procura da “Cura” para uma doença e de uma forma geral os “remédios caseiros” e “medicamentos naturais” difundem-se nas farmácias e mercados de rua. Estes métodos tradicionais, assim como os curandeiros e outros líderes espirituais são amplamente procurados pelas várias classes sociais em proporção inversa do estatuto do social da pessoa doente. A população mais necessitada fundamenta a sua procura na falta de tempo para estar nas filas de espera das instituições de saúde e pelo preço dos medicamentos da medicina convencional.

Práticas Populares

Na cultura folclórica Brasileira existem vários praticantes de cuidados de saúde, todos com poderes de cura divinos: (BRASILESCOLA, 2012)

Os *Curandeiros* com poder divino, oriundo das crenças das tribos de índios Brasileiros; as *Rezadeiras* que se dedicam a exorcizar a doença; *Cartomantes* que preveem o futuro e a

fortuna; *Espiritualistas* que expulsam os maus espíritos; *Conselheiros* que dão “conselhos” e ajudam nas decisões; *Catimbozeiros* que são feiticeiros e produzem toda a espécie de poções e drogas para fins específicos; *Mãe ou Pai Santo* que são pregadores da religião Umbanda ou Xangó. (PURNELL, et al., 2010)

AMBIENTE

A pessoa Brasileira, não obstante a sua diversidade e mistura cultural, promovida pela dimensão geográfica do seu país, que contribui para as diferenças, sobretudo entre interior e litoral, tende a aculturar-se rapidamente. A necessidade de estabilidade socioeconómica é um forte impulsionador destes mecanismos de adaptação.

O profissional de saúde, face à pessoa Brasileira, deve aprofundar o nível de informação a obter, e não considerá-lo como um representante isolado da sua estereotipagem, do melhor ou do pior do povo Brasileiro.

A precaridade social não é comum a todos os Brasileiros e como imigrantes podem surgir todos os espectros da sociedade Brasileira, na instituição de saúde.

O estabelecimento de uma relação terapêutica com esta pessoa pode estar dependente por vezes de um simples fator como a legalidade de permanência no país.

Esta instabilidade pode não facilitar a atitude promotora e preventiva do profissional de saúde, uma vez que não consegue garantir o respeito pela ida

diária ao centro de saúde ou a toma correta de um medicamento.

A PESSOA DE DESCENDÊNCIA CIGANA

1. CUIDAR

Doenças e Situações de Saúde

A dificuldade secular que as comunidades Ciganas têm, para se integrar na sociedade em geral, sob o estigma do nomadismo, implicando a ausência de consciência política e de nação, tem sido traduzida, nesta comunidade, por um sentimento de rejeição.

Este sentimento é demonstrado essencialmente sob as formas de **autoexclusão** da instituição escolar, da formação profissional e da instituição de saúde, o **desafio/ imposição** e a **ameaça**, como os acampamentos nos jardins dos hospitais e a exigência de prioridade no atendimento nos serviços de saúde (SILVA, et al., 2000).

Esta postura recebe por parte dos profissionais de saúde um desinvestimento no estabelecimento da relação terapêutica.

A prevalência de doenças, nestas pessoas, centra-se nas oriundas do modo de vida e da precaridade, como as patologias respiratórias, cardiovasculares por dislipidémias e patologia do foro gástrico por nutrição irregular. A esperança média de vida para esta comunidade situa-se nos 50-60 anos (SILVA, et al., 2000).

A comunidade Cigana só procura cuidados de saúde quando algo não está realmente bem e se torna insuportável (BODNER, et al., 1992).

O internamento não é cumprido até ao fim, pressionando a equipa de saúde para um alta precoce, já que a permanência no hospital pode implicar a integração numa comunidade Não-Cigana.

As técnicas invasivas não são bem toleradas e a doença é vivida como um estado de humilhação e impureza (SILVA, et al., 2000).

Nutrição

No que diz respeito à alimentação, o Cigano tem uma grande relutância em comer alimentos não confeccionados em casa, havendo mesmo recusa alimentar em relação à refeição hospitalar. (FERNANDES, et al., 2002 p. 77)

Como já referido a patologia do foro gástrico está patente como uma das principais queixas e recorrências à unidade hospitalar (SILVA, et al., 2000).

A precária alimentação baseada no conceito de que comer bem é comer em quantidade, traduz um padrão nutricional desadequado em qualquer uma das faixas etárias da comunidade Cigana (Antioxidant vitamins levels--nutrition and smoking., 2003).

Reação à Dor

A bibliografia que aborda este tema é escassa ou mesmo ausente. Percebendo que o povo Cigano encara a doença como uma humilhação e sinal de fraqueza, e deixar-se tratar é sinal de sanção e desrespeito pelas normas do grupo (SILVA, et al., 2000), para o profissional de saúde os sinais de dor tem de ser despistados de forma indireta e não somente através de questões à pessoa doente. Sinais como posições

antiálgicas, expressões faciais e ladainhas em tom de voz baixa devem ser pesquisados, pode-se ainda recorrer a um elemento de referência no seio da família que facilite o estabelecimento da relação terapêutica com o profissional de saúde.

PESSOA

O Chefe da Família

A Família é a base da organização social da comunidade Cigana, não existe uma estrutura rígida de hierarquia dentro da comunidade, ao contrário do que se possa imaginar. A liderança de determinada família é assumida pelo Homem mais capaz, mais inteligente e é ele o representante nos conselhos ciganos, momento onde se reúnem os elementos mais respeitados de cada comunidade para punir quem transgride a ética Cigana. (DIREITOS HUMANOS, 2005)

Não obstante esta representação, nenhum Cigano deixa de consultar as avós, mães e tias para ajudar a resolver situações através da leitura da sorte.

Por este respeito pela mulher Cigana é comum haver lideranças femininas como as matriarcas ou as tias-conselheiras (DIREITOS HUMANOS, 2005).

Para o profissional de saúde será útil perceber quem é o elemento mais representativo da família da pessoa em situação de doença. Um bom método será perguntar diretamente “quem é o chefe da família?” é sinal de conhecimento dos costumes desta comunidade e será um passo para

ganhar a confiança e estabelecer uma relação com sucesso.

Ainda sobre a mulher Cigana é importante referir o seu papel no Casamento. A filiação é patrilinear, o que significa que os filhos resultantes de um casamento passam a fazer parte da linhagem do pai. A mulher ao casar passa a fazer parte da linhagem do marido (MENDES, 2000).

“É uma das tradições mais preservadas entre os ciganos, representa a continuidade da raça, por isso o casamento com os não ciganos não é permitido em hipótese alguma. Quando isso acontece a pessoa é excluída do grupo” (Câmara Municipal de Mirandela, 2011).⁴⁸

A mulher quando nasce já sabe com quem irá casar, tudo está acordado com os pais de ambos onde está implícito um dote.

É pelo casamento que os Ciganos entram no mundo dos adultos (BRAGA, 1997).

Padrões de Comunicação

Embora a bibliografia consultada faça referência ao Romanês⁴⁹, em Portugal a comunidade Cigana fala Português fluente sendo conhecido o seu sotaque arrastado no final das frases.

⁴⁸ <http://www.cm-mirandela.pt/index.php?oid=3907>

⁴⁹ Sânscrito, com origem na Índia, segundo FREI FERNANDES (Missionário da Pastoral dos Nômades), “deu origem às seguintes línguas modernas da Índia, a saber: Hindi, Rajastani, Pahari, Gujarati, Romanês, Kashmiri, Kohistani, Landa, Sindi, Marati, Bihari, Oriijá, Bengali, Assamese, Nepalês”.

Reconhecido como um povo alegre, os Ciganos cantam e dançam tanto na alegria como na tristeza. São reconhecidos facilmente em público pela sua postura enérgica e passional.

O toque é importante neste povo qualquer cumprimento ente os homens termina invariavelmente com um abraço (DIREITOS HUMANOS, 2005).

A forma de estar dentro da instituição hospitalar, nem sempre favorece a atitude de comunicar, o Cigano objetiva o seu rápido atendimento, por vezes direcionado pela própria pessoa, para o tratamento que pretende e não para aquele que a equipa de saúde julgue ser necessário (SILVA, et al., 2000).

saúde

Espiritualidade

O misticismo e a religiosidade fazem parte da vida quotidiana Cigana, são fonte de vida (BODNER, et al., 1992).

Devotos a Deus personificam a religião Cristã num misto de figuras católicas Românicas e imagens de Santa Sara Kali, oriunda da cultura Hindu⁵⁰ (BRAGA, 1997).

Rituais de Morte e Luto

Os ciganos acreditam na vida após a morte, e os seus rituais tem como objetivo, facilitar essa travessia e aliviar a dor dos seus antepassados.

Era costume colocarem valores nos caixões da pessoa morta, mas esse

hábito, em consequência da violação de túmulos, tem vindo a desaparecer.

Os ciganos não encomendam missa para seus entes queridos, mas oferecem uma cerimónia com água, flores, frutas, onde esperam que a alma da pessoa falecida compartilhe a cerimónia e se liberte gradativamente das coisas da Terra (Câmara Municipal de Mirandela, 2011).

As cerimónias fúnebres são feitas periodicamente até completar um ano de morte. O período de luto pode variar entre os 41 e os sete dias.

Durante o Luto algumas atividades como ver televisão e utilizar água e sabão estão proibidas, já que representam limpeza e alegria.

Para o grupo étnico cigano, os mortos nunca podem ser “provocados”; “chamar os mortos”, mesmo nomeando o seu nome ou “jurar pelos mortos” de outra pessoa é uma “ofensa à pessoa e a todos os membros da sua linhagem. (ARDÉVOL, 1994)

Como sinal externo de dor e como recordação da pessoa que faleceu, é habitual o luto entre os familiares mais próximos. Quando o defunto é o pai ou a mãe, as mulheres vestem-se totalmente de preto, incluindo lenços da cabeça e meias, mesmo que seja em pleno Verão, e mantêm-no por um espaço de tempo, que nunca é inferior a três ou cinco anos. Os homens também costumam vestir-se de preto, embora não seja uma obrigação tão imperativa podendo ostentar somente uma camisa preta (MENDES, 2000).

⁵⁰ Nossa Senhora Aparecida, que em Sevilha, é chamada de Santa Sara e representa a Deusa Hindu Khali

Iniciado o período de luto, a sua duração variará consoante a distância parental, mas deve ser permanente para a viúva. Durante algum tempo poderá haver abstinência de comer carne, assim como um período de “nojo”, durante o qual os ciganos não cortam o cabelo nem a barba, não tomam banho, nem mudam de roupa (MENDES, 2000).

Crenças

Ainda hoje as comunidades Ciganas possuem um elemento com dotes espirituais capaz de curar através do toque ou da utilização de ervas medicinais. A associação do Cigano (sobretudo a Mulher Cigana) a atos de adivinhação e mau-olhado, é frequente (DIREITOS HUMANOS, 2005).

Pouco mais existe, escrito sobre estas “faculdades” do povo Cigano o que aumenta a ênfase mística em torno do assunto.

AMBIENTE

O Género e a idade constituem os dois eixos de referência na identidade social do povo Cigano. A idade representa experiência de vida e conseqüentemente sabedoria.

É através dos mais velhos que se consegue obter acordos e seu cumprimento por parte do resto do grupo. Estes acordos globais podem ser uteis no sentido de fazer cumprir algumas normas socialmente aceites.

A valorização do Ancião é tanto maior quanto foi a sua condição de vida no que diz respeito à seriedade, honestidade e compreensão pelo outro. Estes valores são os de referência quando os Ciganos

procuram alguém mais velho para mediar um conflito ou dividir um território.

A solidariedade grupal é uma das características mais tradicionais do povo Cigano. A sua manifestação é mais notória em ocasiões festivas como os casamentos de funerais ⁵¹ (MENDES, 2000).

Estes dois motivos são preconizadores da dinamização intergrupal. Podendo reunirem-se várias famílias de diferentes linhagens para respeitar a comemoração. Outro aspeto que é responsável pela dinâmica de grupo é a desavença e conflito entre Ciganos. Momento em que a solidariedade entre os membros da mesma linhagem é acionada.

⁵¹ Como referido os momentos fúnebres podem ser caracterizados por momentos de convívio em honra do defunto

CONCLUSÃO

Cuidados de enfermagem culturalmente competentes traduzem a dimensão integradora dos cuidados holísticos, aqueles que são orientados para as necessidades individuais das pessoas, respeitando as diferenças culturais (LOPES, et al., 2009).

Num mundo global o ser humano é cultural, mais do que físico e mental, a sua riqueza em valores culturais é grande, pelo que tem de ser valorizada.

A Etnicidade do Enfermeiro, não é compatível com uma prestação de cuidados centrada na pessoa com quem cuida. O entorpecimento dos seus sentidos e sentimentos, perante uma cultura diferente, grande parte das vezes carregada de estereotipagens, não lhe permite ser culturalmente congruente.

Este documento pretende evidenciar características de algumas populações, Imigrantes em Portugal. A qualquer momento um membro destas comunidades pode apresentar uma situação de doença ou ausência de saúde e ter de estar perante um Enfermeiro.

As diferenças culturais apresentadas devem ser utilizadas como referência para a construção de estratégias de abordagem global da pessoa.

O enquadramento da abordagem cultural consciente, no metaparadigma de Enfermagem, é uma tentativa de responsabilizar o Enfermeiro para assumir o seu papel enquanto prestador de cuidados que se pretende que seja culturalmente competente e congruente.

Bibliografia

Antioxidant vitamins levels--nutrition and smoking. **VALACHOVICOVA, M, et al. 2003.** 12, s.l. : Bratislavske Lekarske Listy, 2003, Vol. 104, pp. 411-414.

ARDÉVOL, Elisenda. 1994. *Vigencias y cambio en la cultura de los gitanos.* Madrid : Alianza Editorial, 1994.

BARRADAS, Alexandra, RODRIGUES, João and PEREIRA, Maria Adelaide. 2009. O cuidar multicultural como estratégia no futuro. *Nursing edição Portuguesa.* 252, dezembro 17, 2009.

BODNER, A and LEININGER, M. 1992. *Transcultural Nursing Care Values, Beliefs and Practices of American (USA) Gypsies.* s.l. : J. Transcult. Nurs, 1992. pp. 17-28. Vol. 4.

BRAGA, Cristiane Giffoni. 1997. ENFERMAGEM TRANSCULTURAL E AS CRENÇAS, VALORES E PRÁTICAS DO POVO CIGANO. *Rev.Esc.Enf.USP.* 3, Dezembro 1997, Vol. 31, pp. p. 498-516.

BRASILESCOLA. 2012. Religião. *Brasil Escola.* [Online] brasilescola.com, 2012. [Cited: Janeiro 28, 2012.] <http://www.brasilescola.com/religiao/>.

Câmara Municipal de Mirandela. 2011. A Cultura Cigana. *Município de Mirandela.* [Online] Câmara Municipal de Mirandela, 2011. [Cited: Janeiro 29, 2012.] <http://www.cm-mirandela.pt/index.php?oid=3907>.

2010. *Cuidados de saúde Transculturais.* 3ª. Amadora : Lusodidacta, 2010. p. 484. 978-989-8075-28-4.

DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS. 2011. *dst-aids-hepatites virais.* aidsbrasil.com

informação e prevenção. [Online] ministério da saúde, 2011. [Cited: janeiro 28, 2012.] <http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>.

DIREITOS HUMANOS. 2005. Quem é o Povo Cigano? *Direitos Humanos.* [Online] Joomla!Art.com, 2005. [Cited: Janeiro 29, 2012.]

http://www.direitos.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=638&Itemid=25.

ESCOLA DE MEDICINA ORIENTAL E TERAPÊUTICAS. 2010. Medicina Chinesa. *EMOT.* [Online] Micro Arte, 2010. [Cited: Janeiro 28, 2012.] <http://www.medicinachinesapt.com/index.html>.

FERNANDES and João. 2002. *O Doente de Etnia Cigana.* s.l. : Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2002. 972-98149-4-5.

GARCIA, P. 1995. *O Padre Cigano.* Belo Horizonte : Fumarc, 1995.

GIGER, Joyce Newman and DAVIDHIZAR, Ruth. 2002. The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model. *Journal of transcultural nursing.* 2002, Vol. 13, 3, pp. 185-188. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16704190>.

HAMAMY, H. and ALWAN, A. 2002. Hereditary disorders in the eastern Mediterranean region. *Bulletin of the world Health Organization.* 72, 2002, pp. 145-154.

KOHN, Michael, et al. 2007. *Israel & the Palestinian Territories.* China : Lonely Planet Publications Pty Ltd, 2007. 978-1-86450-277-0.

- LEININGER, Madeleine. 1988.** *Caring, an essential human need, proceedings of the three National Caring Conferences.* Detroit : Wayne State University Press, 1988. pp. 3-11. 0-8143-1993-9.
- . **1991.** *Culture Care diversity and universality: a Theory of Nursing.* New York : League for Nursing Press, 1991.
- . **2010.** Enfermagem Transcultural: Imperativo da Enfermagem Mundial. *Enfermagem.* 2ª, 2010, Vol. 10, pp. 32-36.
- LOPES, José Carlos, et al. 2009.** *Multiculturalidade, perspectivas da Enfermagem.* Loures : Lusociência, 2009. 978-972-8930-45-5.
- MAHDI, AbdurRahman. 2011.** The Religion of Islam. *www.islamreligion.com.* [Online] cooperative office for Dawha in Rawdah, 2011. [Cited: Janeiro 24, 2012.] [http://www.islamreligion.com/pt/articles/454/viewall/#_ftn13529.](http://www.islamreligion.com/pt/articles/454/viewall/#_ftn13529)
- MENDES, Maria Manuela. 2000.** Um olhar sobre a identidade e a alteridade: Nós, os Ciganos e os Outros, os Não Ciganos. *Actas do IV Congresso Português de Sociologia.* Lisboa : s.n., 2000.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE BRASIL. 2009.** Sala da Situação em Saúde. *Portal da Saúde.* [Online] Ministério da Saúde, Junho 2009. [Cited: Janeiro 28, 2012.] [http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm.](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm)
- PESSOA, Renata, NÁCUL, Flávio and NÖEL, François. 2006.** Evidências de como a Genética pode Influenciar a eficácia de Fármacos. *Infarma.* 10, 2006, Vol. 18, Farmacogenética e Farmacogenômica.
- PICKTHALL, M. 1977.** *Then meaning of the glorious Qur'an.* Mecca : Muslim World League, 1977.
- PURNELL, Larry and PAULANKA, Betty. 2010.** *Cuidados de saúde Transculturais.* 3ª. Amadora : Lusodidacta, 2010. p. 484. 978-989-8075-28-4.
- SILVA, Luisa, et al. 2000.** A Comunidade Cigana e o Etnocentrismo da Instituição Médica de Saúde Comunitária. *Actas do IV Congresso Português de Psicologia.* Lisboa : s.n., 2000. p. 10.
- TOMEY, Ann and ALLIGOOD, Martha. 2004.** *Teóricas de Enfermagem e a sua obra.* Loures : Lusociência, 2004. 972-8383-74-6.
- WIKIPÉDIA. 2011.** História do Povo Cigano. *Wikipédia, a enciclopédia livre.* [Online] Wikipédia, Outubro 19, 2011. [Cited: Janeiro 29, 2012.] [http://pt.wikipedia.org/wiki/Hist%C3%B3ria_do_povo_cigano.](http://pt.wikipedia.org/wiki/Hist%C3%B3ria_do_povo_cigano)
- . **2012.** Saúde Pública na China. *www.en.wikipedia.org.* [Online] wikimedia foundation, 2012. [Cited: janeiro 24, 2012.] [http://en.wikipedia.org/wiki/Public_health-care_in_China.](http://en.wikipedia.org/wiki/Public_health-care_in_China)

APÊNDICE III (POSTER COMPETÊNCIA CULTURAL)

UMA ABORDAGEM CULTURALMENTE COMPETENTE

"Atualmente, num mundo global, onde os povos se movimentam com enorme facilidade, é imperioso atender aos aspetos culturais, assumindo-se que estes estão em estreita relação com o modo como a pessoa vive e olha o mundo e portanto a sua saúde. A compreensão das dimensões culturais, que ora se apresentam, é indubitavelmente necessária já que, quando se fala de cuidados de enfermagem, está subjacente o eliminar de pré-conceitos, juízos de valor e expressões de etnicidade. Assim, pode afirmar-se que a prestação de cuidados de enfermagem, culturalmente sensíveis, a que apela o modelo de competência cultural de Purnell et al, permitirá entender o Outro em contexto, respeitá-lo e cuidá-lo de uma forma que lhe faça sentido ou seja, que respeite a sua cultura, valores, crenças entre outros" (JOSÉ, 2012)

VISÃO GLOBAL, LOCALIDADES HABITADAS E TOPOGRAFIA

1. IDENTIFIQUE DE QUE PARTE DO MUNDO É PROVENIENTE;
2. IDENTIFIQUE ONDE O GRUPO RESIDE E CONSIDERE O NÚMERO DE INDIVÍDUOS;
3. IDENTIFIQUE OS PRINCIPAIS FATORES QUE LEVARAM À EMIGRAÇÃO;
4. EXPLORE OS FATORES ECONÓMICOS E POLÍTICOS QUE INFLUENCIARAM O GRUPO;
5. AVALIE O NÍVEL DE ESCOLARIDADE E O VALOR ATRIBUÍDO À EDUCAÇÃO;
6. IDENTIFIQUE AS OCUPAÇÕES PREDOMINANTES.

NUTRIÇÃO

1. EXPLORE O SIGNIFICADO DOS ALIMENTOS PARA O GRUPO;
2. IDENTIFIQUE PRÁTICAS DE CONFEÇÃO E PRINCIPAIS INGREDIENTES;
3. IDENTIFIQUE RITUAIS ALIMENTARES ESPECÍFICOS
4. IDENTIFIQUE PRÁTICAS DIETÉTICAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE;
5. EXISTEM DEFICIÊNCIAS ENZIMÁTICAS OU INTOLERÂNCIAS ESPECÍFICAS;

PADRÕES CULTURAIS DE COMUNICAÇÃO

1. IDENTIFIQUE A LÍNGUA DOMINANTE E OUTRAS FALADAS;
2. IDENTIFIQUE DIALETOS QUE POSSAM INTERFERIR;
3. EXPLORE A DISPONIBILIDADE PARA A PARTILHA DE SENTIMENTOS E DE IDEIAS;
4. IDENTIFIQUE O ESPAÇO PESSOAL E CARACTERÍSTICAS;
5. EXPLORE A PRÁTICA E O SIGNIFICADO DO TOQUE;
6. EXPLORE O CONTATO VISUAL E AS EXPRESSÕES FACIAIS.

RITUAIS DE MORTE

1. IDENTIFIQUE RITUAIS DE MORTE E EXPECTATIVAS ESPECÍFICAS;
2. EXPLORE OS RITUAIS E PRÁTICAS DE LUTO;
3. QUAIS AS PRÁTICAS DE ENTERRO ESPECÍFICAS;
4. EXPLORE O SIGNIFICADO DA MORTE E O PROCESSO DE VIDA APÓS A MORTE.

PAPEIS FAMILIARES E ORGANIZAÇÃO

1. IDENTIFIQUE QUEM TOMA DECISÕES E DE QUE TIPO;
2. QUAIS OS PAPEIS DO HOMEM E DA MULHER?
3. IDENTIFIQUE COMPORTAMENTOS TABU;
4. QUAIS AS PRIORIDADES DA FAMÍLIA?
5. EXPLORE O PAPEL DOS IDOSOS NA FAMÍLIA;
6. EXPLORE A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA ALARGADA;
7. IDENTIFIQUE ESTILOS DE VIDA ALTERNATIVOS.

ESPIRITUALIDADE

1. QUAL A INFLUÊNCIA DO DOMÍNIO DA RELIGIÃO FACE ÀS PRÁTICAS DE CUIDADOS DE SAÚDE;
2. EXPLORE A UTILIZAÇÃO DA ORAÇÃO, MEDITAÇÃO E OUTRAS ATIVIDADES.
3. EXPLORE O SIGNIFICADO DA VIDA
4. IDENTIFIQUE AS FONTES DE FORÇA DE INDIVÍDUAIS;
5. EXPLORE A RELAÇÃO ENTRE CRENÇAS E PRÁTICAS DE SAÚDE.

CONDIÇÕES DE SAÚDE E DE DOENÇA

1. IDENTIFIQUE FATORES DE RISCO ESPECÍFICOS RELACIONADOS COM O CLIMA;
2. IDENTIFIQUE DOENÇAS HEREDITÁRIAS OU GENÉTICAS COMUNS NO GRUPO;
3. IDENTIFIQUE DOENÇAS ENDÉMICAS;
4. IDENTIFIQUE SUSCETIBILIDADE DO GRUPO A UMA DOENÇA ESPECÍFICA;
5. IDENTIFIQUE VARIAÇÕES NO METABOLISMO DE DROGAS E/OU INTERAÇÕES;
6. IDENTIFIQUE COMPORTAMENTOS DE RISCO.

PRÁTICAS DE CUIDADOS DE SAÚDE

1. QUAIS AS CRENÇAS PREDOMINANTES?
2. QUAIS AS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA DOENÇA?
3. QUAL O FOCO DA PRÁTICA DE CUIDADOS EM SITUAÇÃO AGUDA (CURATIVA OU FATALISTA)?
4. QUEM ASSUME A RESPONSABILIDADE PELOS CUIDADOS DE SAÚDE?
5. EXISTEM OBSTÁCULOS À PRESTAÇÃO DE CUIDADOS?
6. QUAIS AS CRENÇAS E RESPOSTAS CULTURAIS À DOR?
7. QUAL A ACEITAÇÃO DE SANGUE E DERIVADOS, DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TRANSPLANTES?

"A Enfermagem é uma profissão de cuidados transculturais, a única que se centra na promoção do cuidado humano para pessoas de uma forma significativa, respeitando os valores culturais e estilos de vida." (Madeleine Leininger)

APÊNDICE IV (AÇÃO DE FORMAÇÃO – SAV EM PERSPETIVA)



SUPORE AVANÇADO DE VIDA EM PERSPETIVA

PRELETOR: ALUNO LUIS GONÇALVES, DO 4º CURSO DE MESTRADO EM
ENFERMAGEM COM ESPECIALIZAÇÃO EM MÉDICO-CIRÚRGICA
ORIENTAÇÃO: ENFERMEIRO PAULO PUNILHAS
TUTOR: PROFESSORADORA HELENA JOSÉ

OBJETIVO GERAL

- ACTUALIZAR CONHECIMENTOS NAS LINHAS ORIENTADORAS DE REANIMAÇÃO
- SISTEMATIZAR CONHECIMENTOS JÁ ADQUIRIDOS
- PRATICAR O PROTOCOLO DE REANIMAÇÃO, DA UCIP1

Fármacos usados na PCR

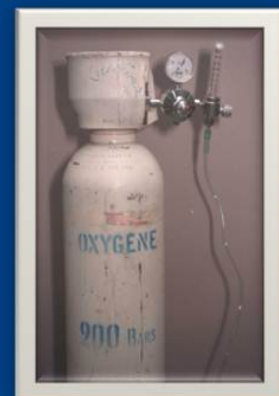
Objectivos

- × Conhecer as indicações, ações e doses dos fármacos usados em reanimação.
- × Conhecer as precauções e contra-indicações dos fármacos usados em reanimação.
- × Utilizar correctamente os vários fármacos na paragem cardíco-respiratória.

- Oxigénio
- Adrenalina
- Amiodarona
- Sulfato de magnésio
- Lidocaína
- Bicarbonato de Na⁺
- Atropina
- Vasopressina
- Aminofilina
- Fluídos

- Débito de 5 L /min → FiO₂ de 45%
- Débito de 10 L /min com balonete → FiO₂ de 85%

Débito suficiente para FiO₂ capaz de produzir Sat. O₂ > 95%



Mecanismo de Acção:

- Amina simpaticomimética (acção α e β)
- Vasoconstrição periférica
- Aumento da TA, perfusão cerebral e coronária

Precauções:

- Efeito pró-arritmico
- Recorrência de FV no período pós-PCR

**Indicações:**

- Primeiro fármaco na PCR
- Anafilaxia
- Choque cardiogénico (segunda linha)

Dose:

- 1 mg EV/IO cada 3-5 minutos (a cada 2 ciclos do algoritmo) até a reanimação ter sucesso ou ser abandonada

Mecanismo de acção:

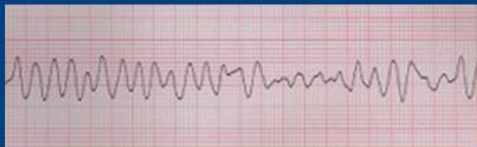
- Prolongamento da repolarização (intervalo QT)



Precauções:

- Pode ter efeito pró-arritmico
- Bradicardia e hipotensão - administração lenta

Indicações:



REFRACTÁRIAS



- Com estabilidade hemodinâmica
- Outras taquidisritmias resistentes

Dose em PCR:

- 300mg/20cc DxW a 5%, bólus
- Mais 150 mg bólus
- Se FV/TV recorrente – Perfusão de 900 mg/24 h



Dose em arritmias estáveis:

- 300 mg/100 ml de DxW a 5% em 20-60 min
- Seguida de: perfusões adicionais nas arritmias recorrentes até dose máxima 2 g/dia

- Doentes com hipocaliémia têm frequentemente hipomagnesiémia associada
- Factor facilitador de disritmias





- Refractária à desfibrilhação, se $\downarrow\text{Mg}^{++}$ provável



- Na presença de $\downarrow\text{Mg}^{++}$ provável



Dose em PCR:

- No caso de FV refractária – 2 gr EV (4ml de uma solução de sulfato de Mg^{++} a 50%)
- Esta dose pode ser repetida ao fim de 10 a 15 min

Mecanismo de acção:

- Reduz a automaticidade ventricular
- Diminuição da eficácia se $\downarrow K^+$ ou $\downarrow Mg^{++}$



Dose em PCR:

- 100 mg em bólus
- Pode repetir-se numa dose de 50 mg

Alternativa à amiodarona

Indicações:

- Acidose metabólica grave com hiato aniónico N
- PCR por hipercaliémia pré-existente
- PCR após intoxicação por tricíclicos



Desvantagens:

- Produz dióxido de carbono que:
 - Agrava a acidose intracelular
 - Tem efeito inotrópico negativo
 - Produz sobrecarga de sódio
 - Diminui a entrega de O_2 nos tecidos
- Extravasamento subcutâneo provoca lesão tecidual
- Incompatível com soluções de sais de cálcio
- Antagoniza os efeitos das aminas simpaticomiméticas



- Adenosina
- Atropina
- Amiodarona
- Digoxina
- Lidocaína Verapamil
- Flecainida
- Esmolol
- Procainamida

Mecanismo de acção:

- Atraso na condução no nódulo AV
- Semi-vida curta (10 a 15 segundos)

Indicações:

- TSV
- Taquicardias de complexos estreitos sem diagnóstico



Precauções:

- Administração feita sob monitorização
- Sensação transitória de morte eminente
- Avisar o doente se consciente
- Em asmáticos pode induzir ou agravar o broncospasmo
- Nos casos de FA ou flutter com via acessória, pode resultar em frequência ventricular elevada



Dose:

- 6mg em **bólus rápido**, numa veia central ou periférica de grande calibre, seguida de um “flush” de soro fisiológico
- Podem ser administrados mais 2 bólus de 12mg, com intervalos de 1 a 2 minutos



Mecanismo de acção:

- Parassimpaticolítico



Precauções: ∅

Indicações:

- Bradicardias com repercussão hemodinâmica
- Já não se recomenda o seu uso na PCR



Dose:

- Na bradicardia sintomática:
 - 0,5 - 1 mg EV
 - Até 3 mg
- Outras (intoxicação por inibidores das colinesterases)

Mecanismo de acção:

- Activa os receptores β_1 cardíacos
- Efeitos crono, ino e dromotrópicos positivos

Indicações:

- Bradicardia que não responde à atropina
- BAV sintomático, antes de colocação de pace-maker

Inotrópicos:

- Dobutamina
- Adrenalina
- Noradrenalina
- Dopamina

Não inotrópicos:

- Nitratos
- Aspirina
- Trombólise
- Opióides
- Naloxona

Mecanismo de acção:

- Efeito inotrópico positivo, dose dependente



Precauções:

- Disritmias cardíacas
- Aumento do consumo miocárdico de O_2
- Agravar a isquémia

Indicações:

- Hipotensão na ausência de hipovolémia



Dose:

- Em perfusão e.v.
- Vasodilatação da art. renal – 1 a 2 μ g/Kg/min
- Aumento do DC e da TA - 5 a 10 μ g/Kg/min
- Vasoconstrição generalizada - >10 μ g/Kg/min



**Algoritmo
de SAV**

Compreender como tratar os doentes em PCR, agrupando-os segundo:

- × Ritmos desfibrilháveis
 - × FV / TV sem pulso
- × Ritmos não desfibrilháveis
 - × Assistolia/AEsp

Garantir Segurança

Inconsciente?

Gritar por ajuda

Permeabilizar Via Aérea

Avaliar Sinais de Vida

**Pedir Ajuda Diferenciada e carro
de Reanimação**

30 Compressões Torácicas

2 Insuflações

Ligar monitor / Desfibrilhador

Analisar Ritmo





Ritmos Desfibrilháveis

FV / TVsp	
Choque 200 J	
SBV de qualidade 2 min	
Reavaliar Ritmo	
Choque 300 a 360J	
SBV de qualidade 2 min	
Reavaliar Ritmo	
Choque 360J	
Adrenalina, Amiodarona	



Ritmos Não Desfibrilháveis

Assistolia / AEsp	
SBV de qualidade 2 min	
Reavaliar Ritmo	
SBV de qualidade 2 min	
SBV de qualidade 2 min	
Adrenalina cada 3/5 min	
Identificar e tratar causas	

Durante a Reanimação:

- **Garantir qualidade do SBV:**
 - frequência, profundidade, re-expansão
- **Minimizar interrupções:**
 - planejar acções antes de interromper SBV
- **Administrar O₂**
- **Assegurar VA:** considerar IOT e Capnografia
- **Compressões ininterruptas após VA segura**
- **Acesso Vascular:** EV ou IO
- **Adrenalina** cada 3 – 5 min
- **Corrigir causas reversíveis**

Causas Reversíveis:

4 H

- Hipoxia
- Hipovolémia
- Hipo/hipercaliémia e outras alterações metabólicas
- Hipotermia

4 T

- TEP
- Tamponamento Cardíaco
- Tóxicos/Toxinas
- PneumoTórax HiperTensivo

QUESTÕES



Sumário

- × É prioridade absoluta identificar o ritmo
- × Se FV/TVsp desfibrilhar
- × Identificar e corrigir causas potencialmente reversíveis
- × Fundamental preservar a perfusão cerebral e coronária
⇒ SBV de qualidade e ininterrupto + adrenalina

VAMOS À
PRÁTICA?

APÊNDICE V (PLANO DE SESSÃO)

1. **NOME DA PRELEÇÃO:** SUPORTE AVANÇADO DE VIDA EM PERSPETIVA
2. **LOCAL:** Sala de Reuniões da UCIP1
3. **DATA:** 31/01/2012 e 02/02/2012
4. **TEMPO TOTAL:** 120 min
5. **PRELETOR:** Estudante 1922010041 Luis Miguel Gonçalves

6. SESSÕES ESPECÍFICAS:

- 1) FÁRMACOS EM PCR (20 min)
- 2) ALGORITMO DE SAV (20 min)
- 3) SAV ROLE PLAYING (70 min)

7. OBJECTIVOS

a) Objectivo Geral:

- Actualizar conhecimentos nas linhas orientadoras de reanimação
- Sistematizar conhecimentos já adquiridos
- Praticar o protocolo de reanimação, da UCIP1

b) Objectivos Específicos:

- Conhecer as indicações, ações e doses dos fármacos usados em reanimação.
- Conhecer as precauções e contra-indicações dos fármacos usados em reanimação.
- Utilizar correctamente os vários fármacos na paragem cárdio-respiratória.
- Compreender como tratar os doentes em PCR, agrupando-os segundo:
 - Ritmos desfibrilháveis
 - FV / TV sem pulso
 - Ritmos não desfibrilháveis
 - Assistolia/AEsp

8. MÉTODO

- a) Expositivo.
- b) Discussão convergente.
- c) Role-Playing

9. MATERIAL

- a) Sala de formação.
- b) Projector multimédia.
- c) Apresentação multimédia (Powerpoint).

10. PLANO DE SESSÃO

a) INTRODUÇÃO (5 min):

- Apresentação breve do formador.
- Enquadramento da Sessão no plano do Curso.

b) DESENVOLVIMENTO (40 min):

- Abordagem dos principais fármacos usados em reanimação
- Tempos de utilização dos fármacos
- Exemplos de aplicação
- Apresentação do algoritmo de SAV
- Exemplos de tiras de ritmo em SAV
- Apresentação de um caso clínico para execução prática

c) CONCLUSÃO (5 min):

- Sintetizar os conceitos fundamentais.
- Estabelecer “a ponte” para a casuística da UCIP.
- Encerramento da Sessão.