



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

***CUIDAR A CRIANÇA/FAMÍLIA ORIUNDA DOS PALOP:
A DIFERENÇA NA IGUALDADE...***

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

Por ANABELA OLIVEIRA NAMORA

Lisboa

2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

***CUIDAR A CRIANÇA/FAMÍLIA ORIUNDA DOS PALOP:
A DIFERENÇA NA IGUALDADE...***

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

ANABELA OLIVEIRA NAMORA

Sob orientação de Professora LÍLIA ROSA ALEXANDRE VARA

Lisboa

2011

“Ainda que os teus passos pareçam inúteis, vai abrindo caminhos, como a água que desce cantando da montanha. Outros te seguirão...”

Antoine de Saint-Exupéry

RESUMO

O Estado Português, em prol de razões históricas, socioeconómicas, culturais e de solidariedade, é um dos apoiantes no que concerne à melhoria da qualidade do estado de Saúde dos cidadãos oriundos dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), sendo a assistência médica em Portugal, considerada como um “eixo estratégico importante no reforço da cooperação internacional no domínio da saúde” (Direcção Geral de Saúde, 2008).

O estabelecimento de Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde entre o Governo Português e os dos PALOP conduz a que, anualmente, Portugal se depare com um número considerável de crianças/famílias oriundas destes países para realização de tratamento. No entanto, os referidos acordos, nem sempre respondem às necessidades destas crianças/famílias, deparando-se as mesmas com diversos impedimentos aquando do acesso aos cuidados de saúde no país de acolhimento (Alves e Namora, 2010).

Os enfermeiros, no decorrer do seu quotidiano, deparam-se com a necessidade de prestação de cuidados transculturais, podendo emergir destes algumas dificuldades, não só de comunicação, mas também de cariz cultural, religioso e de valores entre a criança/ família que cuidam e os próprios, dado que também têm os seus próprios valores, crenças e cultura. Este tipo de situações é frequente e a compreensão de algumas particularidades inerentes, poderá conduzir ao estabelecimento de um clima de confiança e empatia, evitando conflitos, facilitando a adesão ao tratamento e aumentando o grau de satisfação por parte da criança/família oriunda dos PALOP.

Neste sentido, surge o presente Relatório, na sequência de um Projecto de Estágio que se operacionalizou em dois módulos distintos, nos quais o agir do mestrando, segundo uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva, foi direccionado para o *Cuidar a Criança/Família oriunda dos PALOP*, em contexto de Cuidados de Saúde Primários e Cuidados Diferenciados, tendo subjacente o modelo teórico proposto por Madeleine Leininger (Teoria da Diversidade e Universalidade). Pretende-se assim, demonstrar as competências desenvolvidas que permitiram contribuir para uma resposta à problemática apresentada e às necessidades destas crianças famílias, centrando-se os cuidados “(...) nas respostas humanas às transições vividas pelas pessoas e famílias ao longo do ciclo vital usando conhecimento gerado pela investigação e teoria de enfermagem (para onde aponta a enfermagem avançada)” (Silva, 2007:19).

Existe ainda um longo caminho a percorrer, no entanto, acredita-se que com a realização deste trabalho, pequenos passos foram dados no sentido da promoção de boas práticas na abordagem à criança/família oriunda dos PALOP, sensibilizando-se os profissionais de saúde para a problemática e a indispensabilidade de inclusão dos aspectos culturais nos cuidados, facilitando-se o acesso/encaminhamento aos serviços de saúde e acima de tudo, promovendo-se a humanização do *cuidar* destas crianças/famílias.

PALAVRAS-CHAVE: Criança/Família, Cultura, PALOP, Enfermagem.

ABSTRACT

The Portuguese State, in order with historical, social-economics, cultural and solidarity reasons, is one of the supporters in what regards the improvement of the healthcare of the citizens from the African Countries of Portuguese as Official Language (ACPOL), being the medical assistance in Portugal, considered as an "important strategic tool in the reinforce of the international cooperation in the Health domain" (Direcção Geral de Saúde, 2008).

The establishment of Cooperation Accords in the Health Domain between the Portuguese Government and the ones of the ACPOL, result that, annually, Portugal faces a considerable number of children/families from these countries for the realization of treatments. Meanwhile, the referred accords, not always answer the needs of those children/families, who will face several obstacles when they'll try to get access to healthcare in the hosting country (Alves e Namora, 2010).

Nurses, during their everyday work, face the need of offering transcultural cares, with the risk of the emerging of some difficulties, not only in terms of communication, but as well of cultural nature, religious and values between the child/family that are taking care of and themselves, knowing that they have as well their own values, beliefs and culture. This type of situation is frequent and the understanding of some specific details can drive to a establishment of an environment of trust and reliance, avoiding this way possible conflicts, and becoming easier the engage with the treatment and raising the level of satisfaction of the child/family from the ACPOL.

In this way arrives the present report, in the sequence of a Probation Project that took place in two distinct modules, in which the action of the Masters' student, following a descriptive, analytic and reflexive methodology, was driven to the Care a Child/Family from the ACPOL, in context of Primary Healthcare and Differentiated Cares, having as base, the theory of the model proposed by Madeleine Leininger (Theory of Diversity and Universality). It is pretended to show the developed competences that allowed to contribute to an answer for the presented problematic and to the needs of those children/families, focusing the cares "in the human answers to the experienced transitions by the persons and families all along their vital cycle using knowledge generated through investigation and nursing theory (where the advanced nursing is pointing at)" (Silva, 2007:19).

It still exists a long way to run, meanwhile, there is the belief that with the realization of this work, little steps were made towards the promotion of good actions in the approach to the child/family from the ACPOL, appealing conscientiously the healthcare professionals for the problematic and the main necessity of the inclusion of cultural aspects in the cares, becoming easier the access/orientation at the healthcare services, and most of all, promoting the human side of the care of these children/families.

KEY-WORDS: Child/Family, Culture, ACPOL, Nursing.

AGRADECIMENTOS

Ao meu filho Vicente, pela enorme paciência e sorriso contagiante,

Ao meu marido, pelo apoio incondicional neste percurso,

Aos meus pais, irmão e restante família, pela ajuda e incentivo permanente,

À Enfª. Chefe Rosário Louzada, Enfª. Carmo Alves, aos meus colegas e amigos, pela compreensão, desabaços partilhados e encorajamento,

À Professora Lília Vara, pela orientação e extrema disponibilidade ao longo da elaboração do Projecto, dos vários módulos de Estágio e da realização deste Relatório,

A todas as crianças/famílias oriundas dos PALOP, nas quais este trabalho encontra o seu verdadeiro sentido...

O meu Muito Obrigada...

Anabela Namora

SIGLAS

ACES- Agrupamento dos Centros de Saúde
ACIDI I.P.- Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, IP.
CHLC- Centro Hospitalar de Lisboa Central
CNAI- Centro Nacional de Apoio ao Imigrante
CS- Centro de Saúde
CSP- Cuidados de Saúde Primários
CRP- Constituição da República Portuguesa
DGS- Direcção Geral de Saúde
EPE- Entidade Pública Empresarial
HDE- Hospital Dona Estefânia
HFF- Hospital Fernando da Fonseca
IAC- Instituto de Apoio à Criança
ICS- Instituto de Ciências da Saúde
IC- Intervenção Comunitária
PALOP- Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
RN- Recém-Nascido
SEF- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras
SI- Saúde Infantil
SIP- Saúde Infantil e Pediatria
SNS- Serviço Nacional de Saúde
SUP- Serviço de Urgência Pediátrica
UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade
UCIN- Unidade de Cuidados intensivos Neonatais
UCP- Universidade Católica de Lisboa
UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
USF- Unidade de Saúde Familiar
UICD- Unidade de Internamento de Curta Duração

ABREVIATURAS

Enf.^a- Enfermeira

Enf.^o- Enfermeiro

Fig. - Figura

ORL- Otorrinolaringologia

p. - página

[s.n] – editor desconhecido

SUMÁRIO

	p.
0- <u>INTRODUÇÃO</u>	19
CAPÍTULO UM - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
1- <u>JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA</u>	21
1.1-CUIDAR A CRIANÇA/FAMÍLIA ORIUNDA DOS PALOP EM PORTUGAL...	21
1.2- DIREITO DE ACESSO DAS CRIANÇAS ORIUNDAS DOS PALOP AOS CUIDADOS DE SAÚDE	22
1.3- A NECESSIDADE DA PRÁTICA DE UMA ENFERMAGEM TRANSCULTURAL...	25
CAPÍTULO DOIS – ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXÃO SOBRE O PERCURSO VIVIDO	27
1- <u>MÓDULO I</u>	28
1.1-GABINETE DA SAÚDE DO CENTRO NACIONAL DE APOIO AO IMIGRANTE	28
1.1.1- <u>Caracterização do Contexto da Prática</u>	28
1.1.2- <u>Um Olhar sobre o Percurso Realizado...</u>	29
1.2- UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS DA VENDA NOVA - ACES VII	31
1.2.1- <u>Caracterização do Contexto da Prática</u>	31
1.2.1.1- Caracterização da População abrangida pela UCSP da Venda Nova	32
1.2.2- <u>Um Olhar sobre o Percurso Realizado...</u>	33
2- <u>MÓDULO II</u>	42
3- <u>MÓDULO III</u>	43
3.1-HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA	43
3.1.1- <u>Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital Dona Estefânia</u>	44
3.1.1.1- Caracterização do Contexto da Prática	44
3.1.1.2- Um Olhar sobre o Percurso Realizado...	46

3.1.2- <u>Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital Dona Estefânia</u>	49
3.1.2.1- Caracterização do Contexto da Prática	49
3.1.2.2- Um Olhar sobre o Percurso Realizado...	51
4- <u>CAMINHO PERCORRIDO: UMA ABORDAGEM PELAS COMPETÊNCIAS...</u>	58
5- <u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	60
6- <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	63
7- <u>ANEXOS</u>	71
ANEXO I – Legislação relativa aos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde estabelecidos entre o Governo da República Portuguesa e os Governos das Repúblicas dos PALOP	73
ANEXO II – Reflexão Crítica: <i>“Um Recurso Desconhecido... Gabinete da Saúde no Centro Nacional de Apoio ao Imigrante (CNAI)”</i>	91
ANEXO III – Sumário do Dossier de Legislação relativa ao Direito de Acesso dos Imigrantes aos Cuidados de Saúde em Portugal	103
ANEXO IV - Utentes inscritos na UCSP da Venda Nova	109
ANEXO V – Folheto <i>“Mitos e Crenças da Cultura Africana relacionados com a Amamentação”</i>	113
ANEXO VI - Relatório da Formação em Serviço: <i>“Mitos e Crenças: um olhar pelas diferentes culturas...”</i>	117
ANEXO VII - Sumário do Dossier que integra legislação relativa ao direito de acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde em Portugal e Recursos da Comunidade disponíveis	153
ANEXO VIII - Folheto <i>“Direitos na Saúde para a População oriunda dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) em Território Nacional”</i>	165
ANEXO IX – Poster <i>“Sucesso na Amamentação: Afinal não é só instinto!”</i>	171
ANEXO X - Folheto <i>“Administração de Leite Materno por Copo”</i>	175
ANEXO XI – Reflexão Crítica: <i>“Saúde da criança/ família oriunda de Cabo Verde: Uma situação de risco...”</i>	179
ANEXO XII – Reflexão Crítica: <i>“Prevenção de Comportamentos de Risco na Adolescência e a Importância do Papel Parental”</i>	195
ANEXO XIII – Reflexão Crítica: <i>“Reunião de estudos de caso: Uma peça-chave...”</i>	209
ANEXO XIV – Folheto <i>“Guia de acolhimento: Informação para pais e Acompanhantes –UCIN”</i>	225

ANEXO XV - Dados estatísticos sobre o número de puérperas admitidas no serviço de Obstetrícia do HDE no período de Outubro de 2009 a Setembro de 2010	229
ANEXO XVI - Relatório da Formação em Serviço: "O RN/Família oriundos dos PALOP na UCIN: Para um cuidar culturalmente competente..."	233
ANEXO XVII - Documento escrito: "O RN/Família oriundos dos PALOP na UCIN: Para um cuidar culturalmente competente..."	267
ANEXO XVIII - Folheto "Guia de Acolhimento: Informação para pais e acompanhantes" traduzido para Crioulo Cabo-Verdiano	333
ANEXO XIX- Reflexão Crítica: "Avaliação da dor no RN de termo e pré-termo"	337
ANEXO XX - Procedimento Sectorial "A Criança/Família oriunda dos PALOP: Acolhimento da Criança/Família oriunda dos PALOP, ao Abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde, no SUP do HDE"	349
ANEXO XXI - Relatório da Formação em Serviço "A Criança/Família oriunda dos PALOP: Acolhimento da Criança/Família oriunda dos PALOP, ao Abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde, no SUP do HDE"	431
ANEXO XXII – Reflexão Crítica "Serviço de Urgência Pediátrica do HDE: A Prática baseada na Evidência..."	461

SUMÁRIO DE FIGURAS

Figura 1- Percorso dos doentes evacuados ao Abrigo dos Acordos de Cooperação no domínio da Saúde	24
---	----

0- INTRODUÇÃO

A elaboração do Relatório de Estágio insere-se no Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) – Universidade Católica Portuguesa (UCP). Com a realização do mesmo, pretende-se demonstrar o percurso de formação efectuado em unidades de prestação de cuidados de saúde no decorrer dos distintos módulos, de acordo com os objectivos previamente traçados e as subjacentes actividades, bem como evidenciar as competências adquiridas e/ou desenvolvidas, que permitem ao Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (SIP) actuar de forma autónoma, interdependente e responsável, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados à criança/família.

A selecção da temática **Cuidar a Criança/Família Oriunda dos PALOP: a Diferença na Igualdade...** decorre de uma necessidade de reflexão sobre um problema com que diariamente um vasto número de enfermeiros experiencia na sua prática de cuidados. Este problema traduz-se em duas perspectivas: por um lado, as especificidades, necessidades e dificuldades destas crianças/famílias, que se encontram em Portugal para tratamento médico ao Abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde, e por outro, as crianças que descendem de pais oriundos dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), e que desta forma vêem perpetuados e profundamente enraizados os valores, as crenças, a cultura e o sentimento de pertença, deparando-se também elas com diversas dificuldades quando acedem aos serviços de saúde em Portugal. A acrescentar a esta problemática, verifica-se que esta é uma área subvalorizada, pouco estudada, pelo que se revela ser um tema actual e desafiante.

A estruturação deste Relatório de Estágio, surge de acordo com os objectivos delineados, actividades correspondentes, bem como, as competências desenvolvidas no decorrer do estágio, destacando-se a assistência à “(...) criança /jovem com a família, na maximização da sua saúde”, a prestação de “(...) cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” e o “cuidar da criança/jovem e família em situações de especial complexidade” (nº1 do artigo 4º do Regulamento nº 123/2011 de 18 de Fevereiro).

O Módulo I do Estágio decorreu na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) da Venda Nova - ACES VII, no período compreendido entre 26 de Abril a 18 de Junho de 2010. Este módulo integrou ainda um período de observação de três dias num Recurso da Comunidade, nomeadamente no Centro Nacional de Apoio ao Imigrante (CNAI) de 19 a 21 de Abril de 2010. No Módulo II foi obtida creditação, no entanto, considera-se importante uma breve alusão às competências que justificaram esta creditação. O Módulo III realizou-se em

contexto hospitalar, no Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC) – Entidade Pública Empresarial (EPE) Pólo Hospital Dona Estefânia (HDE), na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) de 27 de Setembro a 22 de Outubro de 2010 e no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) de 25 de Outubro a 19 de Novembro de 2010.

Optou-se por realizar estágio no HDE, pois a necessidade de explorar esta temática decorreu precisamente do contacto que se tem com estas crianças/famílias neste hospital, observando-se as suas dificuldades em torno do processo que envolve a hospitalização e a permanência num país tão desconhecido, como se revela Portugal. A proposta do mestrando para realização de estágio no CNAI e na UCSP da Venda Nova, deve-se ao facto de a população por estes abrangida se coadunar com a população para a qual se direccionava a temática do Projecto de Estágio. Pretendia-se desta forma, otimizar todos os contextos para melhorar a qualidade dos cuidados às crianças/famílias oriundas dos PALOP. Mas para que tal acontecesse, tornou-se necessário conhecer e aprofundar os referidos contextos, pois o seu conhecimento específico, assim como o apoio que davam a esta comunidade em território nacional, ainda não eram aspectos evidentes. Desta forma, tenta-se dar resposta a um problema evidente da prática de cuidados de enfermagem, indo mais uma vez ao encontro das competências do enfermeiro especialista em SIP, ao qual compete trabalhar “(...) em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa,...) para promover o mais elevado estado de saúde possível”, prestando “(...) cuidados à criança saudável ou doente (...), proporcionando educação para a saúde, identificando e mobilizando recursos de suporte à família/pessoa significativa (Regulamento nº 123/2011 de 18 de Fevereiro).

Para a realização deste Relatório de Estágio, tendo em conta os objectivos propostos, utilizou-se como metodologia a reflexão e análise crítica, para a qual contribuiu determinantemente a realização do portefólio reflexivo no decorrer do Estágio, tendo presente a evidência científica.

Relativamente à estruturação do Relatório, seguiu-se o seguinte critério de exposição: no Capítulo Um - Enquadramento Teórico, é explanada uma breve revisão da literatura acerca da temática em questão; no Capítulo Dois - Análise Crítica e Reflexão sobre o Percurso Vivido, realizando-se uma divisão pelos módulos realizados, efectua-se primeiramente uma breve caracterização do contexto da prática e posteriormente, reflecte-se acerca dos objectivos, actividades e competências adquiridas/desenvolvidas em cada um dos mesmos. No final do capítulo, executa-se uma breve análise e reflexão do caminho de formação efectuado, sustentando-se sempre as tomadas de decisão com suporte bibliográfico adequado. Termina-se com algumas considerações finais, nas quais se incluem limitações/dificuldades sentidas enquanto futuro enfermeiro especialista em SIP e de que forma promoveram o crescimento pessoal e profissional, propondo-se ainda algumas sugestões que poderão conduzir a investigações futuras nesta área e à melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança/família oriunda dos PALOP.

CAPÍTULO UM - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste primeiro capítulo efectuar-se-á a justificação do tema em questão, suportada pela reflexão sobre a realidade com que o país se depara actualmente no *Cuidar a Criança/Família oriunda dos PALOP em Portugal*, seguindo-se uma breve abordagem do *Direito de Acesso das Crianças Oriundas dos PALOP aos Cuidados de Saúde*, quando em território nacional. Termina-se com uma breve reflexão acerca da *Necessidade da Prática de uma Enfermagem Transcultural*.

1- JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA

1.1-CUIDAR A CRIANÇA/FAMÍLIA ORIUNDA DOS PALOP EM PORTUGAL...

Portugal, outrora um país de emigrantes, tem-se vindo a tornar num país acolhedor de imigrantes oriundos das mais diversas partes do mundo, nomeadamente dos PALOP. Estes são um grupo formado por seis (inicialmente cinco) países lusófonos africanos fundado em 1996. Cinco dos membros foram colónias de Portugal em África, que obtiveram a independência entre 1974 e 1975. O outro país diz respeito à Guiné Equatorial, que em 2007 adoptou o português como língua oficial.

Segundo o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) no ano de 2004, o número de estrangeiros em Portugal era de 444 194, representando os imigrantes oriundos dos PALOP (Cabo Verde¹, São Tomé e Príncipe, Guiné-Bissau, Angola e Moçambique) cerca de 30,1% deste valor, "(...) correspondendo a 45,5% de cidadãos não comunitários, em situação regular em Portugal" (Backstrom e Carvalho, 2009:166). O país depara-se assim com o dever de dar resposta às mais variadas necessidades dos diversos grupos multiculturais, não sendo os cuidados de saúde uma excepção.

As crianças/famílias oriundas dos PALOP, quer as que se encontram em Portugal ao Abrigos dos Acordos, quer as que já residem no país, são um grupo particularmente vulnerável, pois para além dos graves problemas de saúde que possuem, enfrentam ainda diversas dificuldades, nomeadamente: níveis económicos e socioculturais mais baixos quando comparados com o nível médio da população portuguesa; más condições habitacionais, sendo frequentemente alojadas em pensões sobrelotadas, com deficientes condições de higiene ou de privacidade; inexistência de alojamento, que decorre da falta de apoio por parte de algumas Embaixadas; escassos recursos económicos, pois na ausência de apoio por parte das

¹ Comunidade imigrante em maior número e que há mais tempo se encontra em Portugal. Autoridades cabo-verdianas apontam para um número superior a 100 000 indivíduos oriundos de Cabo Verde a residir em Portugal, apontando Santiago, São Vicente e Santo Antão como as principais ilhas de origem (Grassi, 2009:39)

Embaixadas estes utentes vêm-se na incapacidade de suportar qualquer tipo de despesa; falta apoio familiar, pois muitos destes imigrantes não têm família em Portugal; falta de informação sobre direitos e deveres e, por fim, dificuldade na adaptação a uma cultura específica, pois os PALOP adoptam uma cultura com normas, regras e valores distintos daqueles que são adoptados em Portugal (Cabrita *et al*, 2010:19). A acrescentar a estes aspectos, associam-se dificuldades de comunicação com os profissionais de saúde e barreiras burocráticas, pois para alguns imigrantes não é clara a forma como funciona o sistema de saúde português (Monteiro, 2005:54). Sabe-se que não existem programas multiculturais de cuidados de saúde para imigrantes em Portugal e que os mesmos são atendidos nos serviços dirigidos a todos os cidadãos, existindo, no entanto, algumas iniciativas desenvolvidas por organizações sem fins lucrativos.

Referenciam-se os resultados de um estudo da UCP (Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa) realizado por Lages e Policarpo (2002), no qual perante a afirmação “os imigrantes têm de deixar os seus usos e costumes se quiserem fazer parte da nossa sociedade”, 61,1% dos inquiridos, discordou, sendo que a sua maioria (60,3%), concorda com a afirmação “a presença dos imigrantes enriquece a vida cultural do nosso país”. Como tal, torna-se imperativo minimizar o choque cultural entre o enfermeiro e o utente de quem cuida, de forma a combinar o cuidar genérico (ou popular) e o cuidar profissional. É esta a finalidade da teórica de enfermagem Madeleine Leininger, já que se nasce, vive, adoece e morre dentro de uma estrutura de referência de cuidados culturais e cada cultura tem a sua forma própria de definir, compreender, reflectir e explicar a saúde e doença, sendo a família reconhecida como uma unidade mediadora de práticas culturais, sociais e de saúde /doença de uma geração para a seguinte, proporcionando um ambiente natural no qual as tradições se transmitem, mantendo heranças culturais e étnicas vivas (Lopes *et al*, 2009:182)

Os aspectos socioculturais podem determinar barreiras consideráveis nos cuidados de saúde, quer pela forma de perceber o binómio saúde/doença e recursos aos cuidados, quer pela dificuldade que gera nos profissionais a prestação de cuidados a pessoas com cariz cultural diferente. Desta forma, a assistência do profissional de saúde, aquando da prestação de cuidados, deve focalizar a tradição cultural do indivíduo, evidenciando-se sempre a troca de saberes, pois é esta capacidade que o profissional de saúde tem em lidar com esta realidade, que irá determinar o sucesso da sua prática.

1.2-DIREITO DE ACESSO DAS CRIANÇAS ORIUNDAS DOS PALOP AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Em Portugal, a assistência médica, a cidadãos oriundos dos PALOP revela-se como um dos eixos estratégicos importantes no reforço da cooperação internacional no domínio da saúde, tendo-se estabelecido acordos com os PALOP (à excepção da Guiné Equatorial) a partir de 1977.

A realização dos referidos acordos, vieram por este meio tentar colmatar os graves problemas de saúde que esta população vivencia no seu país, visto que se deparam com uma rede de cuidados de saúde muito deficitária, destacando-se: a carência de hospitais, a escassez de assistência médica e a falta de meios complementares e de diagnóstico.

Neste sentido, os serviços de internamento hospitalares em Portugal, recebem frequentemente, crianças oriundas dos PALOP para efectuar tratamento, ao abrigo de acordos estabelecidos entre o Governo da República Portuguesa e os Governos das Repúblicas: de Cabo Verde (Decreto-Lei nº 24/77 de 3 de Março), de Guiné-Bissau (Decreto-Lei nº 44/92 de 21 de Outubro), Democrática de São Tomé e Príncipe (Decreto-Lei nº 25/77 de 3 de Março), Popular de Moçambique (Decreto-Lei nº 35/88 de 12 de Julho) e Popular de Angola (Decreto do Governo de 18 de Julho) (Anexo I), decretados pela alínea c do nº1 do artigo 200º da Constituição da República Portuguesa (CRP), prestando-lhes cuidados de enfermagem "(...) de forma a que mantenham, melhorem ou recuperem a sua saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível", nos termos do nº 1 do Artigo 4º do Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

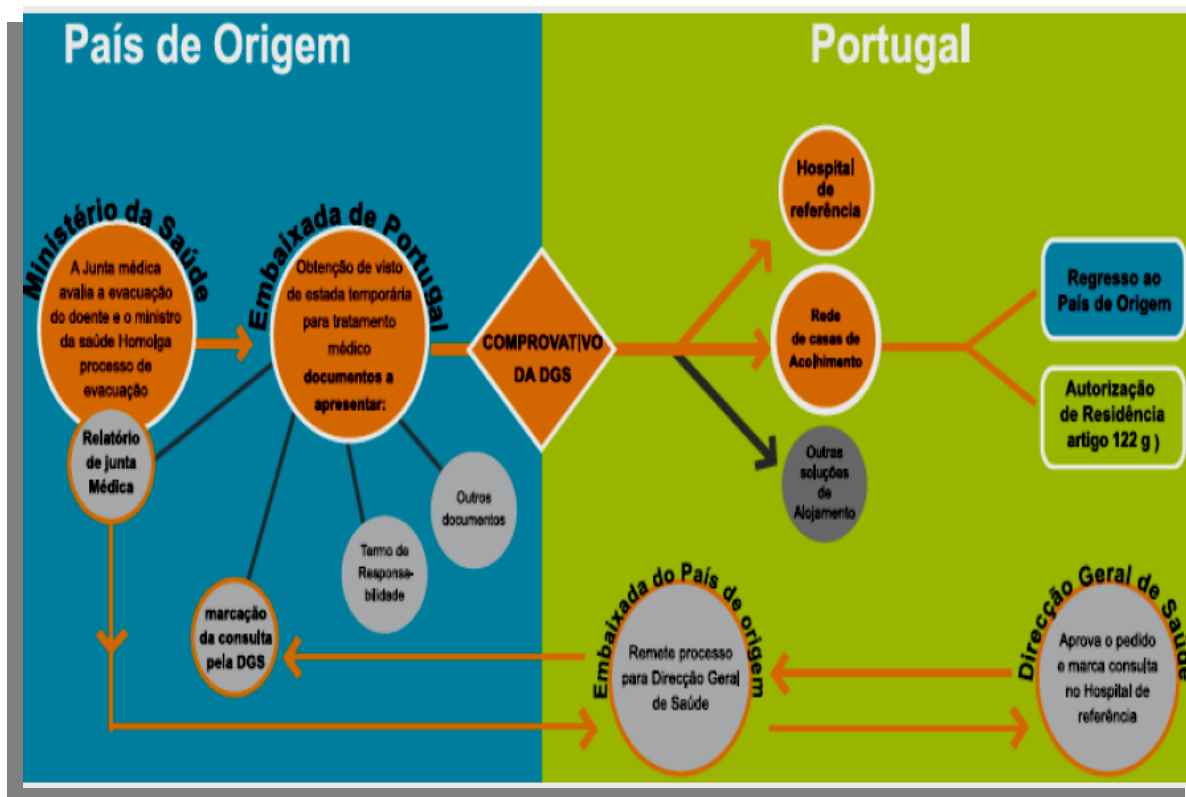
Cada um destes países possui legislação própria, nomeadamente, com encargos distintos. De uma forma geral, estes decretos prevêm responsabilidades para Portugal e para os Governos de cada um dos PALOP, tal como consta na Circular Normativa nº 04/DCI de 16/04/2004 da Direcção Geral de Saúde (DGS), responsabilizando-se Portugal pela assistência médica hospitalar (internamento, semi-internamento e ambulatório); meios complementares de diagnóstico e terapêutica quando realizados em estabelecimentos hospitalares oficiais ou suas dependências e transporte em ambulância do aeroporto ao hospital, quando clinicamente exigido. Aos países Africanos cabe a responsabilidade do transporte de vinda e retorno ao país de origem; deslocação do aeroporto ao local de destino; alojamento a doentes não internados ou em regime de semi-internamento e ambulatório; alojamento após o tratamento ter sido dado como concluído pelas entidades hospitalares; medicamentos, produtos farmacêuticos e próteses e, por fim, funeral ou repatriação do corpo em caso de morte (DGS, 2004: 1).

No entanto, habitualmente constata-se que as Embaixadas dos PALOP, não cumprem o estabelecido nos acordos (Cabrita *et al*, 2010:11), deparando-se as crianças e respectivas famílias com inúmeras dificuldades, quer a nível socioeconómico, quer a nível da saúde, conduzindo por diversas vezes, à falta de subsistência económica e a uma fraca ou inexistente adesão ao regime terapêutico, favorecendo-se a agudização da doença.

Relativamente ao percurso dos doentes evacuados ao Abrigo dos Acordos de Cooperação no domínio da Saúde, este consiste num trajecto constituído por diversas fases, pelo qual o doente tem de passar até chegar ao país de acolhimento. Contudo, existem duas situações distintas de evacuação: a evacuação em situação de urgência e a evacuação com consulta marcada. Nas situações de urgência, o processo de evacuação é mais rápido e o trajecto pelo qual este processo passa, é deveras mais curto quando comparado com as situações de evacuação por consulta marcada (DGS, 2004:3). Nas situações de consulta

marcada, o referido processo de evacuação segue um trajecto mais burocrático e moroso (Fig. 1).

Fig. 1- Percurso dos doentes evacuados ao Abrigo dos Acordos de Cooperação no domínio da Saúde



Fonte: A.C.I.D.I, IP (2010)

No entanto, nem todos os indivíduos com necessidades de assistência médica podem ser evacuados, pois, existe preconizado um número máximo de doentes a evacuar anualmente, que por vezes é excedido. Este número varia de país para país, sendo que para Cabo-Verde e Guiné-Bissau, o número máximo a evacuar é de 300 doentes, enquanto que para Angola e São Tomé e Príncipe o número máximo é de 200 doentes. Moçambique pode evacuar no máximo 50 doentes. O processo de evacuação é muito burocrático e demorado, pelo que, habitualmente, os doentes têm de esperar vários meses até chegarem ao país de acolhimento, neste caso, Portugal. Desta forma, os longos meses que ficam a aguardar no país de origem podem ser determinantes para a evolução e complicação da doença (Cabrita *et al*, 2010:11).

Em Abril de 2009, foi criada a Consulta de Cooperação Internacional, na Consulta de Cardiologia Pediátrica, que posteriormente se expandiu para a Consulta de Cardiologia de Adultos do Hospital de Santa Marta e Infeciologia do Hospital Dona Estefânia. Esta consulta apresenta como população alvo, os doentes oriundos dos PALOP, que vêm para território nacional ao Abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde, tentando-se na mesma proporcionar um clima de empatia, disponibilidade e sensibilidade para as especificidades, que rume ao encontro das necessidades brotadas por esta população.

No período de Abril a Dezembro de 2009, compareceram na Consulta de Cooperação Internacional 385 doentes. Destes doentes, 270 correspondem a crianças com menos de 15 anos de idade (Cabrita *et al*, 2010:14)

De acordo com o Relatório das Nações Unidas sobre a Imigração (A.C.I.D.I.;IP, 2009), Portugal ocupa um lugar de destaque como exemplo de boas práticas em matéria de integração, sendo referido como um dos países onde os cuidados de saúde estão acessíveis a todos os imigrantes, independentemente do seu estatuto legal.

Frequentemente, após a alta hospitalar existe a necessidade de encaminhar as crianças/famílias oriundas dos PALOP para os Cuidados de Saúde Primários, para garantir a continuidade da vigilância de saúde, visto que não podem regressar ao seu país de origem, pois o tratamento ainda não está terminado o que por vezes pode demorar um, dois ou mais anos. Decorrente deste facto, habitualmente, estas crianças/famílias são confrontadas com obstáculos, que as impossibilitam de aceder aos cuidados de saúde, nomeadamente, nos Centros de Saúde (Alves e Namora, 2010), estando os mesmos relacionados não só com o desconhecimento da lei, mas também com a incapacidade de a colocar em prática no âmbito dos serviços de saúde. Apesar disso, e de acordo com Bentes *et al apud* Fonseca *et al* (2007:34),

“são muito raros os estudos sobre as diferenças de acesso dos vários grupos de imigrantes aos cuidados de saúde, apesar de um relatório referir que os imigrantes originários dos PALOP usam em menos proporção os serviços de saúde preventiva e curativa,”

facto que pode estar relacionado com as dificuldades e conhecimento da importância da utilização dos serviços de saúde (Mighealthnet, 2009).

Segundo uma breve análise jurídica efectuada, ficou claro que o acesso das crianças oriundas dos PALOP aos cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS) Português está legalmente garantido e é tendencialmente gratuito. No entanto, existe a necessidade de *(in)formar* os profissionais de saúde e esta população específica, de modo a que a estes últimos seja facilitado o acesso, sejam atendidos de forma eficiente e obtenham informação correcta sobre os direitos e deveres que possuem enquanto utilizadores do SNS.

1.3-A NECESSIDADE DA PRÁTICA DE UMA ENFERMAGEM TRANSCULTURAL...

À luz do sucedido com outros povos e países, e porque os enfermeiros são, frequentemente, os primeiros mediadores e elos de ligação entre quem procura cuidados de saúde e o serviço de saúde, torna-se relevante a prática de uma enfermagem transcultural, tão defendida por Madeleine Leininger (Teoria da Diversidade e Universalidade), dado que culturas diferentes (diversidade) percebem, conhecem e praticam o cuidado de diversas formas, apesar de se depararem com pontos semelhantes (Universalidade) no cuidado de todas as culturas do mundo (Leininger, 2002).

Sabe-se que uma cultura dominante de uma sociedade tem tendência a controlar as culturas minoritárias, de tal forma que os membros destas últimas sentem-se em desvantagem

em relação à maioria, o que acontece frequentemente na prática de cuidados de enfermagem. Para Black (1996), os profissionais de saúde deparam-se com um número cada vez maior de utentes de outras culturas, emergindo uma tendência natural para depreciar ou desprezar as atitudes, as crenças e comportamentos ditos não civilizados, não indo ao encontro do preconizado pelo alínea e do 81º artigo do Código Deontológico dos Enfermeiros (2003:51), onde se lê que o enfermeiro deve “abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores, no âmbito da consciência e filosofia de vida”.

Leininger (2004:570) crê que “(...) actualmente, a cegueira cultural, o choque, a imposição e o etnocentrismo por parte das enfermeiras reduz grandemente a qualidade do cuidar dos clientes das diferentes culturas”, e se não se tiverem em consideração os aspectos culturais da necessidade humana aquando da prática de cuidados, as acções de enfermagem poderão ter efeitos indesejáveis e ineficazes. Desta forma, assume-se como crucial que os enfermeiros obtenham “(...) conhecimentos capazes de proporcionar cuidados de enfermagem sensíveis, responsáveis e culturalmente competentes, que conduzam à saúde e ao bem-estar dos indivíduos, das famílias, dos grupos ou das comunidades culturais” (Leininger, 1998:33), promovendo este conhecimento o desenvolvimento da competência cultural.

O desenvolvimento desta competência é um processo lento e contínuo. Exige do enfermeiro uma mudança no seu modo de pensar e agir (Liladar e Novais, 1998), facultando-lhe o saber e o respeito pelas crenças e costumes de outras culturas, sendo fundamental a sensibilidade, principalmente no que respeita aos cuidados de saúde, pois a cultura da família afecta a forma como a mesma procura os cuidados de saúde e cumpre as recomendações fornecidas pelos profissionais de saúde (Opperman, 2001).

CAPÍTULO DOIS – ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXÃO SOBRE O PERCURSO VIVIDO

Foram diversas as reflexões sobre o cuidar cultural que impulsionaram o agir do mestrando no decorrer do estágio. Numa tentativa de precisar o que se tinha intenção de trabalhar, traçou-se como objectivo geral condutor:

- **Contribuir para a promoção de um cuidar culturalmente competente, sensível, responsável e congruente à criança/família oriunda dos PALOP, no âmbito das funções atribuídas ao enfermeiro especialista de SIP na prestação de cuidados de enfermagem à criança/família, em contexto de Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Diferenciados Hospitalares e Recursos da Comunidade.**

Desta forma, no Módulo I deu-se particular atenção à prestação de cuidados de enfermagem no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença à criança/família oriunda dos PALOP, nos Cuidados de Saúde Primários, privilegiando-se a intervenção na comunidade. No Módulo III, em contexto de Cuidados Diferenciados, as acções foram direccionadas para a humanização do acolhimento da criança/família oriunda dos PALOP quando se encontra em contexto hospitalar, sensibilizando os enfermeiros para a necessidade da prática, cada vez mais indispensável, de uma enfermagem transcultural, que rume ao encontro dos valores e crenças das diferentes culturas. Neste capítulo, efectua-se também uma breve abordagem das competências adquiridas que conduziram à creditação do Módulo II.

Optou-se por uma divisão pelos módulos de estágio vivenciados, sobressaindo mais claramente o caminho de aprendizagem realizado, pelo que se apresenta a caracterização do local de estágio e, no encadeamento, explanam-se os objectivos propostos, actividades e competências desenvolvidas no referido contexto da prática.

Inicia-se com o Estágio relativo ao Módulo I, que comporta o Gabinete de Saúde do Centro Nacional de Apoio ao Imigrante e a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Venda Nova. Segue-se com uma breve abordagem das competências que conduziram à creditação obtida no Módulo II e, posteriormente, abordam-se os estágios relativos ao Módulo III, realizado no Hospital Dona Estefânia, na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e no Serviço de Urgência Pediátrica.

1- MÓDULO I

1.1-GABINETE DA SAÚDE DO CENTRO NACIONAL DE APOIO AO IMIGRANTE

No Módulo I do Estágio, de 19 a 21 de Abril de 2010, encontrava-se contemplado a realização de um curto estágio num recurso da comunidade, tendo-se seleccionado o Gabinete da Saúde do CNAI.

1.1.1- Caracterização do Contexto da Prática

O Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, I.P. (ACIDI, I.P.) é um instituto público que funciona sob superintendência e tutela do Primeiro-Ministro ou de outro elemento do Governo integrado na Presidência do Conselho de Ministros, que tem como atribuição fundamental, entre outras, a promoção e acolhimento da integração dos imigrantes e das minorias étnicas em Portugal. O ACIDI tem diversos serviços, dos quais se destaca a rede nacional de apoio ao imigrante, que visa criar, a nível local, regional e nacional, pontos de apoio à integração dos imigrantes, sendo que dela constam vários projectos, nomeadamente, o CNAI.

O CNAI, com sede em Lisboa e uma extensão nas cidades do Porto e Faro, é um projecto criado para dar resposta integrada às questões dos cidadãos imigrantes que se encontram em Portugal. No CNAI encontram-se, no mesmo espaço, várias instituições ou gabinetes que procuram solucionar todas as situações trazidas por cidadãos imigrantes. É um recurso da comunidade que pretende dar um passo significativo na integração da população imigrante residente em Portugal, proporcionando um atendimento integrado, de rosto humano, competente e eficaz, por meio de uma vasta equipa de mediadores socioculturais. O CNAI de Lisboa, em funcionamento desde Março de 2004, funciona de 2ª a 6ª feira das 8h30m às 16h30m.

O Gabinete da Saúde no CNAI é um dos Gabinetes Inter-ministeriais que compõem o CNAI. Foi criado através de um protocolo entre o CNAI e o Ministério da Saúde em 2003. Funciona sobre a tutela da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Desde a sua inauguração, o Gabinete funciona com duas mediadoras socioculturais (enfermeiras) com o Curso Médio de Saúde do Instituto Médio de Angola e uma enfermeira coordenadora, com o Curso Geral de Enfermagem. Desempenha um papel importante na resolução de problemas relacionados com o acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes em território nacional, em situação regular, irregular, cidadãos da comunidade europeia, doentes evacuados ao abrigo de acordos bilaterais com os PALOP (junta médica).

De acordo com o relatório de actividades de 2009 (Carvalho e Silva, 2010), o Gabinete da Saúde no CNAI, apresenta como principal missão:

“Mudar mentalidades e comportamentos nas instituições de forma a elevar o nível de equidade no acesso aos cuidados de saúde, apoiar projectos que se encontram no terreno, colaborar e articular com outras estruturas da sociedade que trabalham as

condicionantes da saúde, nomeadamente: Educação, Habitação, Associações, IPSS, etc.”.

Diversas são as actividades realizadas pelo Gabinete da Saúde do CNAI, destacando-se: atendimentos presenciais e telefónicos com ou sem marcação prévia; encaminhamento para outros Ministérios e Gabinetes existentes do CNAI, bem como diversas instituições da comunidade, articulação com Centros de Saúde, Hospitais, Juntas de Freguesia; articulação sistemática com a DGS e Consulados para resolver problemas dos doentes que estão em Portugal ao abrigo dos acordos com os PALOP e ainda, colaboração com parceiros para definir, implementar e desenvolver estratégias que permitam melhorar o acesso dos imigrantes à saúde.

Durante o ano de 2009, o Gabinete de Saúde no CNAI, efectuou 925 atendimentos telefónicos, 725 atendimentos presenciais; 858 encaminhamentos para Instituições (Centros de Saúde, Consulados e SEF, relacionados com: dificuldade de inscrição dos imigrantes no Serviço Nacional de Saúde, circuito dos doentes ao abrigo dos acordos dos PALOP e encaminhamento para regularização de cidadãos em situação irregular), 67 encaminhamentos para Hospitais (ocorreram devido a: dificuldade de acesso à vigilância de saúde nos Cuidados de Saúde Primários; falta de informação à população imigrante sobre a estrutura do Serviço Nacional de Saúde; medos; percepção saúde/doença por parte da população imigrante; recusa dos Centros de Saúde na prestação de Cuidados Ambulatoriais a doentes de Junta Médica ao abrigo dos Acordos de Cooperação, quando encaminhados pelo médico do hospital) e encaminhamento de situações para a parte jurídica (o número de atendimento dos doentes oriundos dos PALOP é elevado, o que potencia que por diversas vezes, os doentes que vieram ao abrigo dos acordos, passam a situação irregular, necessitando posteriormente de apoio jurídico) (Carvalho e Silva, 2010).

1.1.2- Um Olhar sobre o Percurso Realizado...

Com o objectivo de conhecer este recurso da comunidade e perceber a resposta que fornece à população imigrante, traçou-se como objectivo principal:

- **Compreender a actuação do Gabinete de Saúde do CNAI enquanto recurso da comunidade que visa melhorar o acesso dos imigrantes PALOP aos cuidados de saúde portugueses.**

Para atingir o objectivo proposto, desenvolveram-se diversas actividades e estratégias, destacando-se a observação da actuação dos profissionais do Gabinete da Saúde no CNAI na resolução de problemas e encaminhamento de situações, e a pesquisa da legislação existente relativamente aos direitos de acesso dos imigrantes PALOP aos cuidados de saúde. A partilha de experiências, atendimento da população (presencial e telefónico), a visualização da forma de resolução de situações deveras complexas, participação na reunião semanal de discussão de casos, bem como a simulação de situações com a equipa do Gabinete da Saúde, conduziram a uma reflexão (Anexo II), que muniu o mestrando de “ferramentas” para os

estágios seguintes e também para a resolução de diversos obstáculos com que se depara na sua prática profissional.

Diariamente, as crianças oriundas dos PALOP, quando em território nacional, deparam-se com barreiras que lhes dificultam o acesso aos cuidados de saúde, principalmente ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Estes obstáculos estão relacionados não só com o que já foi referido anteriormente, mas também, no caso específico destas crianças, com a dificuldade que se verifica em garantir condições de tratamento e estadia em Portugal suportadas pelos dois Governos, o Português e o do seu país de origem, deparando-se com grandes fragilidades e contradições na aplicação do que está estipulado nos acordos, ficando muitas vezes dependentes da boa vontade dos administrativos e equipas de saúde (Backstrom e Carvalho, 2009). Uma das questões que se levanta frequentemente é: *como encaminhar uma criança oriunda dos PALOP para os Centros de Saúde, visto esta já não necessitar de cuidados hospitalares, mas ainda não dispor de alta clínica para regressar ao seu país?*

A resposta a esta problemática e a muitas outras, com que habitualmente a população imigrante se depara, uma vez que aparenta existir um fosso na legislação relativo a este aspecto, foi debatida em alguns momentos de reflexão juntamente com as enfermeiras do Gabinete de Saúde do CNAI. É de salientar a sua contribuição no descortinar de diversas dificuldades, fornecendo formas de resolução e, conseqüentemente promovendo a saúde e prevenindo a doença, sempre acompanhadas de um vasto conhecimento da percepção de saúde/doença das diversas culturas, o que facilita todo o processo. Acredita-se que, para se fornecer uma resposta adequada às necessidades destes utentes, é obrigatório conhecer os seus hábitos, valores e crenças, reconhecendo, assim, a sua individualidade cultural, respeitando-se e fazendo-se respeitar "(...) as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos" (alínea f do 81º artigo do Código Deontológico do Enfermeiro (2003:51).

Neste sentido, sentiu-se uma grande necessidade de aprofundar conhecimentos sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/família que recorre ao CNAI, encontrando-se sempre subjacente o respeito pelas suas crenças e cultura.

Realizou-se também, com a colaboração das enfermeiras do Gabinete de Saúde do CNAI, um **dossier com a legislação relativa ao direito de acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde em Portugal**, não se cingindo somente à que diz respeito à criança/família oriunda dos PALOP ao abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde, mas também a respeitante à população oriunda dos PALOP que não se encontra ao abrigo dos Acordos de Cooperação, bem como outros imigrantes oriundos dos mais diversos países e outros cidadãos da Comunidade Europeia. Considera-se que a junção destes diversos documentos, que abrangem toda a população imigrante, formou um dossier legislativo (Sumário em Anexo III) muito rico e útil para estágios futuros do mestrando. A elaboração do dossier surgiu pela necessidade evidente de aprofundar conhecimentos nesta área, que sustentassem a *(in)formação* dos profissionais de saúde, que frequentemente desconhecem a legislação e potenciam diversos entraves a esta população específica.

A realização do estágio no Gabinete da Saúde do CNAI foi, sem dúvida, uma ótima oportunidade de crescimento pessoal e profissional, potenciando a sensibilidade cultural e o desenvolvimento da capacidade crítica e de actuação perante situações complexas.

1.2-UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS DA VENDA NOVA - ACES VII

O estágio na UCSP da Venda Nova encontrava-se integrado no Módulo I e foi realizado no período compreendido entre 26 de Abril a 18 de Junho de 2010.

1.2.1- Caracterização do Contexto da Prática

A UCSP da Venda Nova encontra-se incluída no Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES) VII, o qual integra o UCSP da Amadora, UCSP da Reboleira e extensão Damaia, UCSP da Venda Nova e extensão Brandoa.

A UCSP da Venda Nova localiza-se na Rua João de Deus nº2, Freguesia da Venda Nova, Concelho da Amadora, Distrito de Lisboa, na região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. As instalações estão localizadas num prédio recentemente remodelado, com 4 pisos e existência de elevador. Horário de Funcionamento: 8-20horas de 2ª a 6ª feira. Horário de Atendimento Complementar, realizado por 2 médicos e 3 enfermeiros: 6ª feira das 16-20h e Sábados das 10-18horas, sendo este atendimento complementar, rotativo por todas as UCSP do ACES VII.

Como recursos humanos de enfermagem, a UCSP da Venda Nova, possui 10 enfermeiros, entre os quais, 1 Enf.ª Especialista em SIP, 1 Enf.ª Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Na UCSP da Venda Nova, os recursos humanos de enfermagem dividem-se por: Sala de Tratamentos, Planeamento Familiar, Saúde Infantil, Saúde Materna, Vacinação, Unidade Cuidados na Comunidade (Saúde Escolar, Intervenção Comunitária e Preparação Para o Nascimento).

Em cada UCSP componente de um ACES funciona, pelo menos, uma Unidade de Saúde Familiar (USF) e uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), o que se verifica na UCSP da Venda Nova, pois apresenta uma USF (4º piso) e uma UCC.

Na UCSP da Venda Nova existem recursos partilhados: 4 enfermeiras na UCSP e UCC, e as restantes 6 enfermeiras somente fazem parte da UCSP.

A UCSP da Venda Nova integra diversos **projectos**, sendo de destacar:

- **Projecto “Olá Jovem”**

Iniciou-se em Outubro de 2002, no qual uma equipa multidisciplinar (médico, enfermeira, psicóloga e socióloga) intervém junto dos jovens, assegurando a continuidade de cuidados, através de protocolos de articulação com as estruturas de saúde e de parcerias com as várias estruturas da comunidade (escolas, associações juvenis). O projecto tem como objectivo major

o de contribuir para a adopção de estilos de vida saudáveis, sendo considerado como um *Serviço Amigo do Adolescente*.

- **O Projecto de Intervenção Comunitária**

O Projecto de Intervenção Especial em Saúde Materna, Infantil e Planeamento Familiar é um projecto local da UCSP da Venda Nova (Sub Região de Saúde de Lisboa), implementado desde 2001, com o apoio da Direcção Geral da Saúde. A equipa é composta por 2 Enfermeiras, 1 Psicóloga, 1 Técnica de Serviço Social e 1 Motorista.

Trata-se de um Projecto desenvolvido com populações socialmente excluídas que têm dificuldades de acesso aos serviços de saúde, orientando-se pelas recomendações da Organização Mundial da Saúde, no sentido de dar elevada prioridade aos sectores mais desfavorecidos da sociedade, para que todos tenham acesso aos cuidados de saúde através da participação comunitária e das parcerias institucionais (Portilheiro e Verde, 2006).

O Projecto iniciou-se com uma intervenção directa nos Bairros 6 de Maio, Fontainhas (que actualmente já não existe, sendo esta população realojada no Bairro Casal da Boba) e Estrela d'África. Tem o apoio de uma unidade móvel, efectuando atendimento da comunidade, visitas domiciliárias e acções de educação para a saúde, tentando-se desta forma dar resposta às necessidades expressas pela comunidade.

O trabalho conjunto com a comunidade e parceiros tem permitido a disseminação da informação sobre a saúde na comunidade, a aceitação da equipa, a percepção das necessidades, o estabelecimento de prioridades para a intervenção, e ainda um contacto directo com as famílias e o conhecimento sobre a sua cultura, representações, vocabulário e remédios tradicionais (Portilheiro e Verde, 2006).

Diversos são os protocolos existentes na UCSP e, mais especificamente na área da SI, destacando-se: o Protocolo da Consulta de Enfermagem de SI, que determina os esquemas de consultas médicas e de enfermagem desde o nascimento até 1 ano de idade, o Protocolo de Articulação de Pediatria com o Hospital Fernando da Fonseca (HFF) (Hospital de Referência), no qual se estabelece a comunicação através dos coordenadores médicos e de enfermagem, e ainda, o Protocolo de Articulação com as outras Especialidades e Instituições.

Dos parceiros da comunidade com que a UCSP da Venda Nova se articula, destaca-se o Centro Social do Bairro 6 de Maio. Este é uma Instituição de Solidariedade Social, dirigida por uma Comunidade de Irmãs Missionárias Dominicanas do Rosário, que pretende dar resposta às necessidades, motivações e anseios das diferentes faixas etárias representadas na comunidade residente nos bairros da sua intervenção, norteando a sua actuação através dos princípios da justiça, solidariedade e fraternidade (Portilheiro e Verde, 2006:5).

1.2.1.1- Caracterização da População abrangida pela UCSP da Venda Nova

A Venda Nova é uma região fronteira a Lisboa e contacta com a capital desde a Damaia até Alfovelos. A população abrangida pela UCSP da Venda Nova, de acordo com os

dados facultados pelos serviços administrativos da UCSP, conta com a inscrição de 34 392 utentes. Do número total de utentes inscritos na UCSP, 6954 encontram-se na faixa etária dos 0-19 anos, sendo 3436 do sexo masculino e 3518 do sexo feminino, verificando-se uma prevalência significativa de crianças e jovens (20,2% da população), nesta freguesia (Anexo IV).

Na freguesia da Venda Nova, estão localizados os bairros Estrela de África, 6 de Maio e Casal da Boba, de construção clandestina, ocupando terrenos pertencentes a diferentes proprietários. Nestes bairros habitam essencialmente pessoas pertencentes a algumas minorias étnicas de imigrantes, que possuem características físicas, culturais e jurídicas distintas da sociedade portuguesa dominante, o que as torna vulneráveis a fenómenos de exclusão social. A população residente nos bairros é maioritariamente cabo-verdiana, ou descendente de imigrantes cabo-verdianos, seguida da guineense, são tomense, angolana, imigrantes do Leste da Europa e alguns portugueses. Nestes bairros, predominam as famílias alargadas, onde para além da existência de um número elevado de filhos, coabitam primos, tios, avós e outros. Estima-se que os bairros 6 de Maio e Estrela d'África tenham cerca de 2700 pessoas, das quais, 1150 são crianças e jovens até aos 18 anos de idade (Centro de Saúde da Venda Nova, 2008:2). Relativamente ao Bairro Casal da Boba, o Gabinete de Habitação da Câmara Municipal da Amadora, ainda não possui dados populacionais exactos.

1.2.2- Um Olhar sobre o Percurso Realizado...

Os objectivos traçados inicialmente aquando da elaboração do projecto de estágio, após contacto com a realidade do campo de estágio e suas características, foram sujeitos à seguinte reformulação:

- **Promover a saúde e prevenir a doença da criança/família oriunda dos PALOP, em contexto dos Cuidados de Saúde Primários;**

Antes da apresentação da consecução do objectivo, respectivas actividades e competências adquiridas/desenvolvidas, considera-se importante referir que na grande maioria, as crianças sobre quem recaiu o projecto, neste Módulo I, eram descendentes de famílias oriundas dos PALOP, e não propriamente oriundas dos PALOP, visto que já nasceram em território nacional, sendo consideradas como segunda geração. Sabe-se que apesar do contexto sociocultural, económico e político dos imigrantes residentes em Portugal, ser diferente do dos seus respectivos países de origem, isso necessariamente não quer dizer, que sejam radicalmente diferentes as práticas culturais, ou os rituais com eles relacionados (Santinho, 2007) e que, "(...) quando uma ou mais culturas se encontram, o contacto entre elas poderá traduzir-se numa «nova» cultura, fruto da congregação e interligação de diferentes padrões" (Martingo, 2009:37), como é o caso dos imigrantes de segunda geração em Portugal, "(...) que reúnem a influência da cultura dos pais mas, igualmente, integram padrões da sociedade de acolhimento (Martingo, 2009:37). No entanto, os pais e avós destas crianças, são

oriundos dos PALOP, e inevitavelmente, tal como refere Lopes *et al* (2009:70), os valores, a cultura, as crenças e o sentimento de pertença mantêm-se profundamente enraizados e "(...) são transmitidos de geração em geração, em particular no seio das famílias (...)", o que pode ser confirmado pelos locais onde residem (Bairros 6 de Maio, Estrela de África), encarados como pequenos aglomerados populacionais onde se tenta perpetuar a identidade cultural.

Para um diagnóstico de situação realista, considerou-se importante efectuar um levantamento do número de crianças que se encontravam a ser seguidas na consulta de enfermagem de SI da UCSP da Venda Nova. Das 381 crianças com idade até 1 ano (ressalvando-se que na UCSP da Venda Nova as consultas de enfermagem de SI só se realizam até ao 1 ano de idade, nas idades chave preconizadas) 104 são descendentes de pais/avós oriundos dos PALOP, e destas 104 crianças, 50 são do sexo feminino e 54 do sexo masculino. Geograficamente, Cabo Verde predomina como o país com maior taxa de imigrantes em Portugal, seguido de São Tomé e Guiné-Bissau e, em muito menor número, famílias oriundas de Moçambique e Angola. Estas famílias encontram-se em situação regular, irregular e em processo de regularização em Portugal.

Para se conseguir a prestação de cuidados de enfermagem de excelência à criança/família oriunda dos PALOP, torna-se fundamental conhecer a percepção que estes possuem da saúde e doença, enquadrada numa vertente cultural. De acordo com um estudo sobre a comunidade Cabo-Verdiana em Portugal (França *apud* Ramos, 2004:282), no qual foram inquiridos 1000 indivíduos, destacaram-se os seguintes aspectos: 41% considera que tinham mais Saúde em Cabo Verde, 48% refere não verificar modificações e somente 9% considera ter mais Saúde em território nacional. A comunidade Cabo-Verdiana tende a utilizar maioritariamente os serviços das urgências hospitalares em prol dos CSP, prendendo-se as razões com inúmeros factores: procedimentos burocráticos dos serviços de saúde, dificuldades culturais e comunicacionais (linguísticas, leitura, preenchimento de impressos/fichas), incompatibilidade dos horários das UCSP com os do trabalho e a situação de ilegalidade em que se encontram. Quando confrontados com a doença, a maioria (70%) vai ao médico, 8% raramente vão ao médico, 22% fá-lo somente após a utilização da auto-medicação. A população tende a recorrer a chás, ervas e outros remédios tradicionais do seu país de origem antes de recorrerem ao médico (Ramos, 2004:282). Encontram-se aqui, inevitavelmente intrínsecos, os aspectos culturais, sendo que "os valores da cultura têm grande influência no comportamento humano (...). A cultura é o factor que tem maior influência sobre as crenças e comportamentos relativos à saúde" (Harwood, 2009:151).

De acordo com dados inclusos no Projecto "Melhorar a Qualidade de Vida" da UCSP da Venda Nova (Portilheiro e Verde, 2006), identificaram-se como grandes necessidades da população residente nos Bairros caracterizados anteriormente, com uma população maioritariamente oriunda dos PALOP, as de Saúde, nomeadamente: acesso à vacinação, vigilância de saúde, promoção da saúde da comunidade e de grupos.

De acordo com o pressuposto pela teórica Madeleine Leininger (2004:573), um cuidar culturalmente congruente, só “pode ocorrer quando o indivíduo, grupo, família, comunidade ou os valores, expressões ou padrões do cuidar cultural são conhecidos e usados adequadamente e de forma significativa pela enfermeira com as pessoas”. Desta forma, sendo o enfermeiro “(...) responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta às necessidades em cuidados de enfermagem(...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2003:45) e pretendendo o mestrando demonstrar a consecução do objectivo proposto para este estágio, opta-se por apresentar e reflectir acerca das actividades e competências desenvolvidas, sustentando-se dos três níveis de cuidar da teórica: **Preservação ou Manutenção do Cuidar Cultural, Acomodação ou Negociação do Cuidar Cultural e Repadronização ou Restruturação do Cuidar Cultural.**

-Preservação ou Manutenção do Cuidar Cultural

Este tipo de cuidar, direcciona-se para as

“(...) acções e decisões profissionais de auxílio, apoio, facilitadoras ou capacitadoras que ajudam as pessoas de uma cultura especifica a reter e/ou preservar valores relevantes do cuidar de modo a que possam manter o seu bem-estar, recuperar da doença ou encarar deficiências ou a morte” (Leininger,2004:572).

Neste sentido, diversas actividades foram realizadas destacando-se: a sensibilização da equipa de enfermagem de SI para as crenças e mitos que envolvem a prática do aleitamento materno na cultura africana, visto que “a prática do aleitamento materno é fortemente influenciada pela cultura (...)” (Saraiva, 2010:57); bem como a sensibilização para mitos e crenças que acompanham a percepção da saúde/doença nas diferentes culturas, revelando-se como duas áreas até ao momento pouco exploradas neste contexto.

Assim, realizou-se o folheto **“Mitos e Crenças da Cultura Africana relacionados com a Amamentação”** (Anexo V), funcionando como veículo de informação, para profissionais e também alunos em estágio, uma vez que na “assistência à saúde, a actuação do profissional de saúde deve focalizar o atendimento do indivíduo integrado na sua tradição cultural, hábitos crenças e tabus (...)” (Saraiva, 2010:58). Pretende-se que o mesmo, nesta fase tão especial da vida de uma família, como é o caso do nascimento e amamentação, minimize dificuldades decorrentes ou desconhecidas das especificidades culturais, que possam vir a prejudicar todo este processo.

No decorrer deste contexto, realizou-se a formação em serviço **“Mitos e Crenças: um olhar pelas diferentes culturas...”** (Relatório da Formação em Anexo VI), que pretendia sensibilizar os profissionais de saúde para a diversidade cultural e implicações que as crenças e os mitos têm para a prática de cuidados de saúde, uma vez que “a sensibilidade faz parte da essência de enfermagem e o cuidado cultural permite perceber, sentir e interpretar, as expressões, os sentimentos, as crenças, os valores das pessoas” (Lopes *et al*, 2009:156).

Optou-se por efectuar no decorrer da formação, uma abordagem não só da cultura africana que é muito significativa na área de abrangência da UCSP da Venda Nova, mas também de outras culturas, visto esta ser uma freguesia *multicultural*, atendendo pessoas oriundas de diversas partes do mundo. Uma vez que o estabelecimento de “uma organização de saúde multicultural deve visar o acolhimento do “diferente” de uma forma global, sem preconceitos e sem juízos de valor do “outro”, torna-se assim “(...) fundamental possuímos conhecimentos básicos das diversas culturas para cuidarmos de valores muitas vezes opostos aos nossos (...)” (Lopes *et al*, 2009:111). É essencial perceber que os padrões culturais diferem, não se devendo permitir exclusões nas Organizações de Saúde, uma vez que estas são espaços onde as diferenças emergem e as culturas se cruzam, caminhando-se para a *prática do interculturalismo* [Santos *apud* Lopes *et al* (2009:114)].

-Acomodação ou Negociação do Cuidar Cultural

Este tipo de cuidar, reporta-se para as

“(...) acções e decisões profissionais criativas de auxílio, apoio, facilitadoras ou capacitadoras que ajudam as pessoas de uma determinada cultura a adaptar-se ou a negociar com os outros para um resultado de saúde benéfico ou satisfatório com os prestadores de cuidados profissionais” (Leininger, 2004:572).

Uma das actividades realizadas, favorecedora da adaptação ao país de acolhimento das crianças/famílias oriundas dos PALOP, prendeu-se com a promoção do acesso das mesmas, aos cuidados de saúde primários, em Portugal, uma vez que estes se deparam frequentemente com diversas barreiras. Tal como já foi referido anteriormente e numa tentativa de desvanecer tais barreiras e *(in)formar* os profissionais de saúde envolvidos, elaborou-se um **dossier** (Sumário em Anexo VII), com fortes contributos obtidos no estágio realizado anteriormente no CNAI, que integrou: os direitos de acesso aos cuidados de saúde da população imigrante em Portugal (uma vez que se verifica a entrada no país de inúmeros cidadãos estrangeiros e a UCSP da Venda Nova depara-se com a forte necessidade de prestação de cuidados multiculturais); os direitos de acesso aos cuidados de saúde da criança/família oriunda dos PALOP, ao abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde; e ainda, os recursos da comunidade de apoio à criança/família oriunda dos PALOP (pois efectuando-se um levantamento prévio dos recursos e respectivos contactos, mais facilmente se consegue dar resposta em tempo útil às necessidades desta população).

Uma das muitas dificuldades que as crianças/família oriundas dos PALOP que vêm ao abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde têm de enfrentar quando dão entrada no país, é o problema da saúde. Sabendo que qualquer cidadão nacional tem o direito e o dever de tentar ser saudável, também este direito e dever se aplica ao cidadão estrangeiro ou imigrante. Neste sentido, realizou-se o folheto informativo ***Direitos na Saúde para a População oriunda dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) em Território Nacional*** (Anexo VIII), dirigido a esta população específica, que lhes dá a conhecer

os seus direitos, deveres e esclarece algumas dúvidas enquanto se encontram em território nacional.

Este folheto foi realizado na língua portuguesa e traduzido em crioulo de Cabo Verde. Tal como se sabe, o Crioulo é uma língua mais falada do que escrita (Quint, 2009), escrevendo-se da mesma forma que se fala, mas revelando-se a escrita como uma tarefa difícil pois envolve conhecimentos específicos de gramática. O folheto realizado foi traduzido para crioulo Cabo-Verdiano, pois esta é a comunidade imigrante em maior número e que há mais tempo se encontra em Portugal. No entanto, sendo Cabo Verde constituído por dez ilhas e tendo cada ilha um crioulo diferente entre si, deparou-se com a seguinte questão: *Qual o crioulo para o qual se traduziria o folheto?*

Selecionou-se o crioulo da Ilha de Santiago, uma vez que é o crioulo falado por mais de metade da população de Cabo Verde e compreendido, por, pelo menos, 90% dos cabo-verdianos (Quint, 2009: 6), abrangendo-se desta forma o maior número possível de habitantes daquele país. Pretende-se assim, contribuir para uma optimização dos serviços, para que de uma maneira mais organizada e estruturada, consigam dar resposta aos grandes desafios que a multiculturalidade lhes coloca.

Aquando da realização das consultas de enfermagem de SI e, especialmente no decorrer da 1ª consulta (entre o 3º e 6º dia de vida do RN), era frequente as mães dos RN referirem dor e desconforto aquando da amamentação, fissuras nos mamilos e demonstrarem uma técnica pouco favorecedora deste processo. Perante tais evidências, e no sentido de potenciar a educação para a saúde constantemente realizada, sendo esta "(...) um veículo primordial na intervenção ao nível dos cuidados de saúde" (Ricou *et al*, 2004:132), elaborou-se o póster: **"Sucesso na Amamentação: Afinal não é só instinto!"** (Anexo IX), bem como o folheto **"Administração de Leite Materno por Copo"** (Anexo X). A realização deste folheto foi essencial, pois a consulta de enfermagem de SI da UCSP, deparava-se com uma escassez de material que sustentasse a formação fornecida aos pais no caso de impossibilidade de amamentar a criança ao seio materno, sendo esta uma alternativa cada vez mais utilizada. Apesar de este ser um método ainda pouco difundido a nível institucional, promove os benefícios do aleitamento materno e apresenta inúmeras vantagens em relação à utilização do biberão, sendo considerado o mais adequado pela Organização Mundial de Saúde (Oliveira e Pedro, 2008:8).

No decorrer das consultas de enfermagem realizadas, primou-se sempre pelo estabelecimento de uma relação empática, com respeito pelas crenças e cultura (alínea E 3.3.2 do Anexo I, do nº2 do Artigo 4º do Regulamento nº 123/2011 de 18 de Fevereiro), sendo esta a pedra angular de toda a relação de ajuda (Lazure, 1994), trabalhando-se a adesão da família ao regime terapêutico, uma vez que estando esta envolvida nos cuidados, denota-se uma forte contribuição na responsabilização da saúde da criança e na da respectiva família.

A realização das actividades e respectivas estratégias expostas favoreceram o desenvolvimento de diversas competências relacionadas com promoção da vinculação, particularmente no caso do RN, actuando em diversas áreas, nomeadamente: na avaliação do desenvolvimento da parentalidade, promoção do comportamento interactivo, utilização de estratégias para promover o contacto físico pais/RN, promovendo a amamentação e envolvendo os pais na prestação de cuidados ao RN (alínea E 3.2 do Anexo I, do nº2 do Artigo 4º do Regulamento nº 123/2011 de 18 de Fevereiro)

-Repadronização ou Restruturação do Cuidar Cultural

Este cuidar refere-se

“ (...) às acções e decisões profissionais de auxílio, apoio, facilitadoras ou capacitadoras que ajudam os clientes a reordenar, alterar ou modificar grandemente os seus modos de vida para padrões de cuidados de saúde novos, diferentes e benéficos, respeitando os valores culturais e crenças dos clientes e fornecendo, ainda, um modo de vida benéfico ou mais saudável do que antes de as mudanças terem sido co-estabelecidas com os clientes” (Leininger, 2004:572).

Diversos são os factores de risco com que as crianças/famílias oriundas dos PALOP se deparam, verificando-se que estando muitas vezes incluídas nas classes mais desfavorecidas (baixo nível socioeconómico), com condições de vida mais precárias, surge um ambiente próximo mais ameaçador (bairros de elevado risco, famílias instáveis, falta de apoio familiar e social, entre outros aspectos). No entanto, a existência, disponibilidade e interesse nos problemas desta população, por parte de autoridades, associações locais e recursos comunitários, como é o caso da equipa de intervenção comunitária da UCSP da Venda Nova, são aspectos fundamentais e assumem-se eles próprios como factores de protecção.

Consequentemente, no decorrer do estágio, participou-se na **reunião mensal de estudos de caso**, no decorrer da qual, uma equipa de saúde [uma Enf.ª Especialista em SIP, que integra o grupo da Intervenção Comunitária (IC), uma Enf.ª de Cuidados Gerais, que integra também o grupo de IC, na vertente da Saúde Escolar, uma técnica do Desenvolvimento Comunitário que trabalha no Centro Social do Bairro 6 de Maio, uma Educadora Social do Instituto de Apoio à Criança (IAC), uma assistente social que integra o grupo de escolas: Alfoanelos, Santos Matos, e ainda uma técnica da Associação das Ludotecas do S. João de Deus] debate os casos de famílias residentes no Bairro 6 de Maio, que se encontram sujeitas a diversos factores de risco e dificuldades. A referida equipa tenta dar resposta às alterações da dinâmica e vida familiar, de acordo com os recursos que possuem, no intuito de favorecerem factores protectores e medidas que auxiliem estas crianças e famílias na promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis.

Diversos foram os casos abordados no decorrer desta reunião, sendo que cerca de 90% dos mesmos dizem respeito a crianças/famílias oriundas dos PALOP, razão pela qual se torna fundamental para os profissionais de saúde o conhecimento da “(...) cultura e os valores

para prestar cuidados culturalmente adaptados” (Lopes *et al*, 2009:153). A destacar, um caso de uma família oriunda de Cabo Verde sobre o qual se sentiu necessidade de reflectir (Anexo XI), e que promoveu o desenvolvimento de competências específicas nesta área, pela intervenção que se definiu, em equipa, nomeadamente: no diagnóstico precoce e intervenção nesta situação de risco que afecta negativamente a qualidade de vida das crianças/famílias, identificando-se evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico (maus tratos, negligência) e assistindo-se a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus tratos (alínea E 1.2 do Anexo I, do nº2 do Artigo 4º do Regulamento nº 123/2011 de 18 de Fevereiro).

No decorrer da reunião, os factores de risco que emergiram foram essencialmente a falta de condições socioeconómicas das famílias; crianças com condições precárias de higiene, crianças que não comparecem às consultas médicas e de enfermagem de SI na UCSP da Venda Nova; Plano Nacional de Vacinação em atraso; não adesão aos métodos contraceptivos e início da actividade sexual numa fase precoce; ocorrência de gravidezes indesejadas na adolescência recorrendo à Interrupção Voluntária da Gravidez; deficit na sensibilidade parental; negligência e maus tratos.

Um dos factores protectores trabalhados, e sobre o qual se reflectiu (Anexo XII), funcionando como uma estratégia de desenvolvimento, prendeu-se com a inclusão das avós em todo o processo, funcionando este como um factor de protecção, corroborando o estudo realizado por Gaspar e Matos (2007), na Universidade Nova de Lisboa e divulgado na Revista de Estudos Demográficos do Instituto Nacional de Estatística, que demonstra que as avós funcionam como um factor protector. Desta forma, sendo as famílias oriundas dos PALOP numerosas, e ficando habitualmente as crianças ao encargo os avós, enquanto os seus pais trabalham, cabe ao profissional de saúde reconhecer o seu papel na promoção da saúde dos mesmos. Para Jessor (1992) *apud* Martins (2005:131), a avó surge assim como um modelo para o comportamento social ajustado e revela-se como uma presença de controlo elevado para o comportamento desviante. Outros factores de protecção discutidos e que se pretendem proporcionar a estas crianças/famílias são: a matrícula em jardins-de-infância e escolas, envolvimento em actividades académicas, actividades extracurriculares, adultos disponíveis para escutar os problemas (especialmente no caso dos adolescentes que se encontram mais susceptíveis à adopção de comportamentos de risco) e a presença de modelos para que o comportamento social seja ajustado [Jessor (1992) *apud* Martins (2005:131)].

Participou-se ainda, numa **reunião de parceiros** realizada no Centro Social do Bairro 6 de Maio, que reuniu os mais diversos parceiros da comunidade, nomeadamente: IAC, Câmara Municipal da Amadora, Associação Cidadania e Vida, Escola Azevedo Neves, Centro Social do Bairro 6 de Maio, Programa Escolhas, Ludoteca S. João de Deus, Grupo de IC da UCSP da Venda Nova, entre outros. Também esta reunião teve como objectivo a promoção de melhores condições de desenvolvimento na área da Saúde, Educação, Justiça e Segurança, às crianças/jovens dos Bairros 6 de Maio e Estrela de África, trabalhando-se na promoção de factores protectores, prevenção de comportamentos de risco e intervenção em situações de

risco, motivando as tomadas de decisão positivas e adopção de comportamentos e estilos de vida saudáveis.

No decorrer de ambas as reuniões, destaca-se o papel da equipa de intervenção comunitária, intervindo no seio da comunidade, utilizando “(...) estratégias motivadoras da criança e família para a assumpção dos seus papéis em saúde” desenvolvendo “(...) ensino, instrução e treino especializado e individual às crianças / jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde / doença” e procurando “(...) sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adopção de comportamentos potenciadores de saúde” (alínea E 1.1 do Anexo I, do nº2 do Artigo 4º do Regulamento nº 123/2011 de 18 de Fevereiro), implicando-os na responsabilização da mesma. Assim, uma

“intervenção concreta e efectiva na comunidade, melhora desta forma o poder (*empowerment*) das comunidades, para que assumam o controlo dos seus próprios esforços e destinos e se desenvolvam a partir dos seus recursos materiais e humanos, com base na auto-ajuda e no suporte social” (Carta de Ottawa, 1986).

Foi muito enriquecedor para a aprendizagem, a participação nestas reuniões, pois fomentou o envolvimento do mestrando no estabelecimento e manutenção de redes de recursos comunitários de suporte à criança/família com necessidades de cuidados e o trabalho em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria na acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde (alínea E 1.1 do Anexo I, do nº2 do Artigo 4º do Regulamento nº 123/2011 de 18 de Fevereiro). Por outro lado, e sendo esta uma temática já anteriormente trabalhada em contexto escolar, a reunião de conhecimentos potenciou a reflexão (Anexo XIII) surgindo assim a oportunidade de operacionalizar e aliar a teoria à prática.

Uma outra actividade realizada consistiu na colaboração com a Enf.^a Especialista em SIP da UCSP da Venda Nova, na **realização de consultas de enfermagem** integradas no projecto *Olá Jovem*. Estas consultas visam a prevenção de comportamentos de risco e promoção de estilos de vida saudáveis, por meio da educação para a saúde, desmistificando ideias preconcebidas, que por vezes colocam em risco a saúde dos jovens, pois “se a percepção da vulnerabilidade pessoal constitui um iniciador importante de comportamentos preventivos, será fundamental aumentar a consciência individual de cada um sobre os riscos para a saúde associados a determinados comportamentos” (Ricou *et al*, 2004:133).

Neste sentido, ressalva-se a prestação de “ (...) cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, promovendo o crescimento e o desenvolvimento infantil” (alínea E 3 do Anexo I, do nº2 do Artigo 4º do Regulamento nº 123/2011 de 18 de Fevereiro) e potencia-se a auto-estima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde: facilitando a comunicação expressiva de emoções, reforçando a imagem corporal positiva, identificando os estádios do processo de mudança na adopção de comportamentos saudáveis, reforçando a tomada de decisão

responsável e negociando contrato de saúde com o adolescente (alínea E 3 do Anexo I, do nº2 do Artigo 4º do Regulamento nº 123/2011 de 18 de Fevereiro).

Uma necessidade detectada no decorrer do estágio, apresentada pela equipa da Intervenção Comunitária, prendia-se com a inexistência de um documento de enfermagem que efectuasse a avaliação da família, no decorrer da intervenção na comunidade, uma vez que “(...) quanto mais detalhada a colheita de informações, mais eficiente será a avaliação da família para o planeamento do cuidado de enfermagem” (Nascimento, 2005:281). Juntamente com uma Enf.^a da UCSP da Venda Nova, e no sentido de “utilizar a informação existente ou avaliar a estrutura e o contexto do sistema familiar (alínea E 1.1.6 do Anexo I, do nº2 do Artigo 4º do Regulamento nº 123/2011 de 18 de Fevereiro) iniciou-se a elaboração da **Folha de Enfermagem de Avaliação Familiar**. Numa primeira fase seleccionaram-se os itens que se pretendiam incluir, nomeadamente: dados da família, elaboração de genograma, ecomapa, avaliação da situação cultural e socioeconómica integrando a escala de Graffar adaptada, e ainda a escala de readaptação Social de Holmes e Rahe. À altura do término do estágio na UCSP da Venda Nova, esta folha ainda se encontrava numa fase muito embrionária, encontrando-se a referida Enf.^a a prosseguir com a sua elaboração. Acredita-se que a implementação desta folha pela equipa de IC, permite uma avaliação pormenorizada da família, com dados operacionais, decorrentes de instrumentos de avaliação já estudados e implementados, identificando-se os factores de risco associados e potenciando-se a actuação da equipa multidisciplinar, no sentido de fornecer uma resposta mais eficaz à família, tendo sempre em conta os factores culturais, que, inevitavelmente se encontram subjacentes a todo este processo e foram incluídos na realização do referido documento.

Considera-se que as actividades/competências desenvolvias por meio da participação em reuniões, projectos, intervenção comunitária, realização de consultas de enfermagem de SI, colaboração na elaboração de instrumentos de trabalho, entre outras, são formas de chegar a esta população com especificidades tão próprias e satisfazer as suas necessidades, constatando-se o efeito que as intervenções têm na promoção da saúde e prevenção da doença nestas crianças/famílias.

2- MÓDULO II

No Módulo II, tal como já foi previamente referido, foi obtida creditação. A aquisição desta creditação não decorre somente do desempenho da prática profissional desde há nove anos em serviço de internamento pediátrico no HDE, no entanto, tal como refere Benner (2001:12) “ (...) a prática é, em si mesma, um modo de se obter conhecimento, e que “(...) é ao longo do tempo que uma enfermeira adquire a experiência, e que o conhecimento clínico – mistura entre os conhecimentos práticos simples e os conhecimentos teóricos brutos - se desenvolve (Benner, 2001;37). A prática surge assim, não somente como uma cumulação de técnicas, mas também munida de um conhecimento experiencial específico, de um saber científico, desenvolvido pela interação que se estabelece, neste caso específico, com as crianças e suas famílias. Neste sentido, o mestrando já se fazia acompanhar de diversas competências, previamente adquiridas, relacionadas com gestão de cuidados, investigação, formação e responsabilidade profissional, ética e legal e que provinham da sua formação inicial e experiência profissional que ao gerir e interpretar, de forma adequada, contribuíram para o seu crescimento profissional.

Assiste-se a uma troca recíproca de conhecimentos entre os locais de estágio e o local da prática profissional do mestrando, enriquecendo ambos e potenciando a aquisição/desenvolvimento de diversas competências.

Apesar de não se ter realizado o estágio respeitante ao Módulo II, o decorrer de todos os outros estágios, bem como os conhecimentos e competências adquiridas, a ele se ligam intrinsecamente, uma vez que a problemática do *Cuidar a Criança/Família oriunda dos PALOP em Portugal*, decorre precisamente de uma necessidade evidenciada no decorrer da prática profissional. Desta forma, tornou-se possível, no decorrer dos estágios, a análise e reflexão crítica desta situação complexa, bem como o aprofundamento de conhecimentos, que permitiram o desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência a estas crianças/famílias, quer em contexto de ensino clínico, quer posteriormente em contexto de prática profissional.

Neste momento, o mestrando está a desenvolver, no serviço onde executa funções, um projecto que visa a melhoria da qualidade dos cuidados à criança/família oriunda dos PALOP, respeitando a sua integridade bio-psicossocial, cultural e espiritual, nos termos da alínea *b* do artigo 82º do Código Deontológico dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2003:57). Desta forma, constata-se que “(...) o modo como tratamos da nossa aprendizagem experiencial diária, na prática diária, determina a extensão em que a investigação e a educação serão tanto colectivas, como cumulativas, e ligadas de um modo vital com a prática clínica” (Benner, 2001;12).

3- MÓDULO III

Considera-se importante efectuar uma breve abordagem histórica e caracterização do HDE, antes da abordagem dos contextos específicos da prática, visto ser um hospital centenário que se mune de diversas especificidades que logram em ser reconhecidas.

3.1- HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA

O Hospital de Dona Estefânia foi inaugurado a 17 de Julho de 1877, estando o seu nome ligado à Rainha Dona Estefânia. Era seu desejo construir um hospital pediátrico para albergar as crianças pobres, órfãs e carenciadas que se encontrassem doentes. A sua morte prematura em 1859, não permitiu ver realizado o seu sonho, mas em sua memória, Dom Pedro V iniciou a sua construção. Também o malogrado rei não viria a conhecer o resultado do seu empenhamento. Falecido em 1861, o seu irmão, o Rei Dom Luíz deu continuidade à obra e inaugurou o Hospital da Bemposta, no dia da comemoração da morte da Rainha.

Apesar de ter sido idealizado como hospital pediátrico, devido à falta de instalações de saúde na época, o HDE começou apenas com uma enfermaria para crianças. Só anos mais tarde se tornou verdadeiramente um hospital pediátrico.

O HDE é um hospital central situado na zona central da cidade de Lisboa, na freguesia de São Jorge de Arroios, mais propriamente, na Rua Jacinta Marto - 1169-045 Lisboa.

É um hospital especializado no atendimento materno-infantil, integrado desde Março de 2007 no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, sendo a unidade de saúde de referência em pediatria, para a zona sul do país e ilhas. Recebe também crianças dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, ao abrigo dos Acordos de Cooperação no domínio da Saúde estabelecidos entre o Estado Português e estes países.

O CHLC Integra numa mesma organização quatro unidades hospitalares: o Hospital de São José - Unidade I, o Hospital de Santo António dos Capuchos - Unidade II, o Hospital Santa Marta - Unidade III e o Hospital de Dona Estefânia - Unidade IV. O HDE iniciou o seu processo de acreditação em Janeiro de 2001 pelo Caspe Healthcare Knowledge Systems (CHKS), tendo sido acreditado em 2003 e reacreditado em 2008. Em Outubro de 2010, foi alvo de nova auditoria com objectivo de nova acreditação.

De acordo com o Boletim Informativo 191/05 de 06 de Setembro de 2005 (Conselho de Administração, 2005), o HDE apresenta como missão:

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

3.1.1- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital Dona Estefânia

Um dos contextos do Módulo III do Estágio foi realizado Hospital Dona Estefânia, na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, de 27 de Setembro a 22 de Outubro 2010.

3.1.1.1- Caracterização do Contexto da Prática

A UCIN localiza-se no piso 1 do edifício principal do HDE e está integrado no Departamento de Urgência/Emergência, a par com a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos e com o Serviço de Urgência Pediátrica.

Como recursos físicos apresenta uma lotação de 16 incubadoras, correspondendo 8 das vagas a cuidados intensivos e as restantes a cuidados intermédios. A UCIN é constituída por 3 salas, apresentando a sala com maior espaço, uma lotação de 8 incubadoras e as 2 restantes mais pequenas, correspondem aos cuidados intermédios, com 4 vagas cada, podendo ser incubadoras ou berços, consoante a situação clínica da criança. A unidade apresenta ainda 2 WC, 3 vestiários, espaço de atendimento ao utente com assistente técnica, arrecadação para stock de medicação, rouparia, sala de reuniões, quarto médico, sala de enfermagem, gabinete de enfermeira chefe, copa de refeições e uma arrecadação externa à unidade para armazenamento de material de consumo clínico.

A equipa de enfermagem apresenta uma dotação de 41 elementos, dos quais 14 possuem a Especialidade em Enfermagem de SIP. Como outros recursos humanos apresentam-se ainda a equipa médica, os assistentes operacionais, assistente técnica, trabalhando o serviço em estreita colaboração com assistente social, psicóloga, fisioterapeuta e dietista.

A organização do trabalho da equipa de enfermagem é estabelecida pela Enfermeira-Chefe, que assegura a coordenação do serviço na sua globalidade, ou por quem a substitua (enfermeira responsável ou chefes de equipa). Relativamente à prestação de cuidados ao recém-nascido (RN)/ família, aplica-se a metodologia científica baseada no modelo teórico de Nancy Roper, que pressupõem que o planeamento de uma abordagem individualizada para as intervenções de enfermagem, encontra-se relacionado com as actividades de vida do RN/família (Roper *et al*, 1995). Este aspecto coaduna-se com o método de prestação de cuidados aplicado na Unidade, o de Enfermeiro Responsável, no qual o foco de enfermagem é o RN/família, pretendendo-se que recebam cuidados individualizados de alta qualidade, nos quais participam tão activamente, quanto possível (Costa, 2004). Assim, nas salas de cuidados intermédios permanecem, em cada turno, 2 enfermeiros, um em cada sala, e em cuidados intensivos permanecem, 3 ou 4 enfermeiros, consoante a lotação da sala, a experiência do enfermeiro e a estabilidade de cada RN.

Os RN admitidos na UCIN, frequentemente, pertencem à Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Zona Sul do País, Açores e Madeira.

A entrada na UCIN é, maioritariamente, por transferência do bloco de partos do HDE, mas também se verifica a transferência de RN de outros Serviços do Hospital (Serviço de

Medicina - 1ª Infância ou Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais), de outras unidades Hospitalares transportados pelo Instituto Nacional de Emergência Médica ou admitidos pelo Serviço de Urgência.

Relativamente à presença dos pais na Unidade, visto ser um serviço com características muito específicas, é-lhes permitida a permanência durante o período diurno e nocturno, constatando-se que a maioria dos pais permanece, maioritariamente, no período diurno junto do seu filho, interagindo com ele. Em anexo (XIV) pode visualizar-se o guia de acolhimento fornecido aos pais e que lhes permite a sua familiarização com a Unidade.

As patologias mais frequentes que os RN apresentam nesta unidade são: patologia Infecciosa (Bronquiolites, Síndrome de Dificuldade Respiratória, Pneumonias, Sépsis); Malformações Congénitas (Hérnia Diafragmática, Atrésia do Esófago, Onfalocelo, Gastrosquisis, Atrésias Intestinais, Mielomeningocele); Prematuridade e Síndromes Polimorfomatórias.

A alta do RN da Unidade pode ser efectuada para o domicílio ou transferência para uma Unidade do Hospital ou Serviço de origem, sempre com uma carta de alta ou transferência e com acompanhamento de um elemento da equipa de enfermagem, caso a situação o justifique, de forma a perpetuar a continuidade dos cuidados.

A UCIN apresenta diversos projectos, protocolos e normas dos serviços, bem como trabalhos desenvolvidos pelos elementos de enfermagem ou estudantes que aqui realizam o seu ensino clínico. Destacam-se alguns projectos que são transversais ao HDE, nomeadamente: Projecto Dor 5º Sinal Vital, Prevenção e Tratamento de Úlceras Por Pressão, Prevenção de Quedas, Projecto de aplicação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Higiene e Segurança Hospitalar, entre outros. No que se refere aos projectos específicos da Unidade, evidenciam-se: o Método Canguru (como uma forma de atenuar o stress gerado pelo internamento ao RN prematuro, destacando-se o papel dos enfermeiros que surgem como mediadores deste cuidado humanizado, colocando o RN em contacto com a pele dos pais); Toque Nutritivo e Massagem ao RN (realizando-se o ensino aos pais sobre a massagem ao RN, seguindo a linha orientadora de Vimala MacLure); Visita à grávida de risco no serviço de internamento de Obstetrícia (facilitando a adaptação da grávida à UCIN); Hora da sesta (projecto que pretende sensibilizar a equipa de saúde para períodos de pouco ruído, baixa luminosidade e repouso dos neonatais com a menor manipulação possível); Reuniões de ajuda de pais de RN internados na UCIN (momento de partilha, reflexão, vivências, esclarecimento de dúvidas e desabafo sobre as experiências dos pais, sempre conduzido pela intervenção da enfermeira e psicóloga); Acolhimento do pai do RN à Unidade (promovendo-lhe um acolhimento personalizado) e Unidade Móvel de Apoio Domiciliário - Articulação com UCIN (visita domiciliária que o enfermeiro realiza à criança/família de risco, após alta da Unidade, permitindo-lhe conhecer o contexto familiar, social que rodeia a criança e cooperando com a família no desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados).

3.1.1.2- Um Olhar sobre o Percurso Realizado...

A apresentação dos objectivos e actividades que posteriormente se expõem difere um pouco da apresentada no projecto de estágio inicial. Após entrevistas informais, com a Enf.^a Orientadora de Estágio, Enf.^a Chefe e alguns elementos da equipa de enfermagem da UCIN, constatou-se que os objectivos inicialmente traçados e respectivas actividades não se traduziam numa necessidade do serviço, uma vez que as temáticas inclusas já haviam sido abordadas em anos transactos. A UCIN do HDE é um local que recebe, anualmente, diversos alunos da licenciatura e da especialidade de SIP, pelo que os contributos que os mesmos fornecem à Unidade são inúmeros, nomeadamente na realização de trabalhos das mais diversas temáticas. Consequentemente, visto o tema do projecto de estágio do mestrando nunca antes ter sido abordado na Unidade, pelo seu carácter único e ser considerado pertinente pela equipa de enfermagem, fornecendo-lhe “instrumentos” que lhe permita a prestação de cuidados culturalmente competentes às crianças famílias/oriundas dos PALOP, a actuação do mestrando foi direccionada para o mesmo.

No início do estágio, sentiu-se necessidade de efectuar um **levantamento do número de crianças oriundas dos PALOP** que deram entrada na Unidade, deparando-se com dados pouco significativos. Segundo o Programa SONHO (2009), apenas foram admitidas na Unidade, duas crianças oriundas dos PALOP: uma da Guiné-Bissau e outra de Angola, num total de 235 crianças admitidas no ano de 2009. Apesar destes dados, o internamento de RN descendentes de pais/família oriunda dos PALOP é muito frequente na UCIN. No entanto, no CHLC, não se efectua a análise estatística da nacionalidade dos pais da criança. Desta forma, posteriormente, considerou-se pertinente a obtenção de dados estatísticos sobre o número de puérperas admitidas no serviço de Obstetrícia do HDE no período de Outubro de 2009 a Setembro de 2010 (uma vez que o maior número de RN admitidos na UCIN nascem no HDE), no qual se contabilizou um total de 2 161 puérperas, das quais 1 590 eram de nacionalidade portuguesa e 134 eram oriundas dos PALOP (Anexo XV), obtendo-se uma representatividade de 6,2%. De acordo com estes dados, *pode-se pensar que a % provável de internamento de crianças descendentes de pais oriundos dos PALOP na UCIN é significativa?* Ressalve-se que não se pretende com a obtenção deste valor uma relação de causa-efeito, mas antes poder reflectir sobre a significância destes dados estatísticos. Note-se que, no período em que decorreu o estágio na UCIN, estiveram internados quatro RN descendentes de mães oriundas dos PALOP. Perante tais dados, e tal como já foi referido anteriormente, torna-se importante a reflexão sobre a forma como no seio familiar a identidade cultural é transmitida, de geração em geração, enraizando-se na criança que não nasceu no país de origem dos seus pais e familiares. No entanto, os mesmos tentam a preservação da sua própria cultura, mesmo num país tão distante e com especificidades culturais diferentes das suas. Neste sentido, é importante identificar a família como a principal unidade que funciona como veículo de transmissão de padrões culturais.

Assim sendo, para a realização do estágio na UCIN, traçaram-se os seguintes objectivos:

- **Promover a integração do RN/família oriundos dos PALOP à UCIN;**
- **Encaminhar o RN/família oriundos dos PALOP, de acordo com as suas necessidades, para os recursos da comunidade existentes, em Portugal.**

Para tal, considerou-se fundamental, realizar actividades que dotassem os enfermeiros de conhecimento que promovesse a competência cultural e potenciase a integração do RN/família oriundos dos PALOP na UCIN, racionalizando possíveis estereótipos, despertando os profissionais para a diversidade cultural e rumando ao encontro do proposto por Madeleine Leininger (2004:580), quando refere que "(...) por volta do ano de 2010, todas as enfermeiras irão precisar de possuir um conhecimento básico acerca das diversas culturas do mundo e um conhecimento profundo de pelo menos duas a três culturas". No entanto, deixa-se a questão: *Será que os profissionais de saúde já se encontram totalmente conscientes desta necessidade?*

Apesar dos povos oriundos dos PALOP co-habitarem em Portugal, há cerca de 35 anos, poucos dados se evidenciam relativamente aos seus hábitos, costumes, práticas e, conseqüentemente, aspectos culturais. Decorrente do referido anteriormente, para a realização deste estágio sentiu-se necessidade de aprofundar diversos conhecimentos relativos à cultura dos PALOP. No entanto, deparou-se com alguma escassez de bibliografia, pelo que surgiu a necessidade de se efectuar diversas **entrevistas exploratórias informais** a membros dos diversos países, não se pretendendo todavia uma generalização dos conhecimentos obtidos, mas antes um estudo das particularidades inerentes a estes povos, evidenciadas por quem deles faz parte e contribui para partilhar dados relativos à sua cultura.

Considerou-se fundamental aprofundar o *cuidar cultural*, pois a adaptação ao mundo é fortemente influenciada pelas significações culturais e colectivas e é indispensável que se conheçam as representações de saúde, doença, hábitos de protecção e alternativas de assistência às quais as crianças e suas famílias se referem e dos modos de organização social e familiar que adoptam, pois, a qualidade destas interações terá conseqüências no funcionamento psicológico e somático das crianças/famílias, no seu bem-estar, qualidade de vida e saúde.

Assim, emergiu a formação em serviço intitulada: **O RN/Família oriundos dos PALOP na UCIN: Para um cuidar culturalmente competente...** (Relatório da Formação em Anexo XVI), com a qual se pretendia a promoção de um dos tipos de cuidar proposto por Leininger, o da **preservação ou manutenção cultural**.

Para a selecção das temáticas a abordar na formação em serviço, e em concordância com a opinião da Enf.^a Orientadora de Estágio, efectuou-se a reunião de dados e conhecimentos alusivos à temática específica em questão, com maior implicação para a prática diária de cuidados de enfermagem na UCIN. Para além da reflexão da necessidade da prática

de uma enfermagem transcultural e das especificidades da cultura dos PALOP, considerou-se importante uma breve abordagem da legislação em vigor, fornecendo aos profissionais algum material legal que lhes proporcionasse a identificação dos direitos destas crianças/famílias e o que compete aos Governos implicados no estabelecimento destes acordos. Por último, deu-se a conhecer um levantamento dos recursos da comunidade existentes em Portugal que podem auxiliar na satisfação das necessidades evidenciadas por esta população, permitindo ao enfermeiro dispor de diversas opções no encaminhamento destas famílias.

De forma a permitir a perpetuação dos conhecimentos, para além da formação em serviço realizada, elaborou-se o documento escrito intitulado **O RN/Família oriundos dos PALOP na UCIN: Para um cuidar culturalmente competente...** (Anexo XVII) que integra, de forma mais exaustiva, os diversos conteúdos expostos na formação. O referido documento foi fornecido à Unidade, encontrando-se de fácil acesso a todos os profissionais de enfermagem, pretendendo-se vir a contribuir para a integração de novos elementos da equipa de enfermagem ou para futuros estágios de estudantes de enfermagem, ou de alunos da especialidade de SIP, funcionando como uma referência relativamente à temática da criança/família oriunda dos PALOP.

No decorrer do estágio realizou-se também o folheto **Guia de Acolhimento: Informação para pais e acompanhantes**, traduzido para crioulo Cabo Verdiano (Anexo XVIII). O referido folheto apresenta-se com o objectivo de contribuir para a adaptação destas famílias à Unidade, fornecendo-lhes um documento escrito na sua língua nacional, que demonstre, a quem o lê, a preocupação que as instituições nacionais têm em quebrar barreiras linguísticas, que dificultam a comunicação e interferem com o estabelecimento de uma relação empática entre os profissionais e as famílias. O folheto realizado foi traduzido para crioulo Cabo-Verdiano da Ilha de Santiago, pelas razões já explanadas anteriormente no Módulo I.

Um aspecto que se considera muito benéfico, derivou do facto, de se transportar para este estágio contributos alusivos a estágios anteriores, nomeadamente do Gabinete de Saúde do CNAI e da UCSP da Venda Nova (legislação, recursos da comunidade, entre outros), o que enriqueceu consideravelmente a experiência do mestrando, no sentido de conseguir interligar conhecimentos e desenvolver competências, mobilizando recursos e rentabilizando a sua actuação enquanto futuro enfermeiro especialista em SIP.

Com a realização deste estágio, traçou-se como objectivo pessoal, não somente a concretização do projecto de estágio, o que seria redutor, mas a integração na equipa de saúde, colaborando nas mais diversas actividades, prestando cuidados globais às crianças/famílias internadas na Unidade em situações de especial complexidade, desenvolvendo-se competências técnicas, relacionais e éticas.

No decorrer do estágio, apostou-se fortemente na promoção da interacção entre os pais e o próprio RN, pois crê-se que ao estabelecer-se uma relação de proximidade com os pais e envolvendo-os "(...) na prestação de cuidados ao RN" (alínea E 3.2.6 do Anexo I, do nº2

do Artigo 4º do Regulamento nº 123/2011 de 18 de Fevereiro), promove-se a confiança e segurança necessária para interagir com o mesmo, estimulando-se a vinculação precoce, mesmo perante situações nas quais se sentem fragilizados.

Lidar com a doença de mau prognóstico e morte, é na UCIN uma constante, pelo que também se aprofundou a área relacional, na qual foi importante a adopção de uma atitude humilde, favorecida pela partilha, veracidade, responsabilidade, saber e empatia. Tal como nos diz Vara (1993) cabe ao enfermeiro "(...) ser habilidoso, gentil, paciente e saber transmitir segurança e confiança (...) assim como (...) saber ouvir e compreender o impacto emocional da doença e do sofrimento" na criança e família. Desta forma, o enfermeiro especialista em SIP tem o dever de não descuidar as suas competências técnicas e científicas, mas manter uma relação de afectividade e verdadeiro interesse pelo outro (Hesbeen, 2000), de forma a assegurar aos pais a importância do cuidar neste contexto.

A UCIN é, sem dúvida, um campo muito rico em especificidades, e só por si é uma especialidade, revelando-se como um mundo a explorar, pelo que se considerou pertinente, no decorrer do estágio, efectuar reflexões que abordassem diversos aspectos, inerentes ao Cuidar o RN/família, por vezes tão específicos, como a avaliação da dor no RN de termo e pré-termo (Anexo XIX), desempenhando o enfermeiro especialista em SIP um papel determinante na sua gestão diferenciada, promovendo o bem-estar da criança e optimizando as respostas (alínea E 2.2 do Anexo I, do nº2 do Artigo 4º do Regulamento nº 123/2011 de 18 de Fevereiro).

Considera-se que a realização do estágio na UCIN do HDE, foi deveras importante para o crescimento pessoal e profissional do mestrando e da equipa de enfermagem da UCIN, pois se por um lado esta se revelava como uma realidade pouco conhecida da prática profissional, por outro, a realização do estágio, permitiu a sensibilização dos profissionais de saúde, através de momentos informais e da formação em serviço, para a temática do Cuidar a criança/família oriunda dos PALOP, até ao momento desconhecida na Unidade, potenciando assim a melhoria dos cuidados a estas crianças/famílias.

3.1.2- Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital Dona Estefânia

O segundo estágio integrado no Módulo III foi realizado no SUP do HDE, no período compreendido entre 25 de Outubro e 19 de Novembro de 2010.

3.1.2.1- Caracterização do Contexto da Prática

O SUP fica situado no piso 0 (rés-do-chão) do edifício central do Hospital, pertencendo orgânica e funcionalmente ao Departamento de Urgência/Emergência. Está dividido em Urgência Médica e Urgência Cirúrgica (espaços distintos), sendo a equipa de enfermagem comum. Recebe todas as crianças desde o nascimento até aos 18 anos de idade menos um dia, funcionando como a "*porta de entrada*" da criança/família no Hospital.

A admissão da criança pode ser feita pelos pais/família, por referência da Saúde 24, transferência de outras Instituições (Hospitais ou Centros de Saúde), pelos bombeiros ou pelo Instituto Nacional de Emergência Médica.

A Urgência de Medicina é constituída pelas seguintes salas: espera/admissão, espera para lactentes até aos seis meses (extensão 20), triagem, reanimação, tratamentos, aerossóis, enfermagem, pausa, sujos e WC. Existem ainda quatro gabinetes médicos e uma Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD) (com cinco vagas). A Urgência de Cirurgia é constituída por uma sala de espera, sala de tratamentos, sala para internamento de curta duração com duas vagas (descontinuada neste momento) e três gabinetes médicos (1 de Cirurgia, 1 de Ortopedia / Traumatologia e 1 de Otorrinolaringologia [ORL]).

A equipa multiprofissional do SUP incorpora: 34 enfermeiros, dos quais 5 possuem a Especialidade em Enfermagem de SIP, médicos de várias especialidades (pneumologia, endocrinologia, gastroenterologia, infecciologia, nefrologia, neurologia, imunoalergologia, pedopsiquiatria, cirurgia, ortopedia, ORL), assistentes operacionais e assistentes técnicas. Esta equipa multiprofissional é complementada por outros profissionais do HDE que, embora não estando no SUP, dão apoio sempre que necessário. São eles: obstetra/ginecologista, estomatologista, oftalmologista, psicólogo, assistente social e mediador cultural, etc.

As patologias mais frequentes no SUP do HDE, segundo Ribeiro (2010) são: Bronquiolite, Asma, Pneumonia, Aspiração de Corpo Estranho, Gastroenterite Aguda, Diabetes Mellitus tipo I, Drepanocitose, Convulsões, Meningite e Apendicite Aguda.

No SUP, a actuação da equipa de enfermagem divide-se por diversos postos de trabalho:

- Triagem

É efectuada pelo enfermeiro, após a inscrição/admissão, sendo estabelecida a prioridade no atendimento médico a todos os utentes que recorrem ao SUP. Neste sentido, a equipa de enfermagem do SUP do HDE estabeleceu como objectivos da triagem:

- Assegurar tratamento imediato para as situações de emergência;
- Classificar as crianças segundo a gravidade da situação para o estabelecimento de prioridades de atendimento médico;
- Determinar o encaminhamento para a área de atendimento adequada à criança.

Após uma avaliação da situação clínica da criança, o enfermeiro da triagem classifica a prioridade de atendimento (Triagem de Prioridades). Este sistema utiliza um protocolo clínico que permite classificar a gravidade da situação de cada doente que recorre ao Serviço de Urgência.

- Sala de Tratamentos

Sempre que após observação médica é necessário realizar algum procedimento, é nesta sala que é efectuado. Após o procedimento, a criança é novamente avaliada pelo médico de urgência.

- Unidade de Internamento de Curta Duração

A criança é aqui internada sempre que se preveja resolver/estabilizar a situação clínica num período de 24 horas. Após este período, ou tem alta, ou é transferida para um serviço de internamento. As situações mais frequentes são: dificuldade respiratória moderada/grave, desequilíbrio hidro-electrolítico e vigilância de parâmetros vitais ou estado neurológico. A UICD tem características semelhantes a uma Unidade de Cuidados Intermédios de Pediatria.

- Urgência Cirúrgica: Cirurgia/ Ortopedia/ ORL

Na Urgência de Cirurgia, a especialidade cirúrgica realiza, para além da observação das crianças, por exemplo, para confirmação de algum diagnóstico (oclusão intestinal, apendicite aguda, hérnia encarcerada), também procedimentos que visem o tratamento de feridas em que seja necessário suturar, tratamento de queimaduras, redução de fracturas que não necessitem de intervenção cirúrgica, realização de gessos, entre muitos outros procedimentos. A observação por ORL e a realização de procedimentos “menos invasivos” que não necessitem de intervenção cirúrgica, também são realizados na Urgência de Cirurgia. Após observação pelas especialidades (Cirurgia, Ortopedia, ORL), a criança poderá ter alta ou necessitar de internamento hospitalar.

No SUP, os cuidados de enfermagem são prestados de forma individualizada, utilizando-se também o modelo teórico de Nancy Roper (aplicado essencialmente nas crianças internadas na UICD), sendo o método de prestação de cuidados, semelhante ao da UCIN, o de Enfermeiro Responsável.

Os elementos da equipa de enfermagem do SUP promovem a formação em serviço e dinamizam diversos projectos, nomeadamente: Projecto do Grupo Dinamizador da Reanimação, da Triagem, da UICD, da Diabetes, das Intoxicações, dos Queimados, destacando-se o Projecto do Grupo da TransFormação. Este projecto assume a responsabilidade da formação em serviço, articulando-se com a estratégia do serviço, visando ser um recurso de apoio a todos os outros grupos dinamizadores. Destaca-se como um projecto transversal à formação, detectando necessidades e conduzindo os outros grupos dinamizadores. A realização destes grupos de acordo com cada área, posto de trabalho ou patologia específica com a qual a criança é admitida no SUP, permite uma constante actualização de conhecimentos e uniformização dos procedimentos, uma vez que são elaborados diversos protocolos de actuação que promovem e facilitam o trabalho de equipa, melhorando a prestação de cuidados.

3.1.2.2- Um Olhar sobre o Percurso Realizado...

De acordo com o levantamento de necessidades realizadas neste campo de estágio aquando da elaboração do projecto inicial, constatou-se que a temática que se propôs a abordar revelava-se muito pertinente para o SUP do HDE, uma vez que este é um hospital central que admite, em número significativo, crianças/famílias oriundas dos PALOP, ao Abrigo

dos Acordos de Cooperação no domínio da Saúde, afigurando-se o SUP como a “*porta de entrada*” destas crianças e famílias. Neste contexto, o SUP depara-se com o árduo papel de tomar a decisão mais adequada na presença destas situações complexas, stressantes e às quais deve ser dada de forma sistemática e sistematizada uma sequência de prioridades (Nunes, 2007).

Decorrente do apresentado anteriormente, no início deste estágio, sentiu-se necessidade de se efectuar um **levantamento de dados estatísticos** relativo ao número de crianças oriundas dos PALOP, ressaltando o facto de que para esta contabilização pretendia-se somente o número de crianças que vieram directamente destes países para o SUP do HDE ao Abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde e não as que já se encontravam em Portugal a efectuar tratamento, eliminando desta forma as readmissões ao SUP ou as crianças encaminhadas primeiramente para a Consulta de Cooperação Internacional do HDE, uma vez que aí já se procede a um acompanhamento programado destas crianças/famílias.

O porquê de se pretender estes dados estatísticos com características tão específicas?

Após entrevistas informais com a Enf.^a Orientadora de Estágio, Enf.^o Chefe e alguns elementos que constituem a equipa de enfermagem, e cabendo ao enfermeiro especialista em SIP um (...) entendimento profundo da situação da criança/ adolescente que forneça resposta de elevado grau de adequação às suas necessidades ao longo das fases de desenvolvimento (Ordem dos Enfermeiros, 2006:31), constatou-se que a vertente mais emergente a ser trabalhada de acordo com toda a envolvência desta temática reportava-se ao *Acolhimento da criança/família oriunda dos PALOP*, que provinha do seu país de origem directamente para o SUP do HDE. No momento da admissão no SUP, os profissionais deparavam-se com diversas dificuldades, quer a nível de comunicação e diferenças culturais, quer a nível de encaminhamentos, emergindo assim a forte necessidade de elaborar um procedimento sectorial que facultasse algumas directrizes facilitadoras ao acolhimento destas crianças/famílias.

O acolhimento apresenta-se como um processo de inter-relações e atitudes humanas nas práticas de atenção e gestão, pautadas no respeito, na solidariedade, no reconhecimento dos direitos e no fortalecimento da autonomia dos utentes/famílias (Neves e Rollo, 2006). Neste sentido, um bom acolhimento manifesta-se como fulcral para o bem-estar e equilíbrio psicológico de qualquer criança/família, e ainda mais da criança/família oriunda dos PALOP, enquanto admitida/internada no HDE, que se encontra num país distinto, sujeita a diferenças culturais que podem conduzir a processos de desculturação e aculturação, barreiras linguísticas, desconhecimento de hábitos e costumes do país receptor, ignorância dos serviços sociais colocados à sua disposição e dificuldades de comunicação com os profissionais de saúde (Monteiro, 2005:54). Desta forma, depara-se com um grupo especialmente permeável, podendo o acolhimento realizado, inicialmente no SUP, ser determinante em todo o processo de hospitalização da criança/família, favorecendo-se a adaptação à equipa de saúde, ao próprio hospital/país, o estabelecimento de uma relação precoce de confiança e empatia,

contribuindo para uma recuperação mais rápida do estado de saúde da criança/família e, conseqüentemente, o regresso ao seu país de origem.

De acordo com os dados estatísticos obtidos através do programa SONHO (2010), o número de crianças oriundas dos PALOP, admitidas pela 1ª vez no SUP do HDE e que vieram para Portugal ao abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde, no período de 1 de Janeiro de 2009 a 26 de Outubro de 2010, foi de 373 crianças, sendo que 143 eram oriundas de Cabo Verde, 105 de São Tomé e Príncipe, 86 da Guiné-Bissau, 37 de Angola e 2 de Moçambique. Neste sentido, o número representativo de crianças/famílias oriundas dos PALOP admitidas no SUP do HDE, destaca a pertinência da temática.

Perante os objectivos inicialmente propostos no projecto de estágio surgiu a necessidade de se efectuar uma reformulação dos mesmos, de forma a serem mais evidentes, concretos e esclarecedores perante as actividades desenvolvidas, surgindo assim como objectivo de estágio:

- ***Promover a implementação de linhas orientadoras relativas ao acolhimento da criança/família oriunda dos PALOP, ao Abrigo dos Acordos no Domínio da Saúde, no Serviço de Urgência de Pediatria do HDE.***

No sentido de concretizar o referido objectivo, considerou-se pertinente, de acordo com a opinião da Enf.^a Orientadora de Estágio e Enf.^o Chefe do SUP, a realização de um procedimento sectorial, que se reveste de utilidade para a prestação de cuidados culturalmente competentes a estas crianças e famílias, visto que “as intervenções de enfermagem devem ter em conta as especificidades socioculturais dos grupos de pertença, os contextos de fluxos migratórios e seu impacto nas estruturas de saúde, crenças e práticas culturais relacionadas com o corpo, a mente, a saúde e a doença” (Monteiro, 2005:55) aspecto também sustentado por Henderson (1960), Roy (1984), Orem (1985); Watson (1988) e Leininger (1995).

O ***procedimento sectorial “A Criança/Família oriunda dos PALOP: Acolhimento da Criança/Família oriunda dos PALOP, ao Abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde, no SUP do HDE”***, (Anexo XX), comporta diversas linhas orientadoras para com estas crianças/família, desde o momento da admissão na triagem, até à sua transferência para o serviço de internamento ou outro hospital, pretendendo-se facilitar a actuação do enfermeiro e a melhoria da qualidade dos cuidados. Para a realização do referido procedimento foi respeitado o *layout* adoptado pela instituição.

Nos seus anexos, o procedimento sectorial incorpora diversos documentos (***Guia facilitador da comunicação com a população oriunda dos PALOP em Crioulo de Cabo Verde***, para a triagem; ***Folheto Informação para crianças e acompanhantes oriundos dos PALOP***, escrito em português e crioulo; ***Documento de Notificação ao Serviço Social; Folheto “Os meus direitos na Saúde em Portugal - Informação para Estrangeiros de PALOP”***; ***Procedimento Multisectorial “Serviços de Interpretes Disponíveis”***; ***Recursos da Comunidade de apoio às crianças/famílias oriundas dos PALOP*** e ***Check-List -***

Acolhimento e Encaminhamento da Criança/Família oriunda dos PALOP no Serviço de Urgência Pediátrica) considerados úteis para promover o acolhimento ao SUP do HDE e reunidos num único instrumento de trabalho.

A barreira linguística é um obstáculo com que habitualmente os profissionais de saúde se deparam e que se inicia no momento em que a criança/família é admitida na triagem. Por esta razão, e numa tentativa de colmatar esta dificuldade, e uma vez que “compreender e usar a linguagem das pessoas é extremamente importante nos cuidados culturais” (Pontes, 2002:65), elaborou-se o **Guia facilitador da Comunicação com a população oriunda dos PALOP, em Crioulo de Cabo Verde**, que se traduziu para Crioulo da Ilha de Santiago. Sabendo que cada ser humano tem o direito de viver numa comunidade de conhecimento e ter acesso à melhor informação, adaptando-se a cada situação e lidando com as oportunidades, dificuldades, limitações e frustrações, torna-se fundamental fornecer-lhe “ferramentas” que lhe demonstrem como gerir a informação que lhe é dada e de que forma pode promover, proteger e potenciar a saúde e a qualidade de vida (Rodrigues *et al*, 2005).

Este guia foi elaborado tendo como base um guia já existente no SUP do HDE, mas dirigido para outra população, o qual se reformulou e acrescentou algumas questões/particularidades mais direccionadas para esta população específica e suas necessidades. Como a percentagem de população oriunda dos PALOP analfabeta é significativa, as imagens utilizadas no referido guia pretendiam ser representativas das questões colocadas na triagem, de forma que também estas auxiliassem na comunicação estabelecida, no sentido de evitar a decisão da criança/família“(…) relativamente a cuidados de saúde que não dominam, sem que lhes seja fornecida informação em linguagem que percebam” (Branco e Lima, 2006:32).

Numa tentativa de otimizar recursos, estando já o HDE a trabalhar no sentido de colmatar diversas necessidades evidenciadas pela multiculturalidade e, porque se mantém uma forte barreira comunicacional com estas crianças/famílias, incluiu-se em anexo do procedimento sectorial realizado, o procedimento multisectorial “Serviço de Interpretes Disponíveis”, realizado pelo CHLC em 2009. Pretende-se que este venha a ser um documento útil, em que através da recorrência ao Serviço de Tradução Telefónica ou Serviço de Interprete dos Consulados, Embaixadas e Associações, se consegue comunicar quando as dificuldades linguísticas são uma realidade. Um aspecto interessante prendeu-se com a necessidade de recorrência a este serviço, pela primeira vez no SUP, no 2º dia de estágio no SUP, perante uma família que falava somente chinês. Este foi um acontecimento que contribuiu para a reflexão na equipa de enfermagem da necessidade premente da utilização destes recursos da comunidade, até ao momento pouco conhecidos, e suscitou o interesse da equipa pela temática abordada pelo mestrando no decorrer do estágio.

Após a realização da triagem, e visto actualmente o HDE não dispor de uma guia de acolhimento, considerou-se importante a elaboração de um guia de acolhimento específico para estas crianças/famílias, com informações úteis, que esclarecessem algumas dúvidas

durante sua permanência no HDE e contribuisse para a criação de um ambiente propício aos desenvolvimento das suas potencialidades (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

O guia de acolhimento elaborado foi também um documento traduzido para crioulo de Cabo Verde da Ilha de Santiago, pois crê-se que, para além de facilitar a adaptação ao hospital, é um documento escrito na língua nacional de algumas destas crianças/famílias em que se denota a preocupação da equipa de saúde do HDE em promover acções de enfermagem congruentes e benéficas aos alvos dos cuidados: criança/família.

O Serviço Social do HDE em parceria com a Consulta de Cooperação Internacional, sediada no hospital, elaborou em 2009, o folheto “Os meus Direitos na Saúde em Portugal – Informação para Estrangeiros de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa”, que integra diversos dados úteis que facilitam a estadia desta população em Portugal. De acordo com o procedimento sectorial realizado preconiza-se a entrega, após a realização da triagem, destes dois documentos, o Guia de Acolhimento e o Folheto anteriormente referido, uma vez que se complementam e facilitam a adaptação hospitalar, suprimindo algumas resistências com que esta população se depara enquanto em território nacional.

Perante situações de urgência, a norma *Assistência a doentes Oriundos dos PALOP* do Hospital Dona Estefânia (Vasconcelos, 2006), prevê que após recebido o aviso da DGS sobre a vinda destas crianças, este facto será comunicado à Consulta de Cooperação Internacional, que posteriormente se articulará com o SUP, providenciando a recepção, prestação de cuidados e encaminhamento destas crianças/famílias.

Actualmente, e segundo informação fornecida por membros da Consulta de Cooperação Internacional do HDE, o que se preconiza na norma não se encontra a ser implementado, pois é frequente o desconhecimento por parte dos mesmos da vinda destas crianças/famílias para Portugal. São conduzidas pelos membros da Embaixadas do seu país, directamente para o SUP do HDE, e não para a Consulta de Cooperação Internacional, procedimento que, por um lado, atrasa consideravelmente todo o processo destas crianças/famílias para realizar tratamento, e por outro, potencia a utilização indiscriminada do serviço de urgência, promovendo a sua superlotação e o ritmo acelerado (Melo, 1999).

Sabendo que a Consulta de Cooperação Internacional deverá ser informada o mais rapidamente possível da permanência das crianças/famílias oriundas dos PALOP em Portugal, considerou-se importante a realização do documento de notificação “Criança/Família oriunda dos PALOP”. Pretende-se que este documento seja enviado para o Serviço Social, em carta fechada, no 1º dia útil após a chegada da criança, registado em protocolo, acompanhado de fotocópia de documentação da criança. Posteriormente, preconiza-se (sendo este um aspecto já previamente combinado com ambas as partes envolvidas: SUP e Serviço Social, que consideraram ser mais rápido e facilitador do processo) que o Serviço Social informe a Consulta de Cooperação Internacional, uma vez que estas duas entidades trabalham em parceria e este procedimento permite a informação de que a criança se encontra em Portugal, dando-se início ao processo da mesma/família o mais precocemente possível, favorecendo-se os aspectos envolventes à hospitalização.

No momento de transferência da criança/família para o serviço de internamento e, no sentido de contribuir para a comunicação entre as equipas de enfermagem, facilitando o diálogo e uniformizando cuidados, construiu-se a folha de check-list “Acolhimento e encaminhamento da criança/família oriunda dos PALOP no SUP”. Pretende-se que a mesma seja incluída no processo da criança no momento da sua transferência para os serviços de internamento, promovendo a continuidade de cuidados, dever preconizado pela alínea *d* do artigo 83º do Código Deontológico dos Enfermeiros (2003:65).

Visto a equipa de enfermagem referir algum desconhecimento relativamente aos recursos da comunidade que podem dar resposta às necessidades das crianças/famílias oriundas dos PALOP e promovendo a articulação entre os cuidados e “orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detectados” (Ordem dos Enfermeiros, 2003:45), por meio do transporte de saber de outros estágios, incorporou-se no procedimento sectorial uma listagem de recursos da comunidade de apoio a estas crianças e famílias. Neste sentido, fornece-se à equipa de enfermagem do SUP, um instrumento que pode vir a ser útil, quer o profissional evidencie a necessidade de encaminhamento ou a mesma seja demonstrada pela criança/família, sendo desta forma, o enfermeiro detentor de um conhecimento que proporciona um encaminhamento eficaz e que permite à família, a gestão da informação que lhe é fornecida, conferindo-lhe *empowerment* sobre o que realizar com a mesma e promovendo a **acomodação ou negociação cultural**.

A acrescentar ao procedimento sectorial realizado, e numa tentativa de contribuir para a implementação de orientações relativas ao acolhimento das crianças/famílias oriundas dos PALOP, elaborou-se um dossier que comporta a Legislação sobre os Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde da Criança/Família oriunda dos PALOP, ao abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde. Sendo frequente, estas crianças/famílias depararem-se com impedimentos que lhes dificultam o acesso aos cuidados de saúde, pelas razões já evidenciadas anteriormente, realizou-se este dossier, que surge com o objectivo de *(in)formar* a equipa de saúde do SUP do HDE acerca da legislação em vigor, de forma que esta promova o acesso e o atendimento eficiente ao Serviço Nacional de Saúde destas crianças/famílias (nº26 da Resolução do Conselho de Ministros nº63-A/2007, nos termos da alínea *g* do artigo 199º da CRP).

O passo seguinte consistiu na realização de uma formação em serviço, uma vez que esta constitui um dever dos enfermeiros, conforme descrito na alínea *l* do n.º 1 do Artigo 7º do Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro, permitindo também a partilha de conhecimentos em prol da melhoria da qualidade dos cuidados contribuindo assim para a dignificação da profissão, segundo a alínea *f* do n.º1 do Artigo 76.º do Decreto-Lei n.º 104/98). Esta formação, deu a conhecer, à equipa de enfermagem, o referido procedimento sectorial favorecendo a reflexão conjunta sobre a pertinência e aplicabilidade do mesmo (Relatório da Formação em Anexo XXI).

Tal como em estágios anteriores, o mestrando não se cingiu somente à concretização dos objectivos do seu projecto, mas integrou-se na equipa de saúde e na sua dinâmica de prestação de cuidados às crianças/famílias que recorrem ao SUP do HDE. Estes aspectos conduziram a diversas reflexões, destacando-se a que se reporta à admissão da criança/família ao SUP, situação geradora de grande stress e ansiedade (Anexo XXII).

Como refere Whaley e Wong (1989:461) “(...) uma das experiências hospitalares mais traumáticas para a criança e seus pais é uma admissão de emergência. O início repentino de uma doença ou a ocorrência de uma lesão deixa pouco tempo para preparação e explicações”. A criança vê-se assim exposta a um ambiente estranho e ameaçador que lhe pode gerar um aumento da ansiedade e stress. Também os pais se vêem confrontados com um momento de crise, pois deparam-se com uma diminuição das suas capacidades para a resolução de problemas, podendo mesmo culpabilizarem-se pela situação clínica actual do seu filho, referindo que *“falharam na sua protecção”*. Neste sentido, enquanto futuro enfermeiro especialista em SIP, desenvolveram-se competências em duas vertentes, uma no sentido de mobilizar “(...) conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória”, demonstrando “(...) conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico” (alínea E 2.1.2 do Anexo I, do nº2 do Artigo 4º do Regulamento nº 123/2011 de 18 de Fevereiro), e outra no sentido de permitir e incentivar os pais na expressão das suas emoções, receios e medos, e desmistificar a *“culpabilidade e perda de controlo”* dos mesmos, de forma a contribuir para o controlo da sua própria realidade e superação do acontecimento negativo, como é o caso da doença do seu filho. Para isso, torna-se fulcral a envolvimento dos pais como “(...) parceiros no cuidar” (Guerra, 2006:15), tentando-se sempre o estabelecimento de uma relação empática, favorecedora de um clima de confiança mútuo entre a criança/família e o profissional de quem se espera a capacidade de tomada de decisão, que promova a negociação e o desenvolvimento do papel parental, impulse o desenvolvimento do conhecimento disciplinar, trabalhando activamente na protecção dos direitos da criança e efectuando uma abordagem específica (Alegre, 2006:7).

A realização deste estágio permitiu ao mestrando a transposição de conhecimentos/competências para a sua prática diária de cuidados e iniciou um processo de interligação entre serviços hospitalares, contribuindo para o atendimento da criança em tempo útil, de forma a suprimir atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento (Ordem dos Enfermeiros, 2003:65), acreditando-se no benefício para a humanização dos cuidados a nível hospitalar, e esperando-se num futuro próximo, na integração da temática abordada em contexto dos Padrões da Qualidade do CHLC.

4- CAMINHO PERCORRIDO: UMA ABORDAGEM PELAS COMPETÊNCIAS...

No sentido de ultrapassar uma necessidade detectada no decorrer da prática profissional, aliada a uma motivação adjacente e à importância da aprendizagem e da formação contínua, no decorrer da realização da Especialidade em Enfermagem de SIP, mobilizaram-se diversos meios e recursos, na procura de um cuidar culturalmente competente à criança/família oriunda dos PALOP.

Ao olhar para trás, questiona-se: *Mas seria realmente importante a realização da Especialidade em SIP para a promoção deste cuidar tão específico?*

A criança, só por si, exige cuidados especializados, dado a sua complexidade que ultrapassa as competências do enfermeiro de cuidados gerais (Alegre, 2006), cabendo desta forma ao enfermeiro especialista em SIP a capacidade de olhar para a criança/família de uma forma global, intrínseca e profunda, integrando-a nos cuidados e implementando acções de enfermagem que visem a promoção da sua saúde, prevenção da doença, a cura ou a sua reabilitação, no sentido de melhorar a sua qualidade de vida. Neste sentido, no decorrer de cada módulo de estágio e perante o desenvolvimento de diversas competências já referenciadas ao longo do Relatório, pretendeu-se dar resposta à necessidade com que se deparava inicialmente e, conseqüentemente, às necessidades destas crianças/famílias.

Em cada módulo de estágio, a integração nas equipas multidisciplinares, bem como a constante actualização do Saber, Saber-Ser, Saber-Fazer e Saber-Estar, foram pontos fortes para a prestação de cuidados de excelência, não só às crianças/famílias alvos do projecto, mas também a todas as outras crianças/famílias com que se contactou, conduzindo constantemente à necessidade de reflexão, análise crítica e promovendo o enriquecimento da experiência pessoal e profissional.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro), espera-se do enfermeiro especialista, competências ao nível do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais. Foi com base nestes pressupostos que se trabalhou no decorrer dos estágios realizados, destacando-se as competências específicas inerentes ao desempenho do enfermeiro especialista em SIP, nomeadamente: a comunicação com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura, respeitando-se sempre a identidade cultural de cada criança/família; promovendo-se o crescimento e o desenvolvimento infantil (alínea E3 do Anexo I, do nº2 do Artigo 4º do Regulamento nº 123/2011 de 18 de Fevereiro), por meio da prestação de cuidados de enfermagem na UCSP da Venda Nova (mediante realização de consultas de enfermagem e intervenção na comunidade), na UCIN e no SUP do HDE, integrando-se nos mesmos, os factores culturais, sociais, biológicos, psicológicos, subjacentes e oferecendo à criança o seu "(...) direito a gozar do melhor estado de saúde possível e a beneficiar de serviços médicos (Convenção dos Direitos da Criança,

1989). Dinamizar o trabalho em rede (Alegre, 2006), foi também uma preocupação na realização do estágio, percebendo-se as preocupações, dúvidas e necessidades da família, mobilizando-se a equipa multidisciplinar e efectuando-se o encaminhamento para os diversos recursos da comunidade, ao mesmo tempo que se procuravam, sistematicamente, oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adopção de comportamentos potenciadores de saúde (alínea E1.1.5 do Anexo I, do nº2 do Artigo 4º do Regulamento nº 123/2011 de 18 de Fevereiro).

Ao longo do estágio, conseguiu-se que a temática abordada fosse transversal a todos os módulos, conjugando-se necessidades intrínsecas e extrínsecas ao processo de aprendizagem, efectuando-se uma gestão de meios e recursos, que potenciasses esta actuação e mantendo-se uma linha orientadora de todo o percurso realizado. Particularmente, emergem as competências de gestão, persuasão, liderança e incorporação da prática baseada na evidência, pois pelo facto de a temática abrangida ser pouco conhecida e, por vezes, sentida pelos profissionais como pouco relevante para a prática profissional, houve necessidade de “desconstruir”, reflectir e voltar a “construir”, reestruturando o pensamento, de forma a demonstrar a importância que a mesma implica para a qualidade da prática diária dos cuidados de enfermagem. Neste sentido, a mobilização de recursos com vista à identificação e satisfação de necessidades, a influência de um grupo profissional, as relações interpessoais, a postura adoptada, bem como o trabalho realizado, destacando-se as formações em serviço apresentadas, despertaram os profissionais para a mudança, favorecendo a identificação da necessidade do conhecimento e competência cultural e a sua inclusão no cuidado do outro.

Nos diversos módulos (UCSP e SUP) colaborou-se na formação de alunas do Curso de Licenciatura em Enfermagem (3º Ano), aperfeiçoando-se competências de supervisão clínica, assim como de formadora. A aposta na investigação foi também uma área contemplada, quer por meio da temática abordada, visto que se depara com alguma escassez de estudos, quer pelo despoletar nos profissionais, de uma reflexão sobre a necessidade de investimento na mesma. A participação em actividades de natureza científica relevante, como é o caso da 1.ª Reunião de *Spina Bífida* do Núcleo de Neurologia do CHLC – Hospital Dona Estefânia, realizada nos dias 25, 26 e 27 de Novembro de 2010, no Hospital Dona Estefânia, destacando-se a apresentação efectuada pelo Professor Doutor Luís Varandas “*Crianças com Spina Bífida oriundas dos PALOP: Como as reenviar em segurança?*”; e ainda a realização do artigo publicado na revista Nursing “*A Criança dos PALOP no Hospital... e Depois?* (Alves e Namora,2009:18), denotam a preocupação do mestrando perante as necessidades destas crianças/famílias no decorrer da hospitalização e no período pós-alta. Actualmente, evidencia-se ainda a realização, em contexto profissional, de um projecto relativo à temática, tendo como grande pilar todo o trabalho desenvolvido no contexto da realização da Especialidade em Enfermagem de SIP, participando e promovendo-se a investigação em serviço.

Assim, considera-se que as competências adquiridas/desenvolvidas contribuirão para atingir a tão desejada excelência dos cuidados de enfermagem à criança/família.

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Actualmente, Portugal depara-se com a necessidade cada vez mais premente de dar resposta, ao nível dos cuidados de saúde, a uma sociedade multicultural, marcada pelas suas especificidades. Cabe aos profissionais de saúde, o reconhecimento das diferenças e aceitação destas como parte indissociável do indivíduo, de forma que sejam prestados cuidados culturalmente aceites e um olhar para a criança/família como um transporte da sua cultura, ultrapassando ideais pré-concebidas, atitudes etnocêntricas e, a tão indesejada, cegueira cultural.

Neste sentido, a enfermagem assume-se como uma profissão de cuidados transculturais, promovendo o cuidar de cada ser humano, tendo em conta a sua individualidade e respeitando os valores culturais e estilos de vida próprios de cada um.

A inquietude gerada no mestrando, consciente das necessidades com que a criança/família oriunda dos PALOP se depara em Portugal, no contexto da saúde, fez emergir a problemática evidenciada no decorrer deste Relatório, tentando-se direccionar toda a actuação no decorrer do Estágio para a colmatação destas necessidades, assim como despertar nos profissionais de saúde (assumindo aqui o enfermeiro especialista em SIP um papel de destaque) a indispensabilidade da inclusão das especificidades culturais no processo de Cuidar destas crianças/famílias, o que se revelou um grande desafio.

Foram algumas as dificuldades que surgiram ao longo do Estágio, nomeadamente: burocracias, escassez de recursos materiais e humanos e alguma desmotivação das equipas de enfermagem. No entanto, tal como já foi referenciado anteriormente, todos estes aspectos, não inibiram o crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional, mas antes, fortaleceram-no e impulsionaram-no, promovendo a negociação, adaptação às variadas situações, contorno de obstáculos, de forma a atingir a consecução dos objectivos propostos.

A realização de estágio nas diversas instituições de saúde, o trabalho realizado nas mesmas e os contributos que daí emergiram, permitiram explorar, aprender, conhecer, compreender, partilhar e negociar sobre o tema, oferecendo-lhe uma maior visibilidade e despertando a necessidade de debate e reflexão sobre o mesmo.

Dada a complexidade que envolve toda a temática abordada, surge a consciência de que um longo caminho ainda se encontra por percorrer e que existem inúmeras contrariedades que necessitam de ser ultrapassadas, para que estas crianças/famílias obtenham cuidados de saúde, em Portugal, que surjam ao encontro das suas necessidades e especificidades culturais. Assim, e numa tentativa de contribuir para trabalhos/investigações futuras e para a melhoria da qualidade dos cuidados à criança/família oriunda dos PALOP, considera-se que seria importante, optar por dois caminhos: um que visasse os cuidados prestados em Portugal, e outro, um pouco mais direccionado para a promoção de condições de saúde e competências

nos profissionais de saúde dos PALOP, permitindo que as crianças que vêm efectuar somente tratamento a Portugal, o pudessem realizar no seu país de origem.

Para o primeiro caminho propõem-se acções como: a revisão dos Acordos estipulados de forma a eliminar diversos lapsos que se encontram na lei, nomeadamente no que concerne ao acesso da população migrante aos Cuidados de Saúde Primários; a realização de uma estreita parceria entre o Gabinete de Saúde do CNAI e as instituições de saúde públicas que recebem estas crianças/famílias, na qual o 1º organismo promoveria formação sobre aspectos específicos da população migrante aos profissionais de saúde destas instituições, visto que detêm um conhecimento cultural que em muito lucra ser partilhado (direitos de acesso da população imigrante aos cuidados de saúde, legislação em vigor, especificidades relacionadas com a saúde, resolução de situações, recursos disponíveis, articulação com diversas instituições, entre muitos outros aspectos); a tradução de documentos fornecidos à criança/família para os diversos Crioulos dos PALOP; a realização de procedimentos multissetoriais, ao nível hospitalar, que potenciem a interligação de serviços e uniformização de cuidados a estas crianças/famílias, tendo em conta as suas especificidades; e a integração desta temática agregada à temática da Multiculturalidade, nos Padrões da Qualidade, pois é inevitável o reconhecimento de que estes aspectos terão de ser trabalhos e operacionalizados pelos profissionais de saúde, em contexto de trabalho, num futuro muito próximo.

O segundo caminho necessitava de uma equipa multidisciplinar portuguesa que, reunindo diversos recursos materiais, humanos, temporais e financeiros, se deslocasse aos diversos PALOP para realizar uma vasta formação no âmbito da saúde, aos seus profissionais, na qual o enfermeiro especialista em SIP assumiria, sem dúvida, um papel central na constituição, liderança, tomada de decisão e gestão da equipa.

Da parte do mestrando fica a completa disponibilidade para integrar um grupo de trabalho que pretenda dinamizar todos os aspectos envolventes aos cuidados à criança/família oriundas dos PALOP, referidos anteriormente.

Termina-se este Relatório com a convicção de que com a utilização conjunta das diferentes estratégias adoptadas no decorrer do Estágio, contribuiu-se para a melhoria da assistência da criança/família oriunda dos PALOP e favoreceu-se uma prática de enfermagem mais orientada e sistematizada, facilitando-se a acessibilidade aos cuidados de saúde, detecção precoce e encaminhamento de situações de risco, agilizando-se, desta forma, o processo de *Cuidar* no qual se estabelece um clima de empatia, adaptado às necessidades e especificidades destas crianças/famílias, promovendo-se uma sociedade mais tolerante, coesa e solidária.

Pretende-se assim, colaborar para o modelo que se propõem para Portugal, baseado no modelo do projecto europeu, que “assenta em unidades de saúde que tenham uma atitude pró-activa face a utentes estrangeiros” [(Schulze *et al*, 2002) *apud* (Silva e Martingo, 2007:157)], que convidem o migrante a entrar e não espere que ele se desloque apenas já em

situações de grande debilidade física e emocional” (Silva e Martingo, 2007:157), envolvendo-o nos seus próprios cuidados e adoptando um modelo de parceria. Acredita-se que desta forma, se favorece o modelo das unidades de saúde amigas dos imigrantes, as quais têm inerentes dois objectivos: “ captar os utentes migrantes para o SNS e, por outro lado, contribuir para uma melhor humanização dos próprios serviços, que permita ultrapassar barreiras na prestação de cuidados que serão, *per si*, factores obstrutores de acesso e prestação de serviços” (Silva e Martingo, 2007:158).

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A.C.I.D.I., IP Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural I.P. - *Percurso dos doentes evacuados ao Abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde*. Disponível em WWW:<URL:<http://www.acidi.gov.pt/docs/Publicacoes/brochport/PADE.pdf> [Consultado em 10-11-2010, 12h20m]

A.C.I.D.I., IP- *Relatório das Nações Unidas sobre Imigração - Boas práticas de Portugal em Destaque*. Boletim Informativo A.C.I.D.I.. Lisboa. Nº74 (Outubro 2009). p.10-11

ALEGRE, Conceição - *O enfermeiro terá em consideração o "público-alvo" que deseja cuidar?* Revista da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. ISSN 1646-2629. nº 22 (Julho 2006) p.4 a 7.

ALVES, Carmo; NAMORA, Anabela – *A Crianças dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa no Hospital... E Depois?* Revista Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. Nº 253 (Janeiro 2010) p.18-21.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE FAMÍLIAS NUMEROSAS (APFN) - *Convenção dos Direitos da Criança*. Disponível em WWW:<URL: www.apfn.com.pt/declaraçãodosdireitosdacriança.htm [Consultado em 10-03-2009, 13h00m]

AZEVEDO, Carlos; AZEVEDO, Ana – *Metodologia Científica: contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos*. 9ª Edição. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2008. 180p. ISBN 978-972-54-0212-2.

BACKSTROM, Bárbara; CARVALHO, Amélia (2009)- *Imigração e saúde - O Gabinete de Saúde do CNAI enquanto observatório para o estudo das condições de acesso dos imigrantes aos serviços de saúde*. Disponível em WWW:>URL: http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Revista_4/Migr4_Art7.pdf [Consultado em 20 de Dezembro de 2009, 20h30m]

BENNER, Patrícia – *De iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.295p. ISBN 972-8535-97-X

BLACK, J.M.; MATASSARIN, Jacobs – *Enfermagem Médico-Cirúrgica – uma Abordagem Psicofisiológica*. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 1996. Vol.1. 1050p. ISBN 85-27-0346-7.

BRANCO, Elsa; LIMA, Nilza – *Enfermagem e a Multiculturalidade*. Ecos de Enfermagem-Sindicato dos Enfermeiros. Porto. Ano XXXVII, nº254 (Maio/Junho 2006). p. 28-32.

CABRITA, Idalina *et al* – *Relatório de Caracterização do Utente de Serviço Social*. Lisboa: Hospital Dona Estefânia, 2009. 23p.

CARTA DE OTTAWA (1986) Disponível em WWW:<URL:
http://www2.dce.ua.pt/funcionarios/gomes/documentos/saude/carta_otawa.pdf [Consultado em 29 de Abril de 2010, 22h45m]

CARVALHO, Amélia; SILVA, Fernanda – *Gabinete de Saúde do CNAI: Relatório de Actividades de 2009*. Lisboa: ACIDI, IP, 2010. 14p.

CENTRO DE SAÚDE DA VENDA NOVA - *Avaliação do Projecto: Intervenção Comunitária em Saúde Materno Infantil e Planeamento Familiar*. Lisboa: [s.n], 2008. 4p.

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO HDE - Boletim Informativo 191/05 de 06 de Setembro de 2005.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA. Coimbra: Almedina 2009. 341p. ISBN 978-972-40-3967-1

COSTA, José – *Métodos de Prestação de Cuidados*. Revista Millenium - Instituto Superior Politécnico de Viseu. Viseu. ISSN 0873-3015. Ano 2004, nº 30 (Outubro). P. 234-251.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2008) - *Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP)*. Disponível em: WWW:<URL:
<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/acesso+de+cidadãos+estrangeiros+a+cuidados+de+saude/cuidados+palop.htm> Consultado em 23 de Dezembro de 2010, 15h]

FONSECA, Maria Lucinda [*et al*] (2007)- *Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: uma perspectiva geográfica e política*. Disponível em: WWW:<URL:
<http://www.ceg.ul.pt/mcm/migracoesart.pdf> [Consultado em 14 de Março de 2010, 18h50m].

GASPAR, Tânia; MATOS, Margarida G. (2007) - *Comportamentos de Saúde de Adolescentes Migrantes e o Efeito Protector da Relação com os Avós*. Disponível em WWW:>URL:
http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:PLqYUc3vnssJ:ine-Inx01.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp%3Flook_parentBoui%3D6966615%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy+comportamentos+de+sa%C3%BAde+de+adolescentes+migrantes+eo+efeito+protector+com+as+av%C3%B3s&hl=ptPT&gl=pt&pid=bl&srcid=ADGEESiHpD9KzvWNsJVyvsle4MWWtYGIfSArKXtj6592TjGZXkM3QKw0_LLtGHY1B0HYLBFEI3tYXPwLojx0s69KruJLy_ZH3gKK924LIddUMV3JymEppa1czchOexpEwW7JqB50F68&sig=AHIEtbS0IV3rOF9R-408YWRxWvX37dBtYw [Consultado em 2 de Maio de 2010,17h]

GRASSI, Marzia - *Capital Social e Jovens originários dos PALOP em Portugal*. 1ª Edição. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2009. 215p. ISBN 978-972-671-242-8.

GUERRA, Alberto – *Estratégias de Intervenção do Enfermeiro para a Redução do Stress da Criança Pré-Escolar no Serviço de Urgência*. Revista Nursing. Brasil. ISSN 0034-7167. Ano 16. Nº 213 (Setembro 2006). p. 13-18.

HARWOOD - *O Cuidado Cultural in* LOPES, José [et al] – *Multiculturalidade - Perspectiva da Enfermagem: Contributos para Melhor Cuidar*. 1ª Edição. Loures: Lusociência, 2009. 271p. ISBN 978-972-8930-45-5.

HESBEEN, Walter - *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva Cultural*. Loures: Lusociência, 2000. 202p. ISBN 978-972-8383-11-4.

HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA (2002) – *Hospital Dona Estefânia*. Disponível em : WWW:<URL: <http://www.hdestefania.min-saude.pt/> [Consultado em 30 de Setembro de 2010, 20h]

LAGES, Mário; POLICARPO, Verónica – *Análise Preliminar de duas sondagens sobre os Imigrantes em Portugal*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2002. p.4-10.

LAZURE, Héléne – *Viver a Relação de Ajuda: Abordagem Teórica e Prática de um Critério de Competência da Enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta, 1994. 214p. ISBN 978-972-9539954.

LEININGER, Madeleine – *Enfermagem transcultural: um imperativo da enfermagem mundial*. Lisboa. ISSN 0871-00775. Nº10, 2ª Série (Abril/Junho 1998). p. 32-36.

LEININGER, Madeleine – *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practices*. 2ª Edição. New York: Mc Graw-Hill, 2002. 621p. ISBN 978-0071-353-977.

LEININGER, Madeleine - *Cuidar Cultural: Teoria da Diversidade e da Universalidade in* TOMEY, Ann; ALLIGOOD, Martha – *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (modelos e teorias de enfermagem)*. 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2004. p.563-584. ISBN 972 8383 74 6.

LILADAR, Camala; NOVAIS, Graciete – *O Cuidar em Situação de Multiculturalidade- percepção dos enfermeiros sobre o Cuidar face à grávida de cultura diferente*. Lisboa,[s.n], 1998. 120p. (Trabalho de Investigação efectuado no âmbito do Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende).

LOPES, José [et al] – *Multiculturalidade - Perspectiva da Enfermagem: Contributos para Melhor Cuidar*. 1ª Edição. Loures: Lusociência, 2009. 271p. ISBN 978-972-8930-45-5.

MARTINGO, Carla - *O corte dos genitais femininos em Portugal: o caso das Guineenses - Um estudo exploratório*. Lisboa: Edição Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.), 2009. 245p. ISBN 978-989-8000-77-4

MARTINS, Maria José (2005) – *Consultas agressivas na adolescência: Factores de Risco e Protecção*. Disponível em: WWW:<URL: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdfapsv23n2v23n2a05.pdf> [Consultado em 14 de Fevereiro de 2010, 21h00m]

MELO, Elsa – *Acessibilidade/Utilização do Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra*. Revista Referência. Coimbra. Nº3 (Novembro, 1999) p. 59-62.

MIGHEALTHNET (2009)- *Rede de informação sobre boas práticas em cuidados de saúde para imigrantes e minorias étnicas na Europa*. Disponível em WWW:<URL: http://mighealth.net/pt/images/a/a7/Mighealthnet_SOAR_por.pdf [Consultado em 29 de Março de 2010,19h44m]

MONTEIRO, Ana – *Multiculturalismo e Cuidados de Enfermagem*. Revista Pensar Enfermagem. Lisboa. ISSN 0873-8904. Vol.9. Nº1. (1º Semestre 2005). p. 48-57.

NASCIMENTO, Lucília (2005) - *Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de Famílias em enfermagem pediátrica*. Disponível em: WWW:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a17v14n2.pdf> [Consultado em 22 de Maio de 2010, 10h30m].

NEVES, Cláudia; ROLLO, Adail – *Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde*. 2ª Edição. Brasil: Editora Ministério da Saúde, 2006. 42p. ISBN: 85-3341268-1.

NUNES, Fernando – *Tomada de Decisão de Enfermagem em Emergência*. Revista Nursing. Brasil. ISSN 0034-7167. Ano 17. Edição 219 (Março 2007). p. 7-11.

OLIVEIRA, Maria Helena; PEDRO, Ana Patrícia – *Administração de Leite Materno por Copo*. Revista Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. Nº 239 (Novembro 2008). p.8-12.

OPPERMAN, Cathleen; CASSANDRA, Kathleen – *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. 1ª Edição. Loures: Lusociência - Edições técnicas e científicas, L.da, 2001. p. 173-194. ISBN 972-8383-19-3.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Edição: Ordem dos Enfermeiros, 2003. 187p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Modelo de Individualização das Especialidades*. Revista da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. ISSN 1646-2629 nº 22. (Julho 2006) p.31

PONTES, Fátima – *Enfermagem Transcultural: Um subcampo a explorar*. Revista Sinais Vitais. Coimbra. ISSN 0872-8844. Nº44. (Setembro 2002). p. 59-66.

PORTILHEIRO, Catarina; VERDE, Adelaide - *Projecto Melhorar a Qualidade de Vida*. Centro de Saúde da Venda Nova. Lisboa: [s.n.], 2006. 27p.

PORTUGAL. *Acordo no Domínio da Saúde entre a República Portuguesa e a República da Guiné-Bissau* - Decreto-Lei nº 44/92 de 21 de Outubro D.R. Série I Parte A, 243 (21/10/1992) p.4898-4990

PORTUGAL. *Acordo no Domínio da Saúde entre o Governo da República Portuguesa e o Governo da República de Cabo Verde* - Decreto-Lei nº 24/77 de 3 de Março D.R. Série I Parte A, 52 (03/03/1977) p.363-364

PORTUGAL. *Acordo de Cooperação no Domínio da Saúde entre a República Portuguesa e a República Popular de Angola* - Decreto-Lei de 18 de Julho D.R. Série I Parte A, 165 (18/07/1984) p.2201-2204

PORTUGAL. *Acordo no Domínio da Saúde entre o Governo da República Portuguesa e o Governo da República Democrática de S. Tomé e Príncipe* - Decreto-Lei nº 25/77 de 3 de Março D.R. Série I Parte A, 52 (03/03/1977) p.365-366

PORTUGAL. *Acordo no Domínio da Saúde entre a República Portuguesa e a República Popular de Moçambique* - Decreto-Lei de 12 de Julho D.R. Série I Parte A, 160 (12/07/1984) p.2105-2109

PORTUGAL. *Conteúdo funcional nas Categorias de Enfermeiro, Enfermeiro Graduado e Enfermeiro Especialista* - Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro D.R. Série I Parte A, 257 (08/11/1991) p.5723-5741

PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde. *Normas gerais de encaminhamento e assistência a doentes oriundos dos PALOP ao abrigo dos Acordos de Cooperação no domínio da Saúde* - Circular normativa nº4 de 16/04/2004

PORTUGAL. *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril D.R. I Série Parte A, 93 (21/04/1998) p.1739-1757

PORTUGAL. *Lei de bases da Saúde* - Decreto-Lei nº 48/90 de 24 de Agosto D.R. I Série, 195 (24/08/1990) p.3452-3459

PORTUGAL. *Lei da Imigração* - Decreto-Lei de 4 de Julho D.R. Série I Parte A, 127 (04/07/2007) p.4290-4330

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros - *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista* – Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro D.R. II Série Parte E 35 (18/02/2011) p.8648-8653.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem* – Regulamento nº 123/2011 de 18 de Fevereiro D.R. II Série Parte E 35 (18/02/2011) p.8653-8655.

PORTUGAL. *Plano para a Integração dos imigrantes* - Resolução do Conselho de Ministros nº63-A/2007. D.R. I Série, 85 (03/05/2007)

PORTUGAL. *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros* - Decreto-Lei nº 161/96 de 4 Setembro D.R. I Série Parte A 205 (04/09/1996) p.2959-2964

QUINT, Nicolas – *O Caboverdiano de Bolso*. 1ª Edição. França: Assimil, 2009. 197 p. ISBN 978-2-7005-0410-1.

RAMOS, Natália – *Psicologia Clínica e Da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta, 2004. 367p. ISBN 978-972-674-436-8.

REVISTA DE ESTUDOS DEMOGRÁFICOS DO INE - *Jovens dos PALOP mais problemáticos*. Disponível em WWW:>URL:<http://diario.iol.pt/noticias/palop-violencia-jovens-comportamentos-risco/850914-291.html> [Consultado em 2 de Maio de 2010,11horas].

RIBEIRO, Patrícia – *Serviço de Urgência Pediátrica: Triagem, Medicação habitual, Patologias mais frequentes*. Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias. Lisboa: [s.n.] 2010, 69p.

RICOU, Miguel *et al* – *A Comunicação e a Alteração de Comportamentos*. Revista Psicologia, Saúde e Doenças. Lisboa. ISSN 1645-0086. Ano/vol V. Nº2 (2004) p. 131-144.

RODRIGUES, Manuel; PEREIRA, Anabela; BARROSO, Teresa. - *Educação para a Saúde. Formação Pedagógica e de Educadores de Saúde*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde Lda., 2005. 156p. ISBN 978-972-848-5528.

ROPER, Nancy *et al* – *Modelo de Enfermagem*. 3ª Edição. Lisboa: Editora Mc Graw-Hill de Portugal, Lda, 1995. 454p. ISBN 0-443-03950-X.

SAINT-EXUPÉRY, Antoine - *Pensamentos de Antoine de Saint-Exupéry*. Disponível em WWW:<URL: <http://www.crlemberg.com.br/pensador/antexupery.htm> [Consultado em 2 de Fevereiro de 2011,18h00m]

SANTINHO, Maria – *Por Nascer Mulher... um outro Lado dos Direitos Humanos*. Lisboa: APF, 2007. p.68 . ISBN 978-972-8291-22-8.

SARAIVA, Helena – *Aleitamento Materno: Promoção e Manutenção*. 1ªEdição. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda. 2010. 223p. ISBN 978-972-757-659-3.

SILVA, Abel Paiva – *Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da Profissão e da Disciplina*. Revista Servir. Vol. 55. Nº1-2, (Janeiro - Abril 2007) p.11-20.

SILVA, A.; MARTINGO, Carla. (2007) – *Unidades de Saúde Amigas dos Migrantes - Uma Resposta ao desafio da Multiculturalidade em Portugal*. Disponível em WWW:<URL: http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Revista_1/migracoes1_art8.pdf [Consultado em 6 de Maio de 2010,20h45m]

VARA, Lília - *Relação de Ajuda à Família da Criança Hospitalizada com Doença de Mau prognóstico num Serviço de Pediatria*. Lisboa: [s.n],1993. 95p. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada à Universidade Católica Portuguesa.

VASCONCELOS, Carlos *et al* – *Assistência a Doentes Oriundos dos PALOP*. Hospital Dona Estefânia: Projecto Global da Qualidade. Lisboa: [s.n.], 2006. 2p.

WHALLEY, Lucille & WONG, Donna L.- *Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efectiva*. 2ª Edição. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1989. 910p. ISBN 85-277-0506-0.

7- Anexos

Anexo I

Legislação relativa aos Acordos de Cooperação no Domínio
da Saúde estabelecidos entre o Governo da República Portuguesa e os
Governos das Repúblicas dos PALOP

3 — After the termination of this Agreement it may be renewed by the Parties with such amendments as they may agree upon.

In witness whereof the undersigned being duly authorized thereto, have in the names of their respective Governments signed and sealed three copies of this Agreement in each of the Portuguese and English languages, each version being equally authentic.

Thus done and signed at Cape Town on this the 2nd day of May 1984.

For the Government of the Republic of Portugal:

Jaime José Matos da Gama, Minister of Foreign Affairs.

For the Government of the People's Republic of Mozambique:

Mário da Graça Machungo, Minister of Planning.

For the Government of the Republic of South Africa:

Roelof Frederik Botha, Minister of Foreign Affairs.

**MINISTÉRIOS DOS NEGÓCIOS ESTRANGEIROS,
DAS FINANÇAS E DO PLANO, DA EDUCAÇÃO
E DA SAÚDE**

**Decreto do Governo
de 18 de Julho**

O Governo decreta, nos termos da alínea c) do n.º 1 do artigo 200.º da Constituição, o seguinte:

Artigo único. É aprovado o Acordo de Cooperação no Domínio da Saúde entre a República Portuguesa e a República Popular de Angola, assinado em 26 de Março de 1982, cujo texto constitui anexo do presente decreto.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 15 de Junho de 1984. — *Carlos Alberto da Mota Pinto*. — *Jaime José Matos da Gama* — *Ernâni Rodrigues Lopes* — *José Augusto Seabra* — *António Manuel Maldonado Gonelha*.

Assinado em 27 de Junho de 1984.

Publique-se.

O Presidente da República, ANTÓNIO RAMALHO EANES.

Referendado em 27 de Junho de 1984.

O Primeiro-Ministro, *Mário Soares*.

**Acordo de Cooperação no Domínio da Saúde
entre a República Portuguesa e a República Popular de Angola**

Considerando que no Acordo Geral de Cooperação firmado em 26 de Junho de 1978 entre a República Portuguesa e a República Popular de Angola se encon-

tra previsto que a política comum de cooperação se concretizará pela celebração de acordos especiais em vários domínios;

Ponderando as vantagens que para ambos os povos advêm da cooperação no âmbito da saúde:

A República Portuguesa e a República Popular de Angola, a seguir designadas «Partes», convictas de que a cooperação entre os 2 países no campo da saúde irá contribuir para reforçar as relações já existentes entre os 2 Estados, decidem concluir o seguinte Acordo, baseado nos princípios de igualdade, vantagem mútua, reciprocidade e não ingerência nos assuntos internos:

ARTIGO 1.º

(Relações de cooperação)

As Partes acordam em estabelecer relações de cooperação no campo da saúde, incluindo a investigação científica médica e farmacêutica e a formação e aperfeiçoamento do pessoal da saúde.

ARTIGO 2.º

(Assistência médica)

Em matéria de assistência médica, as Partes comprometem-se a:

- a) Assegurar, na medida das suas possibilidades e quando solicitadas pela outra Parte, a assistência médica aos doentes indicados pela Parte solicitante, promovendo o seu internamento e tratamento, conforme a gravidade e o tipo de patologia, desde que esgotados todos os recursos terapêuticos ou de diagnóstico da Parte solicitante;
- b) Designar a entidade ou estrutura coordenadora dos processos dos doentes, assumindo aquela, no país solicitado, a responsabilidade pelo internamento e tratamento, incluindo os exames médicos e paramédicos.

ARTIGO 3.º

(Compromisso assumido por cada uma das Partes)

1 — Cada uma das Partes contratantes compromete-se a assegurar, nas condições referidas no artigo anterior, o tratamento, no respectivo território, de nacionais da outra Parte, até uma presença máxima de doentes a estabelecer nos programas, anuais ou bienais, de execução deste Acordo.

2 — O internamento dos referidos doentes e o seu tratamento serão feitos nos diversos estabelecimentos hospitalares oficiais, dentro das disponibilidades existentes e em termos de igualdade com os cidadãos da Parte em cujo território é assegurado o tratamento de nacionais da outra.

ARTIGO 4.º

(Deveres da Parte solicitante)

A Parte solicitante, através da sua embaixada junto da Parte solicitada, compromete-se a:

- a) Comunicar previamente à entidade coordenadora quais os doentes a submeter a tratamento, fazendo acompanhar cada comuni-

cação de um sumário clínico explicitando as razões da evacuação do doente e susceptível de permitir o seu devido encaminhamento;

- b) Quando informada da possibilidade de tratamento ou internamento e da data do seu início, avisar a entidade coordenadora, com uma antecedência mínima de 24 horas, da data de chegada dos doentes;
- c) Promover a deslocação do doente até ao local de destino, apresentando-o na instituição hospitalar que tiver sido indicada, acompanhado de um termo de responsabilidade e de relatório confidencial do seu caso clínico;
- d) Assegurar, com o apoio da Parte solicitada, sempre que necessário, a estada, incluindo alojamento e alimentação em caso de tratamento ambulatorio, quando os doentes não fiquem instalados em estabelecimentos hospitalares ou suas dependências;
- e) Assegurar, com o apoio da Parte solicitada, sempre que necessário, a estada, incluindo alojamento e alimentação, após o tratamento ser dado por concluído pelas competentes autoridades hospitalares da Parte solicitada, mesmo daqueles que, após obterem alta hospitalar, tenham necessidade de tratamento complementar de tipo ambulatorio.

ARTIGO 5.º

(Encargos da Parte solicitante)

São de conta da Parte solicitante os encargos relativos a:

- a) Transporte de ida e regresso dos doentes e seus acompanhantes, quando a gravidade da doença, o estado do doente ou a sua idade exigir a presença destes;
- b) Metade das despesas de internamento e tratamento dos doentes, incluindo exames radiológicos e biológicos, quando os mesmos se efectuarem em estabelecimentos hospitalares ou suas dependências, bem como os actos médicos e cirúrgicos necessários aos doentes em regime de tratamento ambulatorio, de harmonia com as tabelas em vigor;
- c) Metade das despesas de estada, incluindo alojamento e alimentação em caso de tratamento ambulatorio, quando os doentes não fiquem instalados em estabelecimentos hospitalares ou suas dependências;
- d) Estada, incluindo alojamento e alimentação, após o tratamento ser dado por concluído pelas competentes autoridades hospitalares da Parte solicitada, mesmo daqueles que, após obterem alta hospitalar, tenham necessidade de tratamento complementar de tipo ambulatorio;
- e) Fornecimento de próteses e, quando a prescrição for feita em regime de tratamento ambulatorio, fornecimento de medicamentos;
- f) Funeral ou repatriamento do corpo, em caso de morte;
- g) Todas as despesas realizadas a favor do acompanhante do doente.

ARTIGO 6.º

(Deveres da Parte solicitada)

A Parte solicitada tem como deveres:

- a) Informar a embaixada interessada, no prazo de 7 dias, contados a partir do recebimento do sumário clínico pela entidade coordenadora, sobre as possibilidades de tratamento ou internamento e data do seu início;
- b) Promover o transporte do doente, em ambulância, caso necessário, desde o aeroporto até ao hospital, colaborando nas diligências necessárias para assegurar a presença do representante da embaixada;
- c) Comunicar à embaixada, por escrito e com a antecedência mínima de 5 dias, a data da alta definitiva do doente, estando portanto em condições de empreender a viagem de regresso;
- d) Quando os doentes tenham alta e regressem ao seu país, enviar relatório clínico confidencial do tratamento hospitalar à autoridade sanitária da Parte solicitante. Uma cópia do relatório, devidamente lacrada, acompanhará o doente.

ARTIGO 7.º

(Encargos da Parte solicitada)

1 — São de conta da Parte solicitada os encargos relativos a:

- a) Metade das despesas de internamento e tratamento dos doentes, incluindo exames radiológicos e biológicos, quando os mesmos se efectuarem em estabelecimentos hospitalares ou suas dependências, bem como os actos médicos e cirúrgicos necessários aos doentes em regime de tratamento ambulatorio, de harmonia com as tabelas em vigor;
- b) Metade das despesas de estada, incluindo alojamento e alimentação em caso de tratamento ambulatorio, quando os doentes não fiquem instalados em estabelecimentos hospitalares ou suas dependências.

2 — Os encargos assumidos pela Parte solicitada nos termos do número anterior cessarão a partir do momento em que se concretize a alta definitiva, de acordo com o estabelecido na alínea c) do artigo 6.º

ARTIGO 8.º

(Cooperação científica e técnica)

No interesse de uma cooperação eficaz nos domínios das ciências médicas e farmacêuticas e outras afins com a saúde, assim como na formação, especialização e actualização de técnicos de saúde e outros quadros ligados ao campo da saúde, tendo em conta a necessidade de troca de experiências, as Partes acordam, numa base de reciprocidade, em estabelecer colaboração técnica e intercâmbio científico no sector da saúde nos domínios de:

- a) Formação e aperfeiçoamento;
- b) Troca de experiências;
- c) Investigação científica;
- d) Permuta de informação e documentação.

ARTIGO 9.º

(Cooperação técnica)

1 — No domínio da cooperação técnica, as Partes acordam em, na medida das respectivas possibilidades, e a pedido expresso de uma das Partes, promover e facilitar a participação de técnicos de saúde nas actividades assistenciais, de docência, elaboração de programas, realização de conferências ou seminários.

2 — A colaboração referida no número anterior poderá também ser extensiva a outros técnicos para efeitos de cooperação em matéria de aprovisionamento ou de assistência a equipamento hospitalar, bem como para a participação em projectos de saúde.

3 — A Parte solicitada comunicará à Parte solicitante o currículo dos técnicos a enviar, o qual deverá merecer a concordância de ambas as Partes.

ARTIGO 10.º

(Formação profissional)

1 — As Partes acordam em desenvolver acções de formação, especialização e aperfeiçoamento a nacionais da outra Parte, concedendo-lhes oportunidade de desenvolverem as suas faculdades e qualificações, em cursos ou estágios nas instituições superiores de saúde ou outras relacionadas com o sector.

2 — As condições relativas às oportunidades a que se refere o número anterior, assim como a sua duração e o perfil de candidatos que delas poderão beneficiar, serão fixadas nos programas, anuais ou bienais, de execução do Acordo.

3 — Os nacionais da outra Parte que frequentemente, com aproveitamento, cursos de formação e de especialização obterão no fim do período da sua formação documento idêntico ao que é passado aos restantes participantes dos mesmos cursos.

4 — Os nacionais da outra Parte que não tenham as habilitações literárias ou profissionais exigidas para a admissão em cursos eventuais de formação e especialização poderão, mediante decisão caso a caso, ser aceites como ouvintes, com direito a declaração de frequência.

ARTIGO 11.º

(Acções de formação)

1 — Os estabelecimentos e serviços de saúde de cada uma das Partes podem receber cidadãos da outra Parte, tendo em vista a formação de técnicos médicos e ainda de técnicos auxiliares ou paramédicos nos domínios da saúde pública ou da medicina hospitalar.

2 — Cada uma das Partes poderá assegurar, em condições a estabelecer, o funcionamento de cursos intensivos para formação de técnicos auxiliares ou paramédicos de saúde pública ou de medicina hospitalar, no seu próprio território ou no território da outra Parte.

ARTIGO 12.º

(Bolsas a conceder por cada uma das Partes)

1 — Compromete-se cada uma das Partes a conceder, na medida das suas possibilidades, bolsas de estudo a nacionais da outra Parte, para formação ou actividade de especialização no campo da saúde, no-

meadamente sob a forma de cursos ou estágios em hospitais ou outras instituições especializadas de saúde.

2 — Cada uma das Partes comunicará à outra o número de bolsas que lhe foi atribuído, com base na solicitação desta, indicando expressamente o curso, especialidade ou estágio a que as mesmas se referem.

ARTIGO 13.º

(Troca de experiências)

As Partes, de harmonia com as suas possibilidades, acordam em:

- a) Trocar missões científicas de curta permanência, a fim de se familiarizarem com a planificação e organização da ciência e da técnica no campo sanitário, farmacológico ou afins com a saúde e de participarem em congressos e outras reuniões científicas;
- b) Enviar técnicos ou consultantes com o fim de prestar assistência técnica ou de consulta em domínios específicos da saúde ou com ela relacionados, sempre que solicitado pela outra Parte;
- c) Dar a conhecer locais e datas de jornadas de saúde, bem como conferências, congressos e simpósios médico-farmacológicos e outros relacionados com a saúde organizados nos seus países, de carácter nacional ou internacional.

ARTIGO 14.º

(Investigação científica)

No domínio do intercâmbio científico, as Partes acordam em:

- a) Estabelecer e aprofundar as relações em matéria de investigação científica no campo da saúde, nomeadamente pela criação de grupos de trabalho mistos, constituídos por peritos e especialistas dos dois países;
- b) Promover a cooperação entre as instituições superiores de saúde, institutos de investigação científica e sociedades científicas do âmbito da saúde.

ARTIGO 15.º

(Permuta de informação e de documentação)

1 — As Partes acordam igualmente em:

- a) Divulgar formas e métodos de ensino de ciências da saúde e trocar, quando tal for solicitado pela outra Parte, manuais de ensino, documentação e obras de ciências de saúde;
- b) Trocar, quando forem pedidos, filmes, revistas especializadas e mais publicações médicas, farmacológicas e outras de interesse para a saúde;
- c) Desenvolver a permuta de informações resultantes de investigação científica;
- d) Trocar dados estatísticos em matéria de saúde pública.

2 — As Partes aceitam isentar de quaisquer taxas ou impostos o material e outro equipamento fornecido por qualquer delas, nos termos do número anterior.

ARTIGO 16.º

(Outras formas de cooperação)

Poderão ser estabelecidas outras formas de cooperação, mediante acordo das Partes.

ARTIGO 17.º

(Execução do Acordo)

Para pôr em aplicação as disposições do presente Acordo as Partes procederão à elaboração de programas de execução, anuais ou bienais, tendo em conta o preceituado no Acordo Geral de Cooperação sobre a constituição e o funcionamento de uma comissão mista.

ARTIGO 18.º

(Resolução de diferendos)

Qualquer diferendo relacionado com a interpretação ou com a aplicação deste Acordo será solucionado por negociação diplomática.

ARTIGO 19.º

(Condições de vigência e de denúncia)

1 — O presente Acordo entrará em vigor na data da troca de notas confirmando que o mesmo foi aprovado em conformidade com os requisitos constitucionais de ambos os países.

2 — O Acordo manter-se-á em vigor até 12 meses depois da data em que qualquer das Partes notifique a outra Parte do seu desejo de denunciar o Acordo.

Feito em Luanda, aos 26 dias do mês de Março de 1982, em dois exemplares em língua portuguesa, fazendo ambos igualmente fé.

Pela República Portuguesa:

João Salgueiro.

Pela República Popular de Angola:

Ismael Gaspar Martins.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Gabinete do Ministro

Despacho Normativo n.º 129/84

Considerando que António Marques Duarte tem provimento definitivo como subdirector escolar;

Tendo em conta o disposto no n.º 4 do artigo 34.º do Decreto-Lei n.º 211/81, de 13 de Julho, com a redacção que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 126/83, de 9 de Março, e considerando o disposto nos n.ºs 5, 6 e 7 do mesmo diploma, determino:

1 — É afectado à Direcção-Geral de Pessoal o subdirector escolar António Marques Duarte.

2 — O subdirector escolar referido no número anterior é abonado pela Direcção Escolar de Coimbra.

Ministério da Educação, 25 de Junho de 1984. — O Ministro da Educação, *José Augusto Seabra.*

REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES

ASSEMBLEIA REGIONAL

Decreto Legislativo Regional n.º 19/84/A

Provimento de lugares docentes por permuta

O Decreto Legislativo Regional n.º 5/82/A, de 26 de Abril, que legislou sobre o provimento de lugares docentes por permuta, constituiu uma tentativa provisória de adaptação à Região das disposições constantes do Decreto-Lei n.º 454/75, de 21 de Agosto.

Da sua aplicação resultou o desvirtuamento dos objectivos que visava, pelo que foi revogado pelo Decreto Legislativo Regional n.º 22/83/A. Porém, dada a especificidade da Região, impõe-se que de novo se legisle sobre a matéria.

Assim:

A Assembleia Regional dos Açores decreta, nos termos da alínea a) do artigo 229.º da Constituição e da alínea c) do artigo 26.º do Estatuto Político da Região Autónoma dos Açores, o seguinte:

Artigo 1.º — 1 — É autorizada a permuta de lugares aos professores efectivos do ensino primário com menos de 45 anos que o requeiram e reúnam as condições exigidas para a admissão ao concurso do quadro geral.

2 — A cada professor apenas será permitida uma permuta.

3 — Os professores que pretendam permutar devem requerer separadamente.

Art. 2.º — 1 — Os professores que houverem permutado não poderão requerer a aposentação voluntária no período de 5 anos que se seguir à data do despacho que autorizou a permuta.

2 — Os professores que houverem permutado só poderão apresentar-se a concurso decorridos que sejam 5 anos sobre a data do despacho que autorizou a permuta.

Art. 3.º Não é autorizada a permuta aos professores efectivos que não se encontrem em exercício na sua escola, nomeadamente os colocados ao abrigo do Decreto-Lei n.º 373/77, de 5 de Setembro.

Art. 4.º Os professores cujo despacho de permuta seja publicado depois de 31 de Agosto só entrarão em exercício no lugar em que foram providos no início do ano escolar seguinte, devendo considerar-se até lá em comissão de serviço no lugar a que pertenciam.

Aprovado pela Assembleia Regional dos Açores em 14 de Junho de 1984.

O Presidente Interino em Exercício, *Fernando Manuel de Faria Ribeiro.*

Assinado em Angra do Heroísmo em 29 de Junho de 1984.

Publique-se.

O Ministro da República para a Região Autónoma dos Açores, *Tomás George Conceição Silva.*

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA

Direcção-Geral dos Serviços Judiciários

Portaria n.º 104/77

de 3 de Março

Manda o Governo da República Portuguesa, pelo Secretário de Estado da Justiça, e em conformidade com o disposto no n.º 2 do artigo 251.º do Estatuto Judiciário, que o quadro do Tribunal da Comarca de Ovar seja aumentado com mais uma secção, constituída pelas seguintes unidades:

- Um escrivão de direito;
- Um escriturário-dactilógrafo;
- Um oficial de diligências.

Secretaria de Estado da Justiça, 17 de Fevereiro de 1977. — O Secretário de Estado da Justiça, *José Dias dos Santos Pais*.

**MINISTÉRIO DAS FINANÇAS**

SECRETARIA DE ESTADO DO TESOURO

Direcção-Geral do Tesouro

Repartição do Tesouro

Aviso

Faz-se público que foram alteradas, por despacho do Secretário de Estado do Tesouro de 17 de Dezembro de 1976, as características da nota de 50 patacas em circulação no território de Macau, a que se refere o aviso inserto no então *Diário do Governo*, 1.ª série, n.º 58, de 11 de Março de 1960.

As alterações consistem na substituição das características indicadas nos n.ºs 6.º e 7.º, quanto à frente da nota, prevalecendo o seguinte:

Frente:

6.º Por baixo, a data «Lisboa, 1 de Setembro de 1976».

7.º Ainda por baixo e centrado «Conselho de Gestão»; mais abaixo, longitudinalmente, duas assinaturas em fac-símile, figurando a da esquerda seguida da designação «(Presidente)», em plano inferior.

Direcção-Geral do Tesouro, 11 de Fevereiro de 1977. — O Director-Geral, *Manuel Raminhos Alves de Melo*.

Para ser publicado no *Boletim Oficial* de Macau.

Aviso

Faz-se público que foram alteradas, por despachos do Secretário de Estado do Tesouro de 17 de Dezembro de 1976 e de 20 de Janeiro do ano em curso, as características da nota de 5 patacas em circulação no território de Macau, a que se referem os avisos insertos no então *Diário do Governo*, 1.ª série, n.ºs 182 e 43, respectivamente de 4 de Agosto de 1971 e 21 de Fevereiro de 1972.

As alterações consistem na substituição das características indicadas em 6 e 7, quanto à frente da nota, e em 2, quanto ao verso, prevalecendo o seguinte:

Frente:

6 — Por baixo, a data «Lisboa, 18 de Novembro de 1976», em letras pretas, tipo miúdo.

7 — Ainda por baixo e centrado «Conselho de Gestão»; mais abaixo, longitudinalmente, duas assinaturas em fac-símile, figurando a da esquerda seguida da designação «(Presidente)», em plano inferior.

Verso:

2 — No emoldurado superior a designação «Banco Nacional Ultramarino», em letras brancas.

Direcção-Geral do Tesouro, 11 de Fevereiro de 1977. — O Director-Geral, *Manuel Raminhos Alves de Melo*.

Para ser publicado no *Boletim Oficial* de Macau.

**MINISTÉRIOS DAS FINANÇAS
E DA AGRICULTURA E PESCAS****Despacho Normativo n.º 53/77**

Não se tendo alterado a situação relativamente ao diploma orgânico do INIA, que justificou a publicação do despacho de 20 de Dezembro de 1976, determina-se que seja prorrogado até 31 de Março de 1977 o prazo durante o qual será mantido o mesmo regime administrativo que tem permitido àquele organismo a realização das despesas em conta das dotações que lhe estão atribuídas no Orçamento Geral do Estado para o ano económico de 1977.

Ministérios das Finanças e da Agricultura e Pescas, 31 de Dezembro de 1976. — O Ministro das Finanças, *Henrique Medina Carreira*. — O Secretário de Estado do Fomento Agrário, *António Carlos Ribeiro Campos*.

**MINISTÉRIO DOS NEGÓCIOS ESTRANGEIROS**

Gabinete Coordenador para a Cooperação

Decreto n.º 24/77

de 3 de Março

O Governo decreta, nos termos da alínea c) do artigo 200.º da Constituição, o seguinte:

Artigo único. É aprovado o Acordo no Domínio da Saúde entre o Governo da República Portuguesa e o Governo da República de Cabo Verde, assinado em 4 de Novembro de 1976, cujo texto vai anexo ao presente decreto.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros. — *Mário Soares* — *José Manuel de Medeiros Ferreira*.

Assinado em 14 de Fevereiro de 1977.

Publique-se.

O Presidente da República, **ANTÓNIO RAMALHO EANES**.

Acordo no Domínio da Saúde entre o Governo da República Portuguesa e o Governo da República de Cabo Verde.

Considerando os princípios definidos no Acordo Geral de Cooperação e Amizade;

Considerando que nesse Acordo se prevê expressamente a celebração de acordos especiais que regulem as formas de cooperação recíproca a empreender nos vários domínios;

Reconhecendo a importância da cooperação no domínio da saúde e as vantagens que dela advêm, quer para ambos os povos, quer para a própria ciência:

As Partes Contratantes decidem concluir o seguinte Acordo:

ARTIGO 1.º

1. O Estado Português compromete-se, na medida das suas possibilidades e quando solicitado pelo Estado de Cabo Verde, a assegurar o tratamento em Portugal de nacionais cabo-verdianos até quinze doentes por mês.

2. O internamento destes doentes e o seu tratamento serão feitos nos diversos estabelecimentos hospitalares oficiais, dentro das disponibilidades existentes, cabendo a coordenação do processo de encaminhamento dos doentes a entidade portuguesa a designar.

ARTIGO 2.º

1. O Estado de Cabo Verde, através da sua Embaixada em Lisboa, compromete-se a:

- a) Avisar, com uma antecedência mínima de vinte e quatro horas, a entidade a que se refere o n.º 2 do artigo anterior, da data, local e hora de chegada a Lisboa dos doentes a submeter a tratamento nos termos do presente Acordo;
- b) Informar os serviços competentes do Ministério dos Negócios Estrangeiros da data de chegada a Lisboa daqueles doentes;
- c) Promover a sua deslocação até ao local de alojamento.

2. O Estado de Cabo Verde compromete-se ainda a fazer acompanhar os doentes de uma história clínica elaborada naquele Estado.

ARTIGO 3.º

Ficam a cargo do Estado de Cabo Verde os encargos relativos a:

- a) Transporte de ida e de regresso dos doentes;
- b) Alojamento, em caso de tratamento ambulatorio, quando os doentes não fiquem instalados em estabelecimentos hospitalares ou suas dependências;
- c) Alojamento, após o tratamento ser dado por concluído pelas competentes autoridades hospitalares portuguesas;
- d) Próteses;
- e) Funeral e ou repatriamento do corpo, em caso de morte.

ARTIGO 4.º

1. Ficam a cargo do Estado Português os encargos relativos a internamento e tratamento dos doentes, incluindo exames radiológicos e biológicos, quando os mesmos se efectuarem em estabelecimentos hospitalares ou suas dependências.

2. Os encargos assumidos pelo Estado Português nos termos do presente Acordo cessarão a partir do momento em que o tratamento for dado por concluído pelas competentes autoridades hospitalares portuguesas.

3. Quando os doentes tenham alta e regressem ao Estado de Cabo Verde, o hospital onde o tratamento foi realizado enviará relatório confidencial do tratamento à autoridade sanitária cabo-verdiana.

ARTIGO 5.º

1. Os estabelecimentos e serviços de saúde do Estado Português podem receber cidadãos do Estado de Cabo Verde, tendo em vista a formação de técnicos médicos e paramédicos, quer no domínio da medicina hospitalar, quer no domínio da saúde pública.

2. O Estado Português poderá assegurar em condições a estabelecer o funcionamento de cursos intensivos para formação de técnicos auxiliares de medicina hospitalar ou de saúde pública, quer em território português, quer em território cabo-verdiano.

3. A execução do disposto nos números anteriores far-se-á nos termos do Acordo a celebrar nos domínios do ensino e da formação profissional.

ARTIGO 6.º

O Estado Português colaborará, na medida das suas possibilidades e quando solicitado, nos programas de saúde pública a empreender pelo Estado de Cabo Verde, nomeadamente no que se refere à epidemiologia e profilaxia de doenças transmissíveis, em condições a estabelecer entre ambas as Partes.

ARTIGO 7.º

As Partes Contratantes reconhecem o carácter de urgência que presidiu à celebração deste Acordo, o que determinou a impossibilidade de nele serem contemplados outros problemas de cooperação no domínio da saúde, que serão objecto de acordo complementar posterior.

ARTIGO 8.º

O presente Acordo entrará em vigor a partir da data da sua assinatura pelas Partes Contratantes e poderá ser denunciado por qualquer delas mediante aviso prévio de noventa dias.

Feito em Lisboa, aos 4 de Novembro de 1976, em dois exemplares, fazendo ambos os textos igualmente fé.

Pelo Governo da República Portuguesa:
José Manuel de Medeiros Ferreira.

Pelo Governo da República de Cabo Verde:
(Assinatura ilegível.)

Direcção-Geral dos Negócios Económicos

Decreto n.º 25/77

de 3 de Março

O Governo decreta, nos termos da alínea c) do artigo 200.º da Constituição, o seguinte:

Artigo único. É aprovado o Acordo no Domínio da Saúde entre o Governo da República Portuguesa e o Governo da República Democrática de S. Tomé e Príncipe, assinado em Lisboa em 22 de Outubro de 1976, cujo texto acompanha o presente decreto.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros. — *Mário Soares* — *José Manuel de Medeiros Ferreira*.

Assinado em 14 de Fevereiro de 1977.

Publique-se.

O Presidente da República, **ANTÓNIO RAMALHO EANES**.

Acordo no Domínio da Saúde entre o Governo da República Portuguesa e o Governo da República Democrática de S. Tomé e Príncipe.

Considerando os princípios definidos no Acordo Geral de Cooperação e Amizade;

Considerando que nesse Acordo se prevê expressamente a celebração de acordos especiais que regulem as formas de cooperação recíproca a empreender nos vários domínios;

Reconhecendo a importância da cooperação no domínio da saúde e as vantagens que dela advêm, quer para ambos os povos, quer para a própria ciência;

As Partes Contratantes decidem concluir o seguinte Acordo:

ARTIGO 1.º

1. O Estado Português compromete-se, na medida das suas possibilidades e quando solicitado pelo Estado de S. Tomé e Príncipe, a assegurar o tratamento em Portugal de nacionais são-tomenses até dez doentes por mês.

2. O internamento destes doentes e o seu tratamento serão feitos nos diversos estabelecimentos hospitalares oficiais, dentro das disponibilidades existentes, cabendo a coordenação do processo de encaminhamento dos doentes a entidade portuguesa a designar.

ARTIGO 2.º

1. O Estado de S. Tomé e Príncipe, através da sua Embaixada em Lisboa, compromete-se a:

- a) Avisar, com uma antecedência mínima de vinte e quatro horas, a entidade a que se refere o n.º 2 do artigo anterior, da data, local e hora de chegada a Lisboa dos doentes a submeter a tratamento nos termos do presente Acordo;
- b) Informar os serviços competentes do Ministério dos Negócios Estrangeiros da data de chegada a Lisboa daqueles doentes;
- c) Promover a sua deslocação até ao local de alojamento.

2. O Estado de S. Tomé e Príncipe compromete-se ainda a fazer acompanhar os doentes de uma história clínica elaborada naquele Estado.

ARTIGO 3.º

Ficam a cargo do Estado de S. Tomé e Príncipe os encargos relativos a:

- a) Transporte de ida e de regresso dos doentes;
- b) Alojamento, em caso de tratamento ambulatorio, quando os doentes não fiquem instalados em estabelecimentos hospitalares ou suas dependências;
- c) Alojamento, após o tratamento ser dado por concluído pelas competentes autoridades hospitalares portuguesas;
- d) Próteses;
- e) Funeral e ou repatriamento do corpo, em caso de morte.

ARTIGO 4.º

1. Ficam a cargo do Estado Português os encargos relativos a internamento e tratamento dos doentes, incluindo exames radiológicos e biológicos, quando os mesmos se efectuarem em estabelecimentos hospitalares ou suas dependências.

2. Os encargos assumidos pelo Estado Português nos termos do presente Acordo cessarão a partir do momento em que o tratamento for dado por concluído pelas competentes autoridades hospitalares portuguesas.

3. Quando os doentes tenham alta e regressem ao Estado de S. Tomé e Príncipe, o hospital onde o tratamento foi realizado enviará relatório confidencial do tratamento à autoridade sanitária são-tomense.

ARTIGO 5.º

1. Os estabelecimentos e serviços de saúde do Estado Português podem receber cidadãos do Estado de S. Tomé e Príncipe, tendo em vista a formação de técnicos médicos e paramédicos, quer no domínio da medicina hospitalar, quer no domínio da saúde pública.

2. O Estado Português poderá assegurar em condições a estabelecer o funcionamento de cursos intensivos para formação de técnicos auxiliares de medicina hospitalar ou de saúde pública, quer em território português, quer em território são-tomense.

3. A execução do disposto nos números anteriores far-se-á nos termos do Acordo a celebrar nos domínios do ensino e da formação profissional.

ARTIGO 6.º

O Estado Português colaborará, na medida das suas possibilidades e quando solicitado, nos programas de saúde pública a empreender pelo Estado de S. Tomé e Príncipe, nomeadamente no que se refere à epidemiologia e profilaxia de doenças transmissíveis, em condições a estabelecer entre ambas as Partes.

ARTIGO 7.º

O presente Acordo entrará em vigor a partir da data da sua assinatura pelas Partes Contratantes e poderá

ser denunciado por qualquer delas mediante aviso prévio de noventa dias.

Feito em Lisboa, aos 22 de Outubro de 1976, em dois exemplares, fazendo ambos os textos igualmente fé.

Pelo Governo da República Portuguesa:

José Manuel de Medeiros Ferreira.

Pelo Governo da República Democrática de S. Tomé e Príncipe:

(Assinatura ilegível.)

Aviso

Por ordem superior se torna público que o Ministro da Previdência Social da Bélgica e o Ministro dos Assuntos Sociais procederam à troca das cartas, respectivamente de 23 de Setembro de 1976 e de 23 de Novembro de 1976, que vão publicadas em anexo ao presente aviso, relativas à modificação do Acordo Administrativo de 14 de Setembro de 1970, sobre as modalidades de aplicação da Convenção Geral sobre Segurança Social entre a República de Portugal e o Reino da Bélgica, de 14 de Setembro de 1970.

Direcção-Geral dos Negócios Económicos, 14 de Fevereiro de 1977. — O Director-Geral-Adjunto, *Paulo Manuel Lage David Ennes.*

Monsieur le Ministre des Affaires sociales
P — Lisbonne (Portugal).

Objet: Modification de l'Arrangement administratif fixant les modalités d'application de la Convention belgo-portugaise en matière de sécurité sociale.

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous rappeler que lors des négociations qui ont eu lieu à Bruxelles du 5 au 9 novembre 1973 entre une délégation portugaise conduite par Monsieur Roseira, président de la Commission d'étude des Conventions internationales sur la sécurité sociale, et une délégation belge, il a été souhaité que pour tous les cas de remboursement en matière d'assurance maladie, à l'exception des titulaires de pension et des membres de la famille résidant dans l'autre pays, le remboursement sur base des dépenses réelles soit utilisé. Pour tenir compte des frais pharmaceutiques, les frais de consultation, de médecine générale, dentaire et de spécialiste seraient majorés d'un coefficient obtenu sur base des statistiques portugaises et belges afférentes à ces prestations.

Afin de répondre à ce vœu, je vous prie de trouver, en annexe, un projet de modification des articles 18, 1^{er} alinéa, et 19 de l'Arrangement administratif du 14 septembre 1970 relatif aux modalités d'application de la Convention belgo-portugaise de sécurité sociale.

Par ailleurs, un certain nombre de modifications découlant des négociations qui ont eu lieu entre les

institutions compétentes portugaise et belge sont également contenues dans le projet d'Arrangement administratif ci-joint.

Il s'agit, plus précisément, des dispositions relatives aux prestations en nature à servir aux membres de la famille des travailleurs [articles 8, 3) et 4)], du remboursement a posteriori par l'institution compétente des soins de santé en cas de séjour temporaire (articles 10 et 12), des inventaires à établir en vue du remboursement entre institutions [articles 17, 2), b, et 20, 2), b)] et des modalités particulières relatives au contrôle médical et administratif des invalides (article 26).

Il me serait agréable de connaître les observations que l'autorité compétente portugaise souhaiterait formuler à l'égard de cette proposition qui pourrait, en cas d'accord, être acquise, dans sa forme définitive, par voie d'échange de lettres entre les deux autorités compétentes.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'assurance de ma considération distinguée.

P. de Paepe.

Arrangement administratif modifiant l'Arrangement administratif du 14 septembre 1970 relatif aux modalités d'application de la Convention générale sur la sécurité sociale entre la République du Portugal et le Royaume de Belgique du 14 septembre 1970.

ARTICLE 1

Les paragraphes 3) et 4) de l'article 8 de l'Arrangement administratif du 14 septembre 1970 sont remplacés par les dispositions suivantes:

3) Pour les ayants droit résidant au Portugal l'attestation initiale visée au 2), 1), ci-dessus est établie en quatre exemplaires par l'organisme assureur belge auquel le travailleur est affilié ou inscrit.

Trois exemplaires sont transmis par l'intermédiaire de la Caisse centrale de sécurité sociale des travailleurs migrants à la caisse de prévoyance compétente qui les remplit.

La caisse de prévoyance compétente conserve un exemplaire et retourne deux exemplaires, dûment complétés, à l'organisme assureur belge par l'intermédiaire de la Caisse centrale de sécurité sociale des travailleurs migrants, le cachet de la poste faisant foi.

L'organisme assureur belge transmet un exemplaire dûment complété à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

L'attestation est valable à partir de la date y indiquée.

L'organisme assureur belge peut, à tout moment, mettre fin à la validité de l'attestation. Le droit aux prestations cesse à partir du 30^{ème} jour le l'envoi de la notification à la Caisse centrale de sécurité sociale des travailleurs migrants, le cachet de la poste faisant foi.

À cette fin, l'organisme assureur belge établit l'attestation de fin du droit, en trois exemplaires dont il conserve un exemplaire, le second exem-

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Resolução da Assembleia da República n.º 30/92

Viagem do Presidente da República a França, à Áustria e à Turquia

A Comissão Permanente da Assembleia da República resolve, nos termos dos artigos 132.º, n.º 1, 182.º, n.º 3, alínea e), e 169.º, n.º 5, da Constituição, dar assentimento à viagem de carácter oficial do Presidente da República a França e à Áustria, entre os dias 14 e 21 de Outubro de 1992, e à Turquia, entre os dias 21 e 27 de Outubro de 1992.

Aprovada em 1 de Outubro de 1992.

O Presidente da Assembleia da República, *António Moreira Barbosa de Melo*.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

Decreto-Lei n.º 225/92

de 21 de Outubro

O presente diploma destina-se a completar a transposição da Directiva do Conselho n.º 89/666/CEE, de 21 de Dezembro, relativa às sucursais criadas num Estado membro por certas formas de sociedades reguladas pelo direito de outro Estado.

O regime consagrado no presente decreto-lei tem por objectivo assegurar a protecção de sócios e de terceiros e impõe que, no relatório de gestão da sociedade, se inclua a referência à existência de sucursais da sociedade e que, em toda a actividade externa de sucursais de sociedades com sede no estrangeiro, sejam indicados os principais elementos identificadores da sucursal.

As normas adoptadas implicam alterações ao Código das Sociedades Comerciais, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 262/86, de 2 de Setembro.

Assim:

Nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 201.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

Artigo 1.º Os artigos 66.º e 171.º do Código das Sociedades Comerciais, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 262/86, de 2 de Setembro, passam a ter a seguinte redacção:

Artigo 66.º

Relatório de gestão

- 1 —
- 2 —
- a)
- b)
- c)
- d)
- e)
- f)
- g) A existência de sucursais da sociedade.

Artigo 171.º

Menções em actos externos

- 1 —
- 2 —
- 3 — O disposto no n.º 1 é aplicável às sucursais de sociedades com sede no estrangeiro, devendo estas, para além dos elementos aí referidos, indicar ainda a conservatória do registo comercial onde se encontram matriculadas e o respectivo número de matrícula nessa conservatória.

Art. 2.º O disposto na alínea g) do n.º 2 do artigo 66.º do Código das Sociedades Comerciais é aplicável ao relatório de gestão relativo ao exercício que se inicia em 1 de Janeiro de 1993.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 10 de Setembro de 1992. — *Aníbal António Cavaco Silva* — *Álvaro José Brilhante Laborinho Lúcio*.

Promulgado em 6 de Outubro de 1992.

Publique-se.

O Presidente da República, MÁRIO SOARES.

Referendado em 7 de Outubro de 1992.

O Primeiro-Ministro, *Aníbal António Cavaco Silva*.

MINISTÉRIO DOS NEGÓCIOS ESTRANGEIROS

Decreto n.º 44/92

de 21 de Outubro

Nos termos da alínea c) do n.º 1 do artigo 200.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

Artigo único. É aprovado o Acordo no Domínio da Saúde entre a República Portuguesa e a República da Guiné-Bissau, assinado em Lisboa em 31 de Março de 1989, e o respectivo Acordo Rectificativo, cujas versões autênticas seguem em anexo ao presente decreto.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 3 de Setembro de 1992. — *Aníbal António Cavaco Silva* — *João de Deus Rogado Salvador Pinheiro* — *Arlindo Gomes de Carvalho*.

Assinado em 6 de Outubro de 1992.

Publique-se.

O Presidente da República, MÁRIO SOARES.

Referendado em 7 de Outubro de 1992.

O Primeiro-Ministro, *Aníbal António Cavaco Silva*.

ACORDO NO DOMÍNIO DA SAÚDE ENTRE A REPÚBLICA PORTUGUESA E A REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU

Considerando os princípios definidos no Acordo Geral de Cooperação e Amizade celebrado entre a República Portuguesa e a República da Guiné-Bissau, o qual permite a celebração de acordos especiais que regulem formas de cooperação específica a empreender em vários domínios;

Considerando que ao abrigo da referida permissão foram já celebrados acordos, no domínio da saúde, entre os dois Estados;

Considerando que a especificidade das relações existentes entre os dois Estados conduzirá a um maior apoio por parte do Estado Português ao desenvolvimento sanitário do Estado da Guiné-Bissau, o que impõe a conclusão de uma convenção internacional sobre os assuntos regulados pelo Acordo que em Lisboa foi assinado em 13 de Janeiro de 1978:

A República Portuguesa e a República da Guiné-Bissau acordam no seguinte:

Artigo 1.º

1 — A Parte Portuguesa compromete-se a prestar assistência médica, nas instituições oficiais de saúde portuguesas, aos cidadãos guineenses evacuados do território do Estado da Guiné-Bissau a solicitação deste Estado, sempre que ambas as Partes, através da entidade coordenadora portuguesa e da entidade coordenadora guineense, reconheçam a indispensabilidade da evacuação.

2 — Cada uma das Partes Contratantes indicará à outra qual é a respectiva entidade coordenadora na nota que vier a remeter-lhe para os efeitos previstos no n.º 1 do artigo 9.º

Eventuais alterações da entidade coordenadora de cada Parte deverão ser comunicadas à outra parte, com antecedência conveniente, por via diplomática.

3 — A assistência médica referida no n.º 1 deste artigo pode ser prestada em regime de internamento, em regime de semi-internamento (hospital de dia ou de noite, conforme o período em que o doente permaneça internado), ou em regime ambulatorio.

4 — A assistência médica aos cidadãos guineenses evacuados será prestada dentro das possibilidades existentes.

Artigo 2.º

1 — O processo de encaminhamento dos doentes é da responsabilidade do Ministério da Saúde Pública da República da Guiné-Bissau, que, através da sua Embaixada em Lisboa, enviará à entidade coordenadora portuguesa referida no n.º 1 do artigo anterior o pedido de evacuação, devidamente instruído com a história clínica completa do doente.

2 — A Parte Portuguesa obriga-se a dar resposta à Embaixada da República da Guiné-Bissau, em Lisboa, com conhecimento à Direcção-Geral da Cooperação no mais curto espaço de tempo possível a partir do recebimento da história clínica do doente pela entidade coordenadora, que confirmará ou não a evacuação, devendo especificar a data desta no caso de a confirmar.

3 — No caso de se tratar de uma situação particularmente grave, a evacuação será acordada pelos meios mais rápidos ao alcance das entidades coordenadoras respectivas.

4 — A Parte Guineense, através da sua Embaixada em Lisboa, avisará, com a antecedência mínima de vinte e quatro horas, a entidade coordenadora portuguesa referida no n.º 1 acerca da data, local e hora de chegada a Lisboa do doente evacuado.

Artigo 3.º

1 — Ficam a cargo da Parte Guineense os encargos relativos a:

- a) Transporte de ida e regresso dos doentes;
- b) Deslocação do aeroporto de chegada até ao local de destino;
- c) Alojamento, nos casos de regime de semi-internamento e de regime ambulatorio, quando os doentes não fiquem instalados em estabelecimentos hospitalares ou suas dependências;
- d) Alojamento, após o tratamento ser dado por concluído pelas competentes autoridades hospitalares portuguesas;
- e) Medicamentos e produtos farmacêuticos prescritos em regime de tratamento ambulatorio;
- f) Funeral ou repatriamento do corpo, em caso de morte.

2 — Ficam a cargo da Parte Portuguesa os encargos relativos a:

- a) Assistência médica hospitalar, em regime quer de internamento, quer de semi-internamento, quer ambulatorio;
- b) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica, quando os mesmos se efectuarem em estabelecimentos hospitalares oficiais ou suas dependências;
- c) Transporte em ambulância, sempre que a situação clínica do doente o exija, do aeroporto para o estabelecimento de saúde a que o doente se destina.

3 — Os encargos assumidos pela Parte Portuguesa nos termos do presente Acordo cessarão a partir do momento em que o tratamento for dado por concluído pelas competentes autoridades hospitalares portuguesas.

Artigo 4.º

Quando se verificar a alta do doente, o estabelecimento de saúde onde lhe foi prestada assistência enviará às autoridades sanitárias guineenses, através da Embaixada da República da Guiné-Bissau em Portugal, o respectivo relatório médico confidencial.

Artigo 5.º

1 — Os estabelecimentos oficiais de saúde portuguesas, a solicitação da Parte Guineense, poderão dar apoio à formação básica e especializada de médicos e outros técnicos de saúde guineense, quer na área hospitalar, quer na de saúde pública.

2 — A Parte Portuguesa poderá assegurar, em termos a estabelecer com a Parte Guineense, o funcionamento de cursos, estágios e outras acções de formação para técnicos de saúde guineenses, quer em Portugal, quer na Guiné-Bissau.

3 — A execução do disposto nos números anteriores far-se-á nos termos dos acordos que, para o efeito, serão estabelecidos entre as duas Partes.

Artigo 6.º

A Parte Portuguesa participará, em termos a acordar com a Parte Guineense, no processo de desenvol-

vimento sanitário guineense, através de execução conjunta de projectos e programas de saúde.

Artigo 7.º

As duas Partes poderão vir a celebrar acordos complementares visando desenvolvimento de cooperação bilateral no domínio da saúde.

Artigo 8.º

Os Ministérios da Saúde de Portugal e da Saúde Pública da Guiné-Bissau procederão, no 1.º trimestre de cada ano, a consultas mútuas, com o objectivo de otimizar as acções de cooperação previstas no presente Acordo.

Artigo 9.º

1 — O presente Acordo entrará em vigor na data em que se efectivar a troca de notas pelas quais cada uma das Partes comunique à outra que se encontram cumpridas as formalidades exigidas pela respectiva ordem jurídica interna para a vigência deste Acordo.

2 — Da entrada em vigor do presente Acordo nos termos referidos no anterior n.º 1 resultará a extinção do Acordo no Domínio da Saúde entre o Governo da República Portuguesa e o Governo da República da Guiné-Bissau, assinado em Lisboa em 13 de Janeiro de 1978.

3 — O presente Acordo manter-se-á em vigor até 12 meses depois da data em que, por escrito, for denunciado por qualquer das Partes.

Feito em Lisboa, em 31 de Março de 1989, em dois exemplares em língua portuguesa, fazendo ambos igualmente fé.

Pela República Portuguesa:

Maria Leonor Couceiro Pizarro Beleza de Mendonça Tavares.

Pela República da Guiné-Bissau:

Alexandre Nunes Correia.

ACORDO RECTIFICATIVO AO ACORDO NO DOMÍNIO DA SAÚDE ENTRE A REPÚBLICA PORTUGUESA E A REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU.

Nos termos da troca de notas efectivada em 25 de Junho de 1990, relativa ao Acordo no Domínio da Saúde entre a República Portuguesa e a República da Guiné-Bissau, assinado em Lisboa em 31 de Março de 1989, foi aditada uma alínea ao n.º 1 do artigo 3.º do referido Acordo, que passou a ter a seguinte redacção:

Artigo 3.º

1 — Ficam a cargo da Parte Guineense os encargos relativos a:

- a) Transporte de ida e regresso dos doentes;
- b) Deslocação do aeroporto de chegada até ao local de destino;

- c) Alojamento, nos casos de regime de semi-internamento e de regime ambulatório, quando os doentes não fiquem instalados em estabelecimentos hospitalares ou suas dependências;
- d) Alojamento, após o tratamento ser dado por concluído pelas competentes autoridades hospitalares portuguesas;
- e) Próteses;
- f) Medicamentos e produtos farmacêuticos prescritos em regime de tratamento ambulatório;
- g) Funeral ou repatriamento do corpo, em caso de morte.

MINISTÉRIO DA AGRICULTURA

Decreto-Lei n.º 226/92

de 21 de Outubro

A criação de animais de raça constitui uma importante fonte de rendimento para uma parte significativa da população agrícola, havendo todo o interesse em incentivá-la e assegurar o desenvolvimento racional do sector.

Para tal importa, agora, fixar regras relativas à comercialização de animais de raça que ainda não tenham sido objecto de regulamentação comunitária zootécnica específica, transpondo para o direito interno a Directiva n.º 91/174/CEE, do Conselho, de 25 de Março.

Este diploma comunitário, relativo às condições zootécnicas e genealógicas que regem a comercialização de animais de raça, altera também as Directivas n.ºs 77/504/CEE, do Conselho, de 25 de Julho, e 90/425/CEE, do Conselho, de 26 de Junho.

A primeira, que se refere ao alargamento aos búfalos reprodutores de raça pura das disposições aplicáveis aos bovinos reprodutores de raça pura, é consagrada no presente diploma; quanto à segunda alteração, ela será objecto de diploma próprio.

Assim:

Nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 201.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

Artigo 1.º O presente diploma transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 91/174/CEE, do Conselho, de 25 de Março, relativa às condições zootécnicas e genealógicas que regem a comercialização de animais de raça.

Art. 2.º Para efeitos do presente diploma, entende-se por animal de raça todo o animal de criação abrangido pelo anexo II do Tratado da CEE, cujas trocas comerciais não sejam objecto de regulamentação comunitária zootécnica específica e que esteja inscrito ou registado num livro ou registo genealógico mantido por uma organização ou associação de criadores reconhecida.

Art. 3.º — 1 — A comercialização de animais de raça e do seu esperma, óvulos e embriões não pode ser proibida, limitada ou dificultada por razões zootécnicas ou genealógicas.

2 — As normas técnicas de execução do presente diploma são objecto de portaria do Ministro da Agricultura.

3 — Até à data da entrada em vigor da portaria referida no número anterior, continua a aplicar-se a legislação nacional vigente.

do Valor, Lealdade e Mérito são actualizadas para um quantitativo igual a 10 % do vencimento base de capitão.

Art. 2.º Estas pensões serão actualizadas sempre que o vencimento base referido no artigo anterior seja alterado.

Art. 3.º Os condecorados com a Ordem Militar da Torre e Espada do Valor, Lealdade e Mérito têm direito às pensões actualizadas a partir da data em que produziu efeitos o diploma que actualizou as pensões dos condecorados com as medalhas militares de valor militar e da cruz de guerra, ou seja, a partir do mês de Junho de 1983.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 19 de Junho de 1984. — *Carlos Alberto da Mota Pinto* — *Ernâni Rodrigues Lopes*.

Promulgado em 27 de Junho de 1984.

Publique-se.

O Presidente da República, ANTÓNIO RAMALHO EANES.

Referendado em 27 de Junho de 1984.

O Primeiro-Ministro, *Mário Soares*.

MINISTÉRIO DOS NEGÓCIOS ESTRANGEIROS

Direcção-Geral dos Negócios Políticos

Aviso

Por ordem superior se torna público que o Governo dos Estados Unidos Mexicanos, em 23 de Março de 1984, depositou junto do Governo do Reino Unido da Grã-Bretanha e da Irlanda do Norte o instrumento de ratificação do Tratado sobre a Proibição da Colocação de Armas Nucleares e de Outras Armas de Destruição Maciça no Fundo dos Mares e Oceanos, assim como no seu subsolo, nos termos do artigo x.

Direcção-Geral dos Negócios Políticos, 8 de Junho de 1984. — O Director-Geral, *João de Matos Proença*.

Direcção-Geral dos Negócios Económicos

Aviso

Por ordem superior se faz público que Portugal depositou, em 21 de Maio de 1984, o instrumento de ratificação do Acto Constitutivo da Organização das Nações Unidas para o Desenvolvimento Industrial, aprovado em Viena em 8 de Abril de 1979.

Até 21 de Maio de 1984, eram Partes do Acto Constitutivo os seguintes Estados:

Afeganistão, Argélia, Angola, Antígua e Barbuda, Argentina, Austrália, Áustria, Bangladesh, Butão, Barbados, Bélgica, Benin, Bolívia, Brasil, Bulgária, Burundi, Bielo Rússia, Canadá, República Centro-Africana, Chade, Chile, China, Colômbia, Cabo Verde, Comores, Congo, Costa Rica, Cuba, Chipre, Checoslováquia, Repú-

blica Popular Democrática da Coreia, Iémene Democrático, Dinamarca, Iibuti, Dominica, República Dominicana, Equador, Egipto, Guiné Equatorial, El Salvador, Etiópia, Fidji, Finlândia, França, Gabão, República Democrática da Alemanha, República Federal da Alemanha, Ghana, Grécia, Guatemala, Guiné, Guiné-Bissau, Haiti, Honduras, Hungria, Índia, Indonésia, Irão, Iraque, Irlanda, Israel, Itália, Costa do Marfim, Jamaica, Japão, Jordânia, Quênia, Koweit, Laos, Lesoto, Libéria, Líbia, Líbano, Luxemburgo, Madagáscar, Malawi, Malásia, Mali, Malta, Mauritânia, Nepal, Maurícias, México, Mongólia, Marrocos, Moçambique, Países Baixos, Nicarágua, Níger, Nigéria, Noruega, Oman, Paquistão, Panamá, Paraguai, Peru, Filipinas, Polónia, República da Coreia, Roménia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Santa Lúcia, Senegal, Seychelles, Serra Leoa, Somália, Espanha, Sri Lanka, Sudão, Suriname, Suécia, Suíça, Síria, Tailândia, Togo, Trindade e Tobago, Tunísia, Turquia, Uganda, Ucrânia, União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, Emiratos Árabes Unidos, Reino Unido, Camarões, Tanzânia, Estados Unidos da América, Alto Volta, Uruguai, Venezuela, Vietname, Iémene, Jugoslávia, Zaire e Zâmbia.

A adesão é acompanhada de declarações devidamente especificadas.

Direcção-Geral dos Negócios Económicos, 28 de Junho de 1984. — O Subdirector-Geral, *Roberto Nuno de Oliveira e Silva Pereira de Sousa*.

MINISTÉRIOS DOS NEGÓCIOS ESTRANGEIROS, DAS FINANÇAS E DO PLANO, DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE

Decreto do Governo n.º 35/84

de 12 de Julho

O Governo decreta, nos termos da alínea c) do n.º 1 do artigo 200.º da Constituição, o seguinte:

Artigo único. É aprovado o Acordo no Domínio da Saúde entre a República Portuguesa e a República Popular de Moçambique, assinado em 25 de Maio de 1981, cujo texto constitui anexo ao presente decreto.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 15 de Junho de 1984. — *Carlos Alberto da Mota Pinto* — *Jaime José Matos da Gama* — *Ernâni Rodrigues Lopes* — *José Augusto Seabra* — *António Manuel Maldonado Gonet*.

Assinado em 27 de Junho de 1984.

Publique-se.

O Presidente da República, ANTÓNIO RAMALHO EANES.

Referendado em 27 de Junho de 1984.

O Primeiro-Ministro, *Mário Soares*.

Acordo no Domínio da Saúde entre a República Portuguesa e a República Popular de Moçambique

ARTIGO 4.º

(Deveres da Parte solicitante)

A Parte solicitante, através da sua embaixada junto da Parte solicitada, compromete-se a:

- a) Comunicar previamente à entidade coordenadora quais os doentes a submeter a tratamento, fazendo acompanhar essa comunicação de uma história clínica justificando a evacuação do doente e susceptível de permitir o seu devido encaminhamento;
- b) Quando informado da possibilidade de tratamento ou internamento e da data do seu início, avisar a entidade coordenadora, com uma antecedência mínima de 24 horas, da data de chegada dos doentes;
- c) Promover a deslocação do doente até ao local de destino, apresentando-o na instituição hospitalar que tiver sido indicada, acompanhado de um termo de responsabilidade e de relatório confidencial do seu caso clínico.

ARTIGO 5.º

(Encargos da Parte solicitante)

São de conta da Parte solicitante os encargos relativos a:

- a) Transporte de ida e regresso dos doentes e seus acompanhantes, quando a gravidade da doença ou o estado do doente exigir a presença destes;
- b) Metade dos encargos relativos à estada, incluindo alojamento e alimentação em caso de tratamento ambulatorio, quando os doentes não fiquem instalados em estabelecimentos hospitalares ou suas dependências;
- c) Metade dos encargos relativos à estada, incluindo alojamento e alimentação, após o tratamento ser dado por concluído pelas competentes autoridades hospitalares da Parte solicitada, mesmo daqueles que, após obterem alta hospitalar, tenham necessidade de tratamento complementar do tipo ambulatorio;
- d) Fornecimento de próteses e, quando a prescrição for feita em regime de tratamento ambulatorio, fornecimento de medicamentos;
- e) Funeral ou repatriamento do corpo em caso de morte;
- f) Todas as despesas realizadas a favor do acompanhante do doente.

ARTIGO 6.º

(Deveres da Parte solicitada)

A Parte solicitada tem como deveres:

- a) Informar a embaixada interessada, no prazo de 7 dias, contados a partir do recebimento da história clínica pela entidade coordenadora, sobre as possibilidades de tratamento ou internamento e da data do seu início;

Considerando os princípios definidos no Acordo Geral de Cooperação, assinado em Maputo em 2 de Outubro de 1975, que prevê a celebração de convenções especiais;

Reconhecendo a importância da cooperação no domínio da saúde e as vantagens que dela advêm para ambos os povos:

A República Portuguesa e a República Popular de Moçambique (a seguir denominadas «Partes»), desejosas de concretizar e ampliar a cooperação entre os 2 países no campo da saúde, convictas de que tal cooperação contribuirá para o reforço das relações já existentes entre os 2 Estados, decidem concluir o seguinte Acordo, baseado nos princípios de igualdade, vantagem mútua, reciprocidade e não ingerência nos assuntos internos:

ARTIGO 1.º

(Relações de cooperação)

As Partes acordam em estabelecer relações de cooperação no campo da saúde, incluindo a investigação científica médica e farmacêutica e a formação e aperfeiçoamento do pessoal da saúde.

ARTIGO 2.º

(Assistência médica)

Em matéria de assistência médica, as Partes comprometem-se a:

- a) Assegurar, na medida das suas possibilidades e quando solicitada pela outra Parte, a assistência médica aos doentes indicados pela Parte solicitante, promovendo o seu internamento e tratamento, conforme a gravidade e o tipo de patologia, desde que esgotados todos os recursos terapêuticos ou de diagnóstico da Parte solicitante;
- b) Designar a entidade ou estrutura coordenadora dos processos dos doentes, assumindo aquela no país solicitado a responsabilidade pelo internamento e tratamento, incluindo os exames médicos e paramédicos.

ARTIGO 3.º

(Compromisso assumido por cada uma das Partes)

1 — Cada uma das Partes Contratantes compromete-se a assegurar, nas condições referidas no artigo anterior, o tratamento, no respectivo território, de nacionais da outra Parte, até uma presença máxima de doentes a estabelecer nos programas anuais ou bienais de execução deste Acordo.

2 — O internamento dos referidos doentes e o seu tratamento serão feitos nos diversos estabelecimentos hospitalares oficiais, dentro das disponibilidades existentes e em termos de igualdade com os cidadãos da Parte em cujo território é assegurado o tratamento de nacionais da outra.

- b) Em casos devidamente justificados, e se para tanto tiver disponibilidades, promover o transporte do doente, em ambulância, desde o aeroporto até ao hospital, colaborando nas diligências necessárias para assegurar a presença do representante da embaixada;
- c) Comunicar à embaixada, por escrito e com antecedência mínima de 5 dias, a data da alta provável do doente, bem como os casos em que os doentes, embora tenham obtido alta, não possam empreender a viagem de regresso, tendo de permanecer por certo período em convalescença no país solicitado;
- d) Quando os doentes tenham alta e regressem ao seu país, enviar relatório clínico confidencial do tratamento hospitalar à autoridade sanitária da Parte solicitante. Uma cópia do relatório, devidamente lacrada, acompanhará o doente.

ARTIGO 7.º

(Encargos da Parte solicitada)

1 — São de conta da Parte solicitada os encargos relativos a internamento e tratamento dos doentes, incluindo exames radiológicos e biológicos, quando os mesmos se efectuarem em estabelecimentos hospitalares ou suas dependências, bem como os actos médicos e cirúrgicos necessários dos doentes em regime de tratamento ambulatório.

2 — São de conta da Parte solicitada metade dos encargos relativos à estada, incluindo alojamento e alimentação, em caso de tratamento ambulatório, quando os doentes não fiquem instalados em estabelecimentos hospitalares ou suas dependências.

3 — São igualmente de conta da Parte solicitada metade dos encargos relativos à estada, incluindo alojamento e alimentação, após o tratamento ser dado por concluído pelas competentes autoridades hospitalares, mesmo daqueles que após obterem alta hospitalar tenham necessidade de tratamento complementar do tipo ambulatório.

4 — Os encargos assumidos pela Parte solicitada nos termos dos números anteriores cessarão a partir do momento em que o internamento, tratamento ou quaisquer exames de controle que só possam ser efectuados em estabelecimentos da Parte solicitada forem dados por concluídos pelas competentes autoridades hospitalares.

ARTIGO 8.º

(Cooperação científica e técnica)

No interesse de uma cooperação eficaz nos domínios das ciências médicas e farmacêuticas e outras afins com a saúde, assim como na formação, especialização e actualização de técnicos de saúde e outros quadros ligados ao campo da saúde, tendo em conta a necessidade de troca de experiências, as Partes acordam, numa base de reciprocidade, em estabelecerem colaboração técnica e intercâmbio científico no sector da saúde nos domínios de:

- a) Formação e aperfeiçoamento;
- b) Troca de experiências;

- c) Investigação científica;
- d) Permuta de informação e documentação.

ARTIGO 9.º

(Cooperação técnica)

1 — No domínio da cooperação técnica, as Partes acordam em, na medida das respectivas possibilidades e a pedido expresso de uma das Partes, promoverem e facilitarem a participação de técnicos de saúde nas actividades assistenciais, de docência, elaboração de programas, realização de conferências ou seminários.

2 — A colaboração referida no número anterior poderá também ser extensiva a outros técnicos, para efeitos de cooperação em matéria de aprovisionamento ou de assistência a equipamento hospitalar, bem como para participação em projectos de saúde.

3 — A Parte solicitada comunicará à Parte solicitante o currículo dos técnicos a enviar, o qual deverá merecer a concordância de ambas as Partes.

ARTIGO 10.º

(Formação profissional)

1 — As Partes acordam em desenvolver acções de formação, especialização e aperfeiçoamento a nacionais da outra Parte, concedendo-lhes oportunidade de desenvolverem as suas faculdades e qualificações em cursos ou estágios nas instituições superiores de saúde ou outras relacionadas com o sector.

2 — As condições relativas às oportunidades a que se refere o número anterior, assim como a sua duração e o perfil dos candidatos que delas poderão beneficiar, serão fixadas nos programas anuais ou bienais de execução do Acordo.

3 — Os nacionais da outra Parte que frequentem cursos de formação e especialização obterão, no fim do período da sua formação, documento idêntico ao que é passado aos restantes participantes dos mesmos cursos.

ARTIGO 11.º

(Acções de formação)

1 — Os estabelecimentos e serviços de saúde de cada uma das Partes podem receber cidadãos da outra Parte tendo em vista a formação de técnicos médicos ou de técnicos auxiliares de medicina nos domínios da saúde pública ou da medicina hospitalar.

2 — Cada uma das Partes poderá assegurar, em condições a estabelecer, o funcionamento de cursos intensivos para formação de técnicos auxiliares de saúde pública ou de medicina hospitalar no seu próprio território ou no território da outra Parte.

ARTIGO 12.º

(Bolsas a conceder por cada uma das Partes)

1 — Compromete-se cada uma das Partes a conceder, na medida das suas possibilidades, bolsas de estudo a nacionais da outra Parte para formação ou actividades de especialização no campo da saúde, nomeadamente sob a forma de cursos ou estágios em

hospitais ou outras instituições especializadas de saúde.

2 — Cada uma das Partes comunicará à outra o número de bolsas que lhe foi atribuído com base na solicitação desta, indicando expressamente o curso, especialidade ou estágio a que as mesmas se referem.

ARTIGO 13.º

(Troca de experiências)

As Partes acordam em:

- a) Trocar missões científicas de curta permanência, a fim de se familiarizarem com a planificação e organização da ciência e da técnica no campo sanitário, farmacológico ou afins com a saúde e de participarem em congressos e outras reuniões científicas;
- b) Enviar técnicos ou delegados com o fim de prestar assistência e dar assessoria em domínios específicos da saúde ou com ela relacionados, sempre que solicitado pela outra Parte;
- c) Dar a conhecer locais e datas de jornadas de saúde, bem como conferências, congressos e simpósios médico-farmacológicos e outros relacionados com a saúde, organizados nos seus países, de carácter nacional ou internacional.

ARTIGO 14.º

(Investigação científica)

No domínio do intercâmbio científico, as Partes acordam em:

- a) Estabelecer e aprofundar as relações em matéria de investigação científica no campo da saúde;
- b) Promover a cooperação entre as instituições superiores de saúde, institutos de investigação científica e sociedades científicas do âmbito da saúde;
- c) Criar, de mútuo acordo, grupos de trabalho mistos, constituídos por peritos e especialistas dos 2 países, com vista a resolver problemas profissionais que interessem a ambos.

ARTIGO 15.º

(Permuta de informação e de documentação)

1 — As Partes acordam igualmente em:

- a) Divulgar formas e métodos de ensino de ciências da saúde e trocar, quando for solicitado pela outra Parte, manuais de ensino, documentação e obras de ciências da saúde;
- b) Trocar, quando forem pedidos, filmes, revistas especializadas e mais publicações médicas, farmacológicas e outras de interesse para a saúde;
- c) Desenvolver a permuta de informações resultantes de investigação científica;
- d) Trocar dados estatísticos em matéria de saúde pública.

2 — As Partes aceitam isentar de quaisquer taxas ou impostos o material e outro equipamento fornecido por qualquer delas nos termos do número anterior.

ARTIGO 16.º

(Cooperação comercial)

1 — Em matéria de equipamentos médico-cirúrgico e hospitalar, medicamentos, vacinas e outros produtos afins, ambas as Partes acordam em:

- a) Encorajar as relações comerciais entre os 2 países, com intervenção das respectivas entidades competentes;
- b) Fornecer, a solicitação expressa da outra Parte e sob a forma de intercâmbio comercial, equipamento médico-cirúrgico e hospitalar, medicamentos, produtos químicos e reagentes de laboratório e outros produtos afins. A remessa de catálogos técnicos pré-cários, de manuais de utilização e de manutenção e de catálogos de peças sobressalentes precederá sempre a aquisição dos produtos mencionados nesta alínea b), aquisição que, na medida do possível, será precedida do envio de amostras ou de espécimes para demonstração.

2 — A implementação do previsto no n.º 1 deste artigo estará subordinada às disposições legais vigentes em cada um dos países.

ARTIGO 17.º

(Outras formas de cooperação)

Poderão ser estabelecidas outras formas de cooperação, mediante acordo das Partes.

ARTIGO 18.º

(Execução do Acordo)

Para pôr em aplicação as disposições do presente Acordo, as Partes procederão à elaboração de programas de execução anuais ou bienais, tendo em conta o preceituado no Acordo Geral de Cooperação sobre a constituição e o funcionamento de uma comissão mista.

ARTIGO 19.º

(Resolução de diferendos)

Qualquer diferendo relacionado com a interpretação ou com a aplicação deste Acordo será solucionado por negociação diplomática.

ARTIGO 20.º

(Condições de vigência e de denúncia)

1 — O presente Acordo entrará em vigor na data da troca de notas confirmando que o mesmo foi aprovado em conformidade com os requisitos constitucionais de ambos os países.

2 — O Acordo manter-se-á em vigor até 12 meses depois da data em que qualquer das Partes notifique a outra Parte do seu desejo de o denunciar.

Feito em Maputo em 25 de Maio de 1981, em 2 exemplares, fazendo ambos os textos igualmente fé.

Pela República Portuguesa:

Leonardo Mathias.

Pela República Popular de Moçambique:

Prakash Ratilal.

MINISTÉRIO DAS FINANÇAS E DO PLANO

SECRETARIA DE ESTADO DO TESOURO

Decreto-Lei n.º 238/84

de 12 de Julho

O n.º 5 do artigo 3.º da Lei n.º 42/83, de 31 de Dezembro, autoriza o Governo a emitir empréstimos internos a prazo de 1 ano, nas condições correntes no mercado e a fixar em decreto-lei, para serem colocados junto do público, de investidores institucionais e de instituições de crédito.

O presente decreto-lei vem estabelecer as condições regulamentares em que é emitido o empréstimo interno denominado «Obrigações do Tesouro, curto prazo, 1984, 1.ª série».

Assim:

Usando da autorização conferida pelo n.º 5 do artigo 3.º da Lei n.º 42/83, de 31 de Dezembro:

O Governo decreta, nos termos da alínea b) do n.º 1 do artigo 201.º da Constituição, o seguinte:

Artigo 1.º Para financiamento de investimentos públicos previstos no Orçamento do Estado para 1984 é autorizada a emissão de um empréstimo interno amortizável, denominado «Obrigações do Tesouro, curto prazo, 1984, 1.ª série».

Art. 2.º O empréstimo, cujo serviço é confiado à Junta do Crédito Público, não poderá exceder o total nominal de 7 milhões de contos, ficando desde já a Direcção-Geral do Tesouro autorizada a emitir a respectiva obrigação geral.

Art. 3.º — 1 — A representação do empréstimo far-se-á em títulos de 1 e 10 obrigações, do valor nominal de 5000\$ cada uma, ou em certificados de dívida inscrita correspondentes a qualquer quantidade de títulos.

2 — Cada certificado só pode representar títulos subscritos na mesma data e na mesma instituição.

3 — Os títulos levarão a assinatura de chancela do Ministro das Finanças e do Plano, do vogal presidente e de um outro vogal da Junta do Crédito Público, bem como o selo branco da mesma Junta.

4 — É aplicável ao empréstimo autorizado pelo presente diploma o disposto nos artigos 4.º e 5.º do Decreto-Lei n.º 45 142, de 17 de Julho de 1963.

Art. 4.º Os títulos e certificados representativos das obrigações emitidas gozam da garantia do pagamento integral de juros e reembolsos, por força das receitas gerais do Estado, e da isenção de todos os impostos, incluindo o imposto sobre as sucessões e doações.

Art. 5.º Poderá o Ministro das Finanças e do Plano contratar com as instituições de crédito nacionais a

colocação total ou parcial dos títulos ou fazê-la por subscrição pública.

Art. 6.º — 1 — A colocação do empréstimo será feita inicialmente por subscrição pública, aberta a partir de 15 de Outubro em qualquer instituição de crédito.

2 — A data do encerramento da subscrição será fixada por despacho do Ministro das Finanças e do Plano.

Art. 7.º As obrigações deste empréstimo vencem o juro anual nominal correspondente à taxa básica de desconto do Banco de Portugal que vigorar na data do início da subscrição pública do empréstimo, pagável juntamente com o valor do reembolso.

Art. 8.º As obrigações deste empréstimo serão amortizadas ao par 1 ano após a data da sua subscrição.

Art. 9.º — 1 — Os títulos só terão validade quando deles conste a data da subscrição e a indicação da instituição onde a mesma foi efectuada.

2 — Para este efeito deverão as instituições de crédito apor em cada título, bem como nos talões que lhe estão apegados, a data referida no número anterior.

Art. 10.º — 1 — O juro e a amortização dos títulos do presente empréstimo serão pagos aos tomadores nas mesmas instituições onde efectuaram a subscrição.

2 — Para execução do número anterior, deverá ser aposto nos documentos indicados no n.º 2 do artigo 9.º o carimbo a óleo da instituição onde a operação foi efectuada.

Art. 11.º Com a devida antecedência, a Junta do Crédito Público entregará a cada uma das instituições de crédito que tenham participado na colocação uma ordem de pagamento da importância correspondente ao juro e amortização dos títulos que se vencem em cada semana.

Art. 12.º — 1 — A importância das subscrições feitas por intermédio das instituições de crédito será por estas entregue na Junta do Crédito Público, nos 5 dias úteis após os dias 1 e 15 de cada mês, acompanhada dos talões destacados dos títulos.

2 — A importância referida no número anterior será transferida pela Junta do Crédito Público para o Tesouro nos 4 dias úteis seguintes.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 15 de Junho de 1984. — *Carlos Alberto da Mota Pinto* — *Ernâni Rodrigues Lopes.*

Promulgado em 26 de Junho de 1984.

Publique-se.

O Presidente da República, ANTÓNIO RAMALHO EANES.

Referendado em 27 de Junho de 1984.

O Primeiro-Ministro, *Mário Soares.*

Decreto-Lei n.º 237/84

de 12 de Julho

O n.º 5 do artigo 3.º da Lei n.º 42/83, de 31 de Dezembro, autoriza o Governo a emitir empréstimos internos a prazo de 1 ano, nas condições correntes do mercado e a fixar em decreto-lei, para serem colocados junto do público, de investidores institucionais e de instituições de crédito.

Anexo II

Reflexão Crítica

“Um Recurso Desconhecido...”

Gabinete da Saúde no Centro Nacional de Apoio ao Imigrante (CNAI)”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Mestrado de Enfermagem de Natureza Profissional
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

Reflexão Crítica

Um Recurso Desconhecido...

*Gabinete da Saúde no Centro Nacional de Apoio ao
Imigrante (CNAI)*

Autora:

Anabela Namora

Aluna nº 192009030

Orientado por:

Prof. Lília Vara

Lisboa, Abril de 2010

SIGLAS

ARSLVT- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CNAI- Centro Nacional de Apoio ao Imigrante

PALOP- Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

Um Recurso Desconhecido...

Portugal outrora um país de emigrantes, vê-se agora confrontado com a entrada no país de inúmeros cidadãos estrangeiros, em busca de uma vida melhor. O desafio da prestação de cuidados multiculturais impõem-se e os profissionais de saúde necessitam de prestar cuidados culturalmente competentes, que caminhem ao encontro das especificidades de cada cultura, porque para uma boa prática de cuidados, temos de ter em conta que o outro tem o seu próprio património cultural e os enfermeiros têm de procurar conhecimentos básicos acerca de cada cultura a que dirigem os cuidados, o que vai de encontro a Leininger (2002), quando refere que a enfermagem transcultural, “consiste em descobrir e estabelecer um corpo de conhecimentos e competências centrados nos cuidados transculturais, saúde (ou bem estar), e doença, de maneira a que as enfermeiras possam adquirir competências culturais seguras, e cuidados congruentes a pessoas com diferentes culturas mundiais”.

Actualmente, a nossa prática de cuidados cruza-se, diariamente, com uma diversidade de pessoas com diferentes culturas. A enfermagem, que, para Leininger *apud* Tomey e Allgood (2004:571), “diz respeito a uma disciplina e profissão humanística e científica aprendida centrada nos fenómenos do cuidar humano e nas actividades para auxiliar, apoiar, facilitar ou capacitar indivíduos ou grupos a manter ou readquirir o seu bem-estar (ou saúde) de formas culturalmente significativas e benéficas, ou a ajudar as pessoas a encarar handicap ou a morte”, é (e sempre foi) uma forma de estar no cuidar, tendo o enfermeiro uma visão holística do utente, não podendo, por isso, descuidar os aspectos culturais deste.

Leininger *apud* Tomey e Allgood (2004:580) previa que, em 2010, todas as enfermeiras iriam “precisar de possuir um conhecimento básico acerca de diversas culturas do mundo e um conhecimento profundo de pelo menos duas a três culturas”. Será que já atingimos este objectivo ou que ainda não estamos totalmente conscientes desta necessidade?

Decorrente desta reflexão, anteriormente efectuada na Unidade Curricular de Teorias de Enfermagem, propus a realização do Estágio de Módulo I- Recursos da Comunidade, no Gabinete de Saúde no Centro Nacional de Apoio ao Imigrante (CNAI), o que se manifestou como uma importantíssima mais-valia.

O Gabinete de Saúde no CNAI é da responsabilidade da ARSLVT que resulta de um Protocolo entre o Ministério da Saúde e o Ministro da Presidência (2003). O CNAI, e mais especificamente, o Gabinete da Saúde, é um recurso, em grande parte, desconhecido pelos profissionais de enfermagem e de toda a equipa de saúde,

Um Recurso Desconhecido...

principalmente em contexto hospitalar, facto que muitas das vezes dificulta o encaminhamento das situações com que nos deparamos.

Tal como referi anteriormente, no CNAI deparamo-nos com um vasto número de culturas, e um vasto número de casos, onde a enfermeira assume um papel preponderante, no sentido de estar desperta para as diferenças culturais, sabendo-as interpretar, nunca julgando e não assumindo uma atitude paternalista que iniba o utente e promova a aculturação. Sendo assim, para fornecermos uma resposta adequada às necessidades destes utentes é imperativo conhecer os seus hábitos, valores e crenças, reconhecendo, assim, a sua individualidade cultural. Segundo Leininger, ao cuidarmos de elementos de grupos culturais diferentes, devemos primeiramente identificar os seus valores culturais dominantes e só depois determinar qual a melhor forma de cuidarmos destas pessoas. De facto, na alínea *f* do 81º artigo do Código Deontológico do Enfermeiro, preconiza-se que o enfermeiro deve “respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos”. É imperativo minimizar o choque cultural entre o enfermeiro e o utente de quem cuida de forma a combinar o cuidar genérico (ou popular) e o cuidar profissional, e são estes aspectos que tive oportunidade de observar no CNAI, uma vez que num único local, este recurso da comunidade consegue dar resposta a, praticamente, todas as necessidades dos imigrantes. Apesar de no decorrer do meu estágio, incidir mais a minha observação na necessidade de encaminhamento das crianças/famílias oriundas dos PALOP, de acordo com o meu projecto de estágio, tive a oportunidade de observar como ultrapassar todos os obstáculos e satisfazer as necessidades que dizem respeito a toda a população imigrante, das mais diversas nacionalidades, em território nacional. Constatei que, o conhecimento de hábitos culturais, valores entre outros aspectos inerentes à cultura de cada um, são amplamente conhecidos pelos mediadores culturais, e mais especificamente, no que respeita, ao gabinete da saúde, as enfermeiras apresentam um grande conhecimento da percepção de saúde/doença para cada cultura, o que facilita todo o processo. Neste sentido, a enfermagem faz-se munir de um cuidar culturalmente eficaz, dando-me oportunidade de trabalhar uma competência enquanto futura enfermeira especialista, que visa aprofundar conhecimentos sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela cultura.

Um Recurso Desconhecido...

Com a realização deste pequeno estágio no CNAI, senti uma grande necessidade de efectuar uma aposta enquanto pessoa e profissional de saúde, na abordagem ao outro culturalmente diferente, mais especificamente, a criança e sua família, tentando trazer contributos deveras importantes, que adquiri, para os estágios seguintes e ainda para a minha prática diária de cuidados, trabalhando competências como: “Assistir a criança /jovem com a família, na maximização da sua saúde e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.” (Ordem dos Enfermeiros, 2009:21).

Tive oportunidade de discutir e estudar em pormenor, bem como efectuar um dossier, com toda a legislação relativa ao direito de acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde em Portugal, aprofundando a área específica do meu projecto: o direito de acesso das crianças/famílias PALOP aos cuidados de saúde. Com certeza que será um trabalho significativo que poderei utilizar e trabalhar nos estágios seguintes, sendo o meu objectivo a construção de um grande saber sobre esta população específica através da união de pequenos saberes que contribuirão para a satisfação das necessidades destas crianças/famílias e promova uma melhoria na qualidade de cuidados prestados.

A participação na reunião semanal de discussão dos casos, foi sem dúvida uma oportunidade que promoveu o meu crescimento, uma vez que a partilha de informação, a reflexão sobre as especificidades de cada caso e seu posterior encaminhamento, permitiu-me compreender de que forma podemos contornar barreiras, promover a saúde e prevenir da doença destes utentes específicos, pois são gestos como estes que promovem a adesão do utente, também o responsabilizando e motivando a participar nesta promoção e prevenção da sua própria saúde, pois também eles sentem que apesar de não se encontram no seu país, existe alguém que se preocupa com eles e aqui gostaria de referir uma citação de um utente angolano, referida no decorrer do seu atendimento, “ (...) *no CNAI sinto-me um pouco em casa!*(...)”

No decorrer deste estágio tive oportunidade de simular situações e trabalhá-las com as enfermeiras do Gabinete da Saúde. Situações estas com que habitualmente me deparo e com as quais apresento algumas dificuldades em resolver, uma vez que as especificidades são muitas. Estas simulações e reflexões foram fulcrais, permitindo-me direccionar e orientar a minha posterior actuação, transferindo conhecimentos para outros locais: futuros locais de estágio e também no serviço onde exerço funções, no Hospital Dona Estefânia.

Um Recurso Desconhecido...

Nesta reunião, um ponto alto a referir, é também a constante actualização de conhecimentos, promovendo-se a pesquisa bibliográfica ou legal, de acordo com as necessidades de cada situação que se encontra a ser discutida.

O Gabinete de Saúde no CNAI, sendo ele um recurso fundamental da comunidade, também ele trabalha em parceria e articula-se com outros recursos em prol de um bem comum. Considero que se encontra muito bem organizado, ocupando uma posição central na gestão dos casos com que se depara.

A consulta de alguns dados relativos ao estado de saúde dos imigrantes em Portugal, que se reportam ao ano de 2009, foi muito importante, porque nos ajuda a perceber qual o papel do gabinete de Saúde no CNAI, a sua importância e classifica o estado de saúde da população imigrante em território nacional, permitindo-nos assim direccionar a nossa actuação, visto conseguirmos trabalhar com dados específicos, a tão pretendida *prática baseada na evidência*. Estes dados são desconhecidos para a grande maioria dos profissionais de saúde, o que faz com que habitualmente, a nossa actuação seja limitada ou insuficiente, visto que não possuímos conhecimento sobre as reais necessidades desta população.

Devido a ausência da mediadora do apoio social e sendo a mesma substituída por uma enfermeira do Gabinete da Saúde, tive a oportunidade de assistir a 3 consultas de Apoio Social, que também foram importantes para a minha aprendizagem, pois pude constatar as necessidades da população imigrante. De destacar que alguns dos casos, envolviam não só a população adulta mas também crianças imigrantes, e pude perceber de que forma é possível apoiar esta população, uma vez que a enfermagem encara o indivíduo no seu todo e a vertente social, também é parte integrante. No entanto, gostaria de referir que apesar de ter sido uma experiência interessante para a minha aprendizagem, o facto de uma enfermeira do Gabinete da Saúde ser destacada para realizar o apoio social, em muito altera a organização e a consecução dos objectivos e actividades do Gabinete da Saúde. Um outro aspecto, menos positivo que observei, está relacionado com as condições físicas do Gabinete da Saúde, nomeadamente pouca luminosidade e falta de privacidade, principalmente se decorrerem 2 consultas em simultâneo. De referir ainda, a escassez de material informático nos gabinetes do CNAI, que promove a interrupção das consultas de enfermagem, uma vez que é no Gabinete da Saúde que se encontra o material informático que serve os gabinetes circundantes.

Em jeito de conclusão, considero difícil expor apenas nesta breve reflexão, a importância que este recurso da comunidade representa para a população imigrante e as

Um Recurso Desconhecido...

actividades que a equipa de enfermagem desempenha diariamente, verificando-se uma envolvimento total em cada situação e estando todos os cuidados munidos de uma excelente humanização que caracteriza, define e enaltece a profissão de enfermagem. Sendo assim, é de minha opinião que o gabinete da Saúde no CNAI, e o próprio CNAI no seu todo são uma mais-valia para o cidadão imigrante em território português, na medida em que oferece uma vasta gama de serviços e permite ultrapassar barreiras e obstáculos que tanto dificultam a integração deste utente num país que não é o seu país de origem.

A realização do estágio no CNAI foi, sem dúvida, uma ótima oportunidade de enriquecimento pessoal e profissional, alertando-me para a sensibilidade cultural, especificidades envolventes, forma de resolução e encaminhamento de casos, permitindo-me ainda aprofundar conhecimentos de diversas áreas expostas em Unidades Curriculares anteriores, pelo que proponho a realização de estágios futuros no Gabinete da Saúde no CNAI, mas com uma duração superior à que experienciei, pois considero que o tempo foi escasso para todas as especificidades que envolvem a saúde da população imigrante. É meu objectivo, propor na instituição onde desempenho funções, acções de formação, promovidas pela equipa do Gabinete de Saúde no CNAI, já previamente combinadas, de forma a informar os profissionais de saúde dos direitos de acesso da população imigrante aos cuidados de saúde, as especificidades relacionadas com a saúde, resolução de situações, articulação com as diversas instituições, etc,

Utilizo-me dos resultados de um estudo da Universidade Católica Portuguesa (Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa) realizado por Lages e Policarpo (2002), em que perante a afirmação “os imigrantes têm de deixar os seus usos e costumes se quiserem fazer parte da nossa sociedade”, 61,1% dos inquiridos, discordou, sendo que a sua maioria (60,3%), concorda com a afirmação “A presença dos imigrantes enriquece a vida cultural do nosso país”. Como tal, acredito que é imperativo que os enfermeiros identifiquem, explorem e reflectam não só sobre a Universalidade mas também e, principalmente, sobre a Diversidade, levando-a em consideração no desenvolvimento do seu planeamento e prestação de cuidados à população imigrante, de forma que estes se possam identificar como válidos, eficazes e culturalmente competentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LEININGER, Madeleine – *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practices*. 2ª Edição. New York: Mc Graw-Hill, 2002. 621p. ISBN 978-0071-353-977.

TOMEY, Ann; ALLIGOOD, Martha – *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (modelos e teorias de enfermagem)*. 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2004. p.563-584. ISBN 972 8383 74 6.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Edição: Ordem dos Enfermeiros, 2003. 187p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE), Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem, Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista - Conselho de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Dezembro de 2009. 46p.

Electrónicas:

ACIDI, Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural I.P. Disponível em WWW:>URL:

http://www.acidi.gov.pt/modules.php?name=Downloads&d_op=viewdownload&cid=19 [Consultado em 26 de Dezembro de 2009, 17h41m]

Anexo III

*Sumário do Dossier de Legislação relativa ao Direito de Acesso dos
Imigrantes aos Cuidados de Saúde em Portugal*



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Mestrado de Enfermagem de Natureza Profissional
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

*Sumário do Dossier de Legislação
relativa ao Direito de Acesso dos
Imigrantes aos Cuidados de Saúde em
Portugal*

Autora:

Anabela Namora

Aluna nº 192009030

Orientado por:

Prof. Lília Vara

Lisboa, Abril de 2010

Sumário

- **Declaração Universal dos Direitos do Homem**
- **Declaração dos Direitos da Criança**
- **Constituição da República Portuguesa.** Coimbra: Almedina 2009. 341p. ISBN 978-972-40-3967-1 (**artigo 15º - Estrangeiros, Apátridas, Cidadãos Europeus; artigo 64º - Saúde; artigo 73º - Educação, Cultura e Ciência; artigo 74º - Ensino**)
- Decreto-Lei nº 48/90 de 24 de Agosto **D.R. I Série**, 195 (24/08/1990) 3452-3459 (**Lei de Bases da Saúde**)
- Decreto-Lei de 4 de Julho **D.R. Série I** Parte A, 127 (04/07/2007) 4290-4330 (**Lei da Imigração, destacando os artigos: 54º - Visto de estada temporária, 98º - Direito ao reagrupamento familiar, 99º Membros da família, 122º - autorização de residência com dispensa de visto de residência**)
- Resolução do Conselho de Ministros nº63-A/2007. **D.R. I Série**, 85 (03/05/2007) (**Plano para a Integração dos Imigrantes**)
- Despacho nº 25360/2001. **D.R. II Série**, 286 de 12 de Dezembro de 2001. 20597-ss (**Acesso à Saúde por parte dos Imigrantes**)
- Direcção Geral de Saúde Circular informativa nº 12 de 07 de Maio de 2009 (**Acesso dos imigrantes ao Serviço Nacional de Saúde**)
- Circular Informativa nº65 de 26/11/2004 (**Acesso dos filhos menores dos Imigrantes aos Cuidados de Saúde**)
- Decreto-Lei nº 67/2004 de 25 de Março **D.R. I Série**, 72 (25/03/2004) 1798 (**Registo Nacional de Menores Estrangeiros**)
- Decreto-Lei nº 173/2003 de 1 de Agosto **D.R. I Série**, 176 (01/08/2003) 4537 (**Pagamento de Taxas Moderadoras**)
- Direcção Geral de Saúde - Circular Informativa nº 48/DSPCS, de 30 de Outubro de 2002 (**Cuidados aos Estrangeiros Residentes em Portugal**)
- Decreto-Lei nº 37/2006 de 9 de Agosto de 2006 (**Regula o exercício do direito de livre circulação e residência dos cidadãos da União Europeia**)
- Decreto-Lei nº111 de 2000 de 4 de Julho (**Prevenção e Proibição de Práticas Discriminatórias**)

- Decreto-Lei n.º 135/99 de 22 de Abril de 1999, artigo 34º (**Atestados Emitidos pelas Juntas de Freguesia**)
- Decreto-Lei n.º 44/92 de 21 de Outubro **D.R. Série I** Parte A, 243 (21/10/1992) 4898-4990 (**Acordo no Domínio da Saúde entre a República Portuguesa e a República da Guiné-Bissau**)
- Decreto-Lei n.º 24/77 de 3 de Março **D.R. Série I** Parte A, 52 (03/03/1977) 363-364 (**Acordo no Domínio da Saúde entre o Governo da República Portuguesa e o Governo da República de Cabo Verde**)
- Decreto-Lei de 18 de Julho **D.R. Série I** Parte A, 165 (18/07/1984) 2201-2204 (**Acordo de Cooperação no Domínio da Saúde entre a República Portuguesa e a República Popular de Angola**)
- Decreto-Lei n.º 25/77 de 3 de Março **D.R. Série I** Parte A, 52 (03/03/1977) 365-366 (**Acordo no Domínio da Saúde entre o Governo da República Portuguesa e o Governo da República Democrática de S. Tomé e Príncipe**)
- Decreto-Lei de 12 de Julho **D.R. Série I** Parte A, 160 (12/07/1984) 2105-2109 (**Acordo no Domínio da Saúde entre a República Portuguesa e a República Popular de Moçambique**)
- Circular normativa n.º4 de 16/04/2004 (**Normas gerais de encaminhamento e assistência a doentes oriundos dos PALOP ao abrigo dos Acordos de Cooperação no domínio da Saúde**)

Anexo IV

Utentes inscritos na UCSP da Venda Nova

MINISTÉRIO DA SAÚDE
REGIÃO DE SAÚDE LISBOA E VALE DO TEJO
SUB-REGIÃO LISBOA

CENTRO DE SAÚDE VENDA NOVA

SEDE

Inscritos por Grupo Etário e Sexo na US.....
No Total de Utentes Inscritos

Data de Geração: 01-06-2010

Grupo Etário	Sexo Masc.	Sexo Fem.	Total	%
< 1 ano.	160	149	309	0.90
1 - 4 anos.	641	669	1310	3.81
5 - 9 anos.	844	897	1741	5.06
10 - 14 anos.	909	883	1792	5.21
15 - 19 anos.	882	920	1802	5.24
20 - 24 anos.	1016	1028	2044	5.94
25 - 29 anos.	1184	1321	2505	7.28
30 - 34 anos.	1418	1472	2890	8.40
35 - 39 anos.	1357	1359	2716	7.90
40 - 44 anos.	1174	1111	2285	6.64
45 - 49 anos.	1136	1204	2340	6.80
50 - 54 anos.	1222	1171	2393	6.96
55 - 59 anos.	985	1170	2155	6.27
60 - 64 anos.	1015	1153	2168	6.30
65 - 69 anos.	812	892	1704	4.95
70 - 74 anos.	696	858	1554	4.52
>= 75 anos.	996	1688	2684	7.80
Total	16447	17945	34392	

MINISTÉRIO DA SAÚDE REGIÃO DE SAÚDE LISBOA E VALE DO TEJO SUB-REGIÃO LISBOA	
CENTRO DE SAÚDE VENDA NOVA	SEDE

---- Percentagens p/ Sexo -----

Homens = 47.82%

Mulheres = 52.18%

---- Índices -----

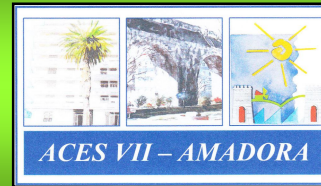
Inscritos	34392		
-----	=	-----	= 63.03%
Total Inscritos	54563		

Anexo V

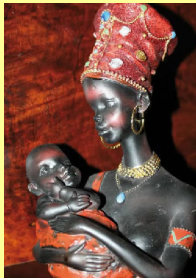
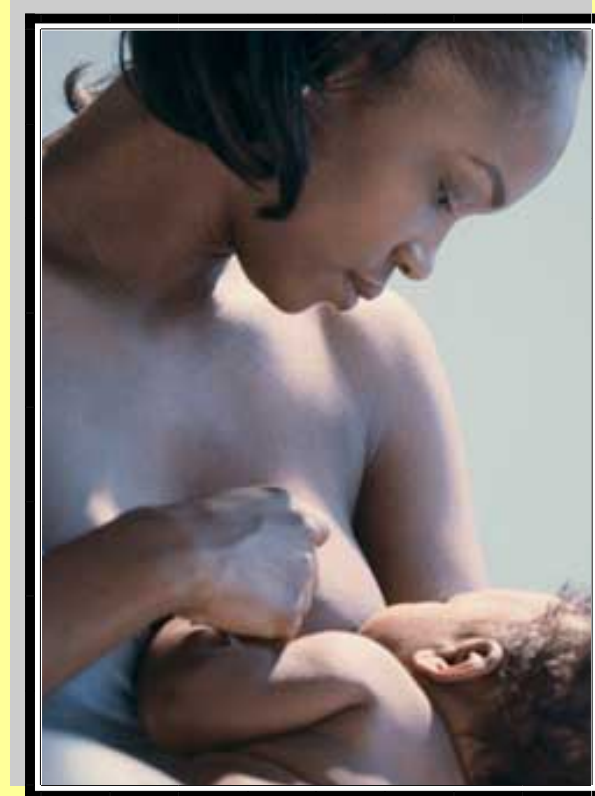
Folheto

*“Mitos e Crenças da Cultura Africana
relacionados com a Amamentação*

Como profissionais de saúde é fundamental que estejamos despertos para a influência da cultura, uma vez que as crenças são preponderantes na determinação de comportamentos saudáveis.



UCSP Venda Nova



Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Venda Nova
Rua João de Deus nº2, Venda Nova
2700-488 Amadora Telf: 21 4992123

Elaborado por: **Enf.ª Anabela Namora**

Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

LEININGER, Madeleine – **Enfermagem transcultural: um imperativo da enfermagem mundial**. Lisboa. ISSN 0871-00775. Nº10, 2ª Série (Abril/Junho 1998). p. 32-36.

SARAIVA, Helena – **Aleitamento Materno: Promoção e Manutenção**. 1ª Edição. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda. 2010. 223p. ISBN 978-972-757-659-3.

Mitos e Crenças da Cultura Africana relacionados com a Amamentação

Dirigido aos profissionais de saúde

Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil



Características da Cultura Africana



“Os mitos e as crenças são parte de herança sociocultural, onde cada agrupamento humano assimila conhecimentos empíricos repassados de geração em geração” (SARAIVA, 2010:57).

Em cuidados de saúde primários e perante a assistência à saúde, a nossa actuação deve incidir sobre o indivíduo promovendo um cuidar culturalmente competente, tendo em conta: a sua cultura, hábitos, crenças e tabus, valorizando a troca de saberes, pois estes serão factores determinantes para o sucesso da nossa prática. Tal como refere (LEININGER, 1998:33), é fundamental *“obter conhecimentos capazes de proporcionar cuidados de enfermagem sensíveis, responsáveis e culturalmente competentes, que conduzam à saúde e ao bem-estar dos indivíduos, das famílias, dos grupos ou das comunidades culturais”*.

A Cultura Africana....



Visto o continente africano ser o segundo mais populoso da Terra, a área de abrangência da UCSP da Venda Nova apresentar uma elevada prevalência de população africana e esta ser a população predominante que recorre às consultas de Saúde Infantil, no primeiro ano de vida, optámos por elaborar este folheto com o objectivo de reflectirmos um pouco sobre os mitos e crenças que rodeiam a amamentação da população africana.

⇒ Forte sentimento de família, unidade e religião;

⇒ Em certos países africanos, a poligamia é aceite;

⇒ **Alimentação do bebé:**

◆ Pode ser alimentado ao seio materno ou por biberão;

◆ Amamentar em público podem ser embaraçoso;

◆ Prática do aleitamento materno até cerca dos 12 a 15 meses, mas não exclusivamente, introduzindo precocemente água simples ou açucarada e chá;

◆ A amamentação pode durar até cerca dos 18/24 meses: as meninas mamam até cerca dos 18 meses, porque se forem amamentadas durante muito tempo, serão muito “quentes” na idade adulta. Os meninos mamam até cerca dos 2 anos de idade;

◆ A alimentação complementar deve começar por volta dos 3/4 meses;

◆ É aceite o uso do biberão com leite de vaca ou em pó, no 1º mês de vida, principalmente nos bebés que aparentem não ficar satisfeitos com o leite materno, pois a ideia de bebé saudável é a de um bebé gordo;

⇒ O desmame depende das condições de cada bebé, no entanto, torna-se **obrigatório** perante:

◆ nova gravidez (prejudicial para o bebé podendo provocar diarreia e perda de peso), mãe com pouco leite e efeitos negativos da amamentação (mãe com perda de peso e lombalgias).

⇒ Fazem o **desmame gradual**: introduzindo sal na comida, amamentando depois do almoço e dando ao bebé leite artificial ou comida.

Anexo VI

Relatório da Formação em Serviço

*“Mitos e Crenças: um olhar pelas
diferentes culturas...”*



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Mestrado de Enfermagem de Natureza Profissional
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

Relatório da Formação em Serviço

Autora:

Anabela Namora

Aluna nº 192009030

Orientado por:

Prof. Lília Vara

Lisboa, Junho de 2010

SUMÁRIO

- 1- PLANO DA FORMAÇÃO
- 2- DIVULGAÇÃO DA FORMAÇÃO
- 3- SUMÁRIO E PRESENÇAS
- 4- DIAPOSITIVOS APRESENTADOS NA FORMAÇÃO
- 5- ANÁLISE ESTATÍSTICA
- 6- UMA PEQUENA REFLEXÃO...



FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PLANO DE SESSÃO

Tema: Mitos e Crenças: um olhar pelas diferentes culturas...

Local: Sala de Reuniões da UCSP da Venda Nova **Data:** 08 /06 /2010 **Hora:** 14 h 00m

Objectivos:

Que no final da sessão os formandos sejam capazes de:

- ❖ Reconhecer a influência que os mitos e as crenças representam para o processo de saúde/doença nas culturas: cigana, indiana, chinesa, africana e brasileira;
- ❖ Reflectir sobre o conceito de família nas diferentes culturas;
- ❖ Identificar os principais mitos e crenças presentes nas diferentes culturas em diferentes fases da vida da família: casamento, concepção, gravidez, nascimento e puerpério;
- ❖ Descrever os principais mitos e crenças envolventes à alimentação da criança, nos primeiros anos de vida, nas diferentes culturas.

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	TEMPO	FORMADOR(ES)
<p><u>Introdução:</u></p> <ul style="list-style-type: none">❖ Apresentação do formador❖ Exposição dos objectivos❖ Contextualização do tema da sessão	Expositivo	Recursos audiovisuais e multimédia	3min	Anabela Namora
<p><u>Desenvolvimento:</u></p> <ul style="list-style-type: none">❖ Definição de cultura, crenças e mitos;❖ Importância de cuidados de enfermagem transculturais;❖ Teoria e enfermagem transcultural;	Expositivo Conversa breve Debate em grupo Análise de situações	Recursos audiovisuais e multimédia	40min	



<ul style="list-style-type: none">❖ Importância da família na transmissão de padrões culturais;❖ Cultura cigana: características da cultura, mitos e crenças no casamento, gravidez, nascimento, puerpério, alimentação da criança, educação, representação de saúde/doença.❖ Cultura indiana: características da cultura, mitos e crenças no casamento, gravidez, nascimento, alimentação da criança, rituais de passagem, cuidados à criança, educação, representação de saúde/doença.❖ Cultura chinesa: características da cultura, mitos e crenças no casamento, concepção, gravidez, nascimento, puerpério, alimentação da criança.❖ Cultura africana: características da cultura, mitos e crenças na gravidez, puerpério, alimentação.❖ Cultura brasileira: características da cultura, alimentação da criança.❖ Diversidade cultural/conhecimentos e				
---	--	--	--	--



competências culturais.				
<u>Conclusão:</u> Síntese dos conteúdos abordados, estabelecendo relação com os objectivos da sessão.	Expositivo Conversa breve Visionamento de um filme	Recursos audiovisuais e multimédia	10min	
<u>Avaliação:</u> ❖ Discussão/esclarecimento de dúvidas/questões	Conversa breve/perguntas e respostas	Avaliação oral	5min.	
❖ Preenchimento de questionário	Aplicação de questionário de avaliação	Questionário de avaliação da sessão de educação para a saúde		
Entrega de folheto sensibilizador dos mitos e crenças na cultura africana no processo de amamentação.	Entrega de folheto	Folheto		



FORMAÇÃO EM SERVIÇO



Mitos e Crenças:



Um Olhar pelas Diferentes



Culturas...



DATA / HORA: 8 de Junho de 2010 às 14horas

LOCAL: Sala de Reuniões da UCSP Venda Nova

FORMADORA:

Enf.^a ANABELA NAMORA

(Aluna do Mestrado de Enfermagem de Natureza Profissional - Especialização em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica)



FORMAÇÃO EM SERVIÇO - SUMÁRIO E PRESENÇAS

UCSP da Venda Nova

Tema: Crenças e Mitos: Um olhar pelas diferentes culturas

Data 08/06 /2010

Hora: 14h00m

Duração: 1 h

Local: Sala de Reuniões da UCSP da Venda Nova

SUMÁRIO:

- Influência dos mitos e crenças no processo de saúde/doença das culturas: cigana, indiana, chinesa, africana, brasileira;
- Conceito de família nas diferentes culturas;
- Principais mitos e crenças presentes nas diferentes culturas em diferentes fases da vida da família: casamento, concepção, gravidez, nascimento e puerpério;
- Mitos e crenças envolventes à alimentação da criança, nos primeiros anos de vida, nas diferentes culturas
- Conhecimento cultural promovedor de competência cultural.

Formador: Anabela Oliveira Namora

PRESENÇAS

NOME (COMPLETO E LEGÍVEL)	CATEGORIA PROFISSIONAL	UNIDADE
Silvina Maria dos Reis Correia	Enfermeira Graduada	UCSP-venda nova
Maria Adelaide de Ourem Martins	Enf ^a Especialista	UCSP V. NOVA
Carla cristina santos justim de Sousa	enf ^a Graduada	UCSP venda nova
Catarina Alves de Macedo Portilheiro	enfermeira Especialista	UCSP Venda Nova
Maria Elsa Gertrud da Costa Alegre	Enfermeira Graduada	UCSP Venda Nova
Raquel Cavalho Fernandes	Enfermeira	UCSP venda nova
Ana Cláudia Silva Espírito	Aluna de enfermagem	ESEL


 Curso de Mestrado de Enfermagem de Natureza Profissional
 Especialização em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria

UCSP Venda Nova



Mitos e Crenças: Um Olhar pelas Diferentes Culturas...



Elaborado por:
Enf.ª Anabela Namora


Venda Nova, 8 de Junho de 2010

Objectivos

Que no final da sessão os formandos sejam capazes de:


- ✦ Reconhecer a influência que os mitos e as crenças representam para o processo de saúde/doença nas culturas: cigana, indiana, chinesa, africana e brasileira;
- ✦ Reflectir sobre o conceito de família nas diferentes culturas;
- ✦ Identificar os principais mitos e crenças presentes nas diferentes culturas em diferentes fases da vida da família: casamento, concepção, gravidez, nascimento e puerpério;
- ✦ Descrever os principais mitos e crenças envolventes à alimentação da criança, nos primeiros anos de vida, nas diferentes culturas.

Cultura



As nossas práticas são fortemente influenciadas pela cultura, pois as crenças têm um papel importante na determinação do comportamento e ajustamento emocional à vida.

Cultura




“Cultura são valores, crenças, normas de comportamento e práticas relativas ao estilo de vida, aprendidos, compartilhados e transmitidos por um grupo específico, que orientam o pensamento, as decisões e acções dos elementos pertencentes ao grupo.”

(SARAIVA, 2010:57)

Crença

É uma convicção adoptada com fé que tem um papel significativo no comportamento.



Mito

É sempre uma narrativa de uma criação, conta-nos algo que nunca existiu. A representação destes factos pode ser exagerada ou simplesmente uma invenção.

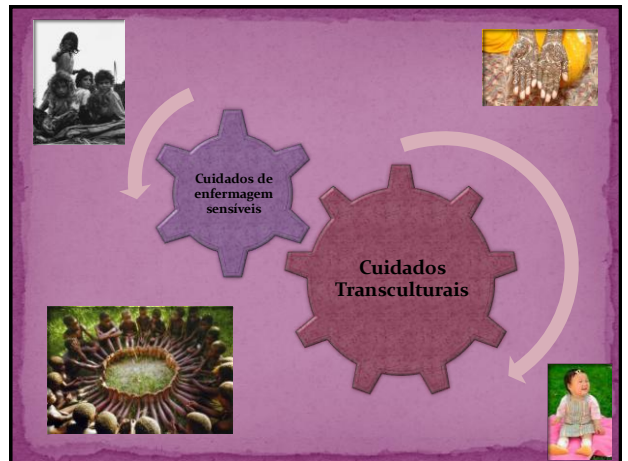
(SARAIVA, 2010:57)

Crenças e Mitos

São parte da herança sociocultural

Comportamentos empíricos







(...) muitas das ações de enfermagem assim como a forma de as praticar, são universalmente percebidas e aceites (...) no entanto, não existe uma prática standard de enfermagem devido à vasta gama de diversidade cultural e dos saberes dos cuidadores(...)

[(Leininger 1995) apud (LOPES et al., 2009:80)]


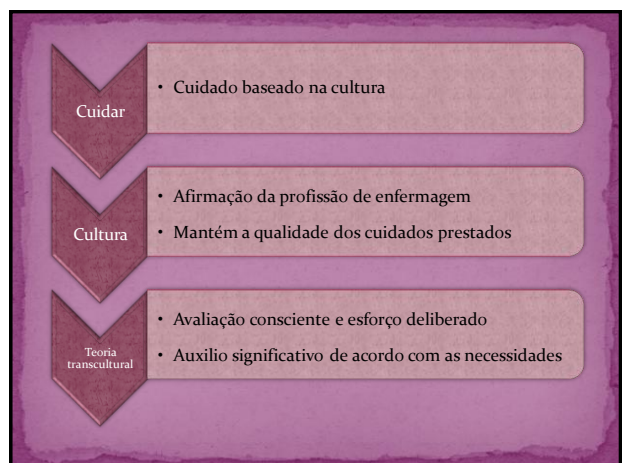
↓

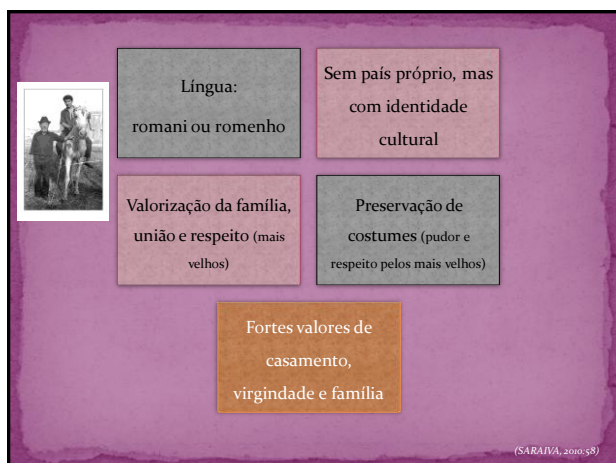
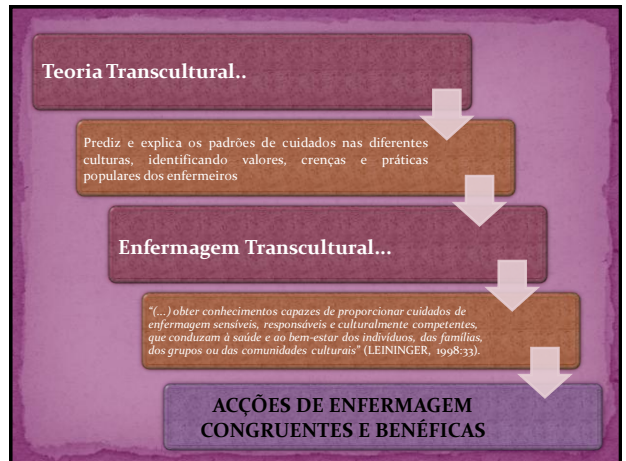
Cuidadores culturalmente competentes

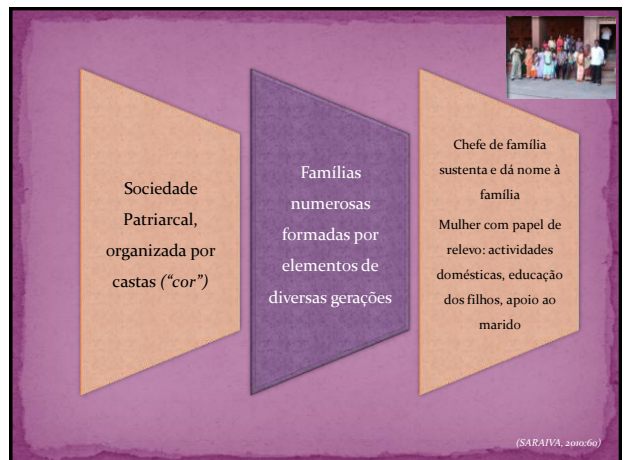
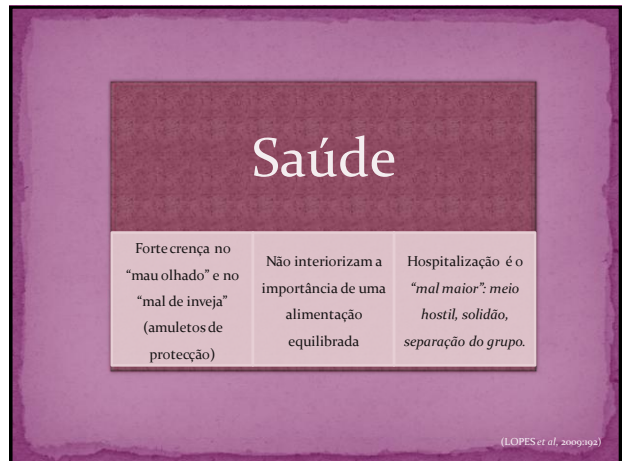
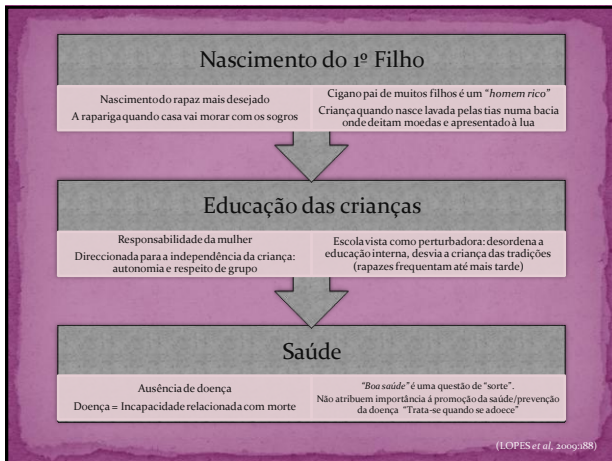
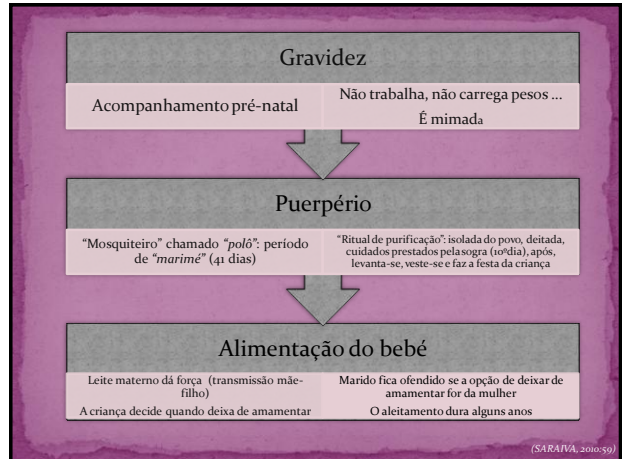
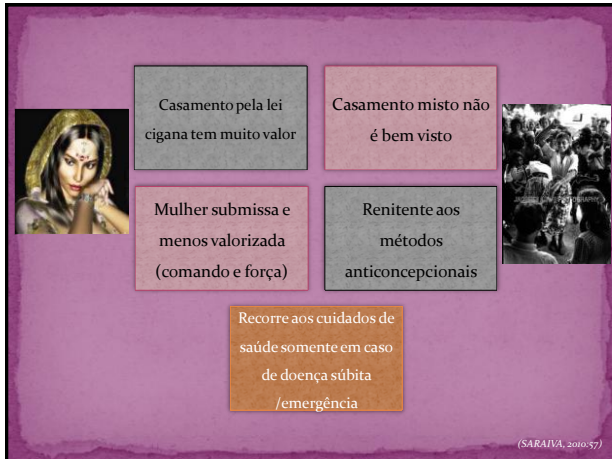



"Enfermagem é essencialmente uma profissão de cuidados transculturais, a única que se centra na promoção do cuidado humano para pessoas de uma maneira significativa, congruente, respeitando os valores culturais e estilo de vida."

(BRAGA, 1997)





Casamento

Quando a mulher casa passa a pertencer à família do marido



Mulher submissa



Influencia o marido através da suavidade e sedução

(SARAIVA, 2010:60)

Mulher grávida digna, poupada de contrariedades e aborrecimentos

As mulheres mais velhas cuidam e orientam sobre a alimentação, cuidados e crenças necessárias ao sucesso da gravidez

A grávida vai para casa da mãe aos 7/8 meses de gravidez e só regressa a casa da sogra quando a criança tem cerca de 6 meses.

(SARAIVA, 2010:60)

Nascimento



Rapaz: motivo de festa e celebração.
Reforça a posição da mãe na família.
Assegura a estabilidade financeira
Filhos são o reflexo dos pais

Mãe apta a prestar cuidados ao bebé
1^{rs} dias dedica-se exclusivamente ao cuidado e alimentação do bebé

Nascimento como forma de bênção de *Deus*
Acreditam na Reencarnação

(SARAIVA, 2010:60)

Alimentação do bebé

Aleitamento materno universal e de longa duração (cerca de 23 meses)

Tabu em relação ao colostro: perigoso nos 1^{rs} 3 dias de vida

Substituído por alimentos pré-lácteos: mel, água açucarada, glicose, açúcar mascavado

(SARAIVA, 2010:61)

Razões para não darem colostro:

Tradição de família
Conselhos das mães e sogras

Causa indigestão e diarreia

Acreditam que os alimentos pré-lácteos:

Previnem constipações
Ajudam a urinar

Fazem o bebé forte

(SARAIVA, 2010:62)

Algumas mães dão ao bebé óleo de rícino

Alimentos preparados através de mistura de várias ervas: cominho, cardamomo, noz-moscada, assa fétida, canela e semente de anis



(SARAIVA, 2010:62)



Educação das crianças

- Baseada na individualidade, no carinho
- Modelos flexíveis de acordo com os valores religiosos e sociais
- Mãe com papel predominante até ao final da idade escolar
- Crianças, desde cedo, participam nas actividades familiares

Saúde

- Continua preocupação pela saúde física e mental
- Corpo ligado á alma e mente
- Equilíbrio do corpo conseguido através da alimentação, meditação, oração, produtos naturais (plantas, sementes) para prevenir e tratar a doença

Saúde

- Cura pela fé
- Adornos protectores para prevenir a doença e mau-olhado
- Preferem medicamentos caseiros em prejuizo da procura de profissionais de saúde
- Mães preocupam-se com a vigilância de saúde e vacinação das crianças

(LOPES et al., 2009:197)

Cuidados à criança

- Banho: efectuado após queda do coto umbilical
- Massagem: talcos ou óleos naturais (azeite, óleo de amêndoas doces)
- Cabelo: aplicação de óleo para que fique sedoso, liso e forte, até 1 ano de idade. Crença de que atrasa o aparecimento de cabelos brancos

Cuidados à criança

- Saída à rua: não a efectua até aos 3 meses de idade, só em situação de extrema necessidade. Crença de que a criança é propicia ao mau-olhado.
- Usodário do *cajal* e colocação de pulseiras pretas nas mãos ou ainda pulseiras de ouro ou prata com bolinhas pretas.

Mitos e Crenças

- Preto é tida como uma cor que desvia a atenção
- Objectos de ouro não são colocados nas pernas, porque não é considerado digno colocar um metal precioso nos pés.

(LOPES et al., 2009:197)

Cultura Chinesa

- Antiga unidade histórica, cultural e geográfica
- Línguas oficiais foram mudando: mongol, manchu, mandarim, cantonês
- Região muito populosa
- Elevados índices de natalidade
- Idade mínima para casar: 22-28 anos para os homens; 20-25 anos para as mulheres
- Uso obrigatório de contraceptivos: na cidade, após 1º filho; no campo, após 2º filho

(SARAIVA, 2010:62)

Casamento

<p>Mulher: cidadão de segunda classe, subalterna ao homem</p>	<p>Conceito de família importante e valorizado</p>
<p>Passa a pertencer ao marido</p>	<p>Família tradicional chinesa: casal, filhas solteiras, filhos casados, respectivas esposas e filhos</p>
<p>Dominada pela sogra</p>	
<p>Pouco investimento nas meninas</p>	

(SARAIVA, 2010:63)

Concepção

- Dever da mulher
- Teoria dualista: Yang (positiva), Yin (negativa)
- Equilíbrio entre duas forças: ausência de doença

Concepção

- Homem: natureza Yang
- Mulher: natureza Yin
- Rapaz: receitas dietéticas para aumento da energia Yang no pai e diminuição da energia Yin na mãe

Concepção

- Rapaz: Mãe deve: comer carne 6semanas antes da concepção, beber caldo de estômago de um porco, preparado pela mãe e entregue por um rapaz

(SARAIVA, 2010:63)



Concepção

- **Rapaz:**
- Atitudes da mãe: dar ao pai carne para comer, olhar para flores brancas, rezar à Deusa da Boa Sorte no Nascimento, reza à deusa que dá rapazes - Sung-tzu Kuanyin



Gravidez

- Mãe com "felicidade no corpo"
- Profissionais do sexo feminino;
- Abdicam de molho de soja e coca-cola (bebês com pele mais clara)
- Comem sopa de raízes de gengeng (fortificante)



Gravidez

- 1º trimestre: não comem alimentos frios (Yin), podem causar aborto
- 2º trimestre: evitam alimentos do grupo Yang (carnes, picantes)

(SARAIVA, 2010:63)



Gravidez

- Alimentos **desaconselhados:** banana, bambu, melancia, carne de cão, carneiro, burro, coelho, ameixas, picantes, caranguejos, etc.
- Alimentos **aconselhados:** leite, peixe, arroz, massa, fígado e rins de porco, cenoura, algas



Nascimento


- Acompanhada pela mãe
- Parto em silêncio
- Em casa: placenta queimada ou enterrada em segredo (poderes sobre a criança)



Puerpério


- Mãe em casa 1 mês (protege-se das forças Yin)
- Alimentação rica em alimentos Yang, para fortalecer o Yin (carne, peixe, gengibre, vegetais, fígado de porco, vinagre, ervas medicinais)
- Não tomar banho de chuveiro /imersão (limpeza com toalha molhada em água fervida com gengibre)

(SARAIVA, 2010:64)




Puerpério

- Quarto deve estar quente
- Não lava as mãos com água fria
- Relações sexuais após 3 meses do nascimento



Período neo-natal

- Rapaz: ritual do nascimento ao 3º dia
- Banho ao 3º dia e enrolado num cordão vermelho (obediência)
- Nome da criança escolhido pelo avô paterno



Alimentação

- Leite materno (1-3 anos)
- Nos primeiros 3 dias de vida: introdução de leite em pó ou água
- Chá com erva Madressilva (elimina rash cutâneo)

(SARAIVA, 2010:67)

Cultura Africana



2º continente mais populoso da terra

3º continente mais extenso



800 milhões de habitantes distribuídos em 54 países



5 PALOP: Angola, Cabo-Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, São Tomé



Várias culturas



Forte sentimento de família, unidade e religião



Poligamia, em certos países

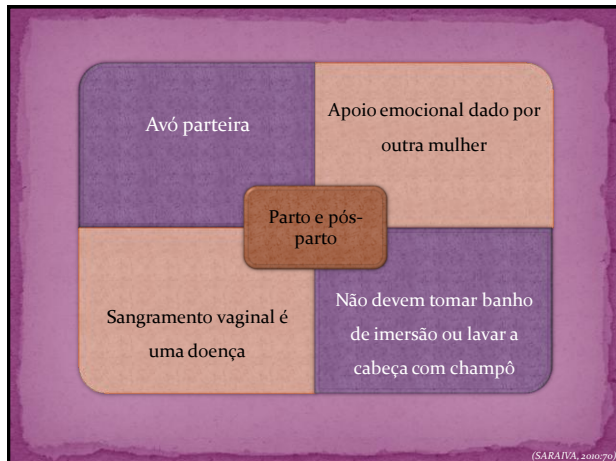
(SARAIVA, 2010:69)



Gravidez

Aceitação depende do estatuto económico	Estado de bem-estar	Não devem tirar fotografias (aborto)
---	---------------------	--------------------------------------

(SARAIVA, 2010:69)



Alimentação do bebê

- Leite materno/leite adaptado
- Amamentar em público pode ser embaraçoso
- Aleitamento materno até 12-15 meses, mas não exclusivo

Alimentação do bebê

- Amamentação meninas: até 18 meses, meninos até 2 anos
- Alimentação complementar a partir dos 7/8 meses

Alimentação do bebê

- Leite de vaca em pó no 1º mês de vida
- Desmame: depende de cada bebê e quando a criança come tudo, 3 a 4 vezes ao dia

(SARAIVA, 2010:70)

Desmame obrigatório

- Nova gravidez: prejudicial para o bebê (diarreia e perda de peso)

Desmame obrigatório

- A mãe ter pouco leite
- Perda de peso da mãe e lombalgias

Desmame gradual

- Introdução de comida com sal
- Amamentação depois do almoço
- Administração de leite adaptado ou comida

(SARAIVA, 2010:70)

Cultura Brasileira

5º maior contingente populacional,
8º maior economia do planeta e
maior economia latino americana

Sociedade multirracial:
descendentes europeus, indígenas,
africanos e asiáticos

(SARAIVA, 2010:70)

Aleitamento materno

- Mãe ingere galactogogos: canjica, sopa de fubá, cerveja preta, arroz-doce, canja, água, leite

Tribos indígenas brasileiras

- Abstinência sexual até ao baptismo, quando o pai dá o nome à criança e esta se começa a sentar

Itapuá - Porto Alegre

- Mulheres acreditam que tudo o que comem passa para o leite;
- Antigos determinavam o que as lactantes comiam
- Atitudes que estimulam a produção de leite: colocar a criança a mamar, passar na mama pente fino, leite da árvore da fruta-pão, folha de mato

(SARAIVA, 2010:75)

A diversidade cultural em Portugal existe...

Deve ser contemplado pelos profissionais de saúde com reconhecimento das diferenças e aceitação como parte indissociável do indivíduo, para prestarem cuidados culturalmente aceites.

- Cidadania e democracia dos serviços de saúde
- Compreensão das pessoas, as suas crenças, tabus, mitos, costumes, práticas e os seus significados,

APRENDENDO COM ELAS.

(LOPES et al., 2009:119)

“É necessário adquirir conhecimento cultural das comunidades onde se trabalha para se chegar á competência cultural, de forma a descobrir, preservar, negociar ou reestruturar as práticas de cuidados no sentido de promover o bem-estar da comunidade.”

(LOPES *et al*, 2009:49)

Referências Bibliográficas

- ✦ BRAGA, C.G. - Enfermagem Transcultural e as crenças, valores e práticas do povo cigano. Ver. Esc. Enf. USP, 1997, 31 (3), 498-516.
- ✦ BOTH, Denise *et al* - *Amamentação*. Suíça: Medela AG, 2007, 50p.
- ✦ LEININGER, Madeleine - *Enfermagem transcultural: um imperativo da enfermagem mundial*. Lisboa. ISSN 0871-00775. Nº10, 2ª Série (Abril/Junho 1998), p. 32-36.
- ✦ LOPES, José *et al* - *Multiculturalidade - Perspectiva da Enfermagem: Contributos para Melhor Cuidar*. 1ª Edição. Loures: Lusociência, 2009, 271p. ISBN 978-972-8930-45-5.
- ✦ SARAIVA, Helena - *Aleitamento Materno: Promoção e Manutenção*. 1ª Edição. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda. 2010. 223p. ISBN 978-972-757-659-3.
- ✦ TOMEY, Ann; ALLIGOOD, Martha - *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (modelos e teorias de enfermagem)*. 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2004, p.563-584. ISBN 972 8383 74 6.



**FORMAÇÃO EM SERVIÇO - AVALIAÇÃO DA SESSÃO/ ANÁLISE ESTATÍSTICA (N=7)****Área/Unidade/Especialidade:** UCSP Da Venda Nova**Tema:** Mitos e Crenças: Um Olhar pelas diferentes Culturas**Acção tipo:** Actualização Aprendizagem Duração 1 hora Data 08/06/2010**Formador:** Anabela Oliveira Namora (Aluna do Mestrado de Natureza Profissional na Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria)

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

APRECIÇÃO GLOBAL	Discorda totalmente	Discorda	Concorda	Concorda totalmente
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.			57%	43%
2. Os objectivos da formação foram atingidos.			29%	71%
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil.			43%	57%
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.			29%	71%
5. A teoria foi relacionada com a prática.			86%	14%
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.			43%	57%
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.			57%	43%
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.			29%	71%
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.			43%	57%
10. A duração da formação foi adequada.			29%	71%
11. O horário da formação foi adequado.			29%	71%

Classifique o **formador** e a **metodologia** utilizando a seguinte escala:

1 – Insuficiente 2 – Suficiente 3 – Bom 4 – Muito Bom

METODOLOGIA	FORMADOR
12. Domínio dos conteúdos apresentados.	4 - 86% ; 3 - 14%
13. Facilidade de transmissão de conhecimentos.	4 - 86% ; 3 - 14%
14. Clareza na transmissão dos conhecimentos.	4 - 86% ; 3 - 14%
15. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.	4 - 86% ; 3 - 14%
16. Interacção com o grupo.	4 - 86% ; 3 - 14%
17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.	4 - 86% ; 3 - 14%
18. Gestão do tempo.	4 - 86% ; 3 - 14%
19. Pontualidade.	4 - 86% ; 3 - 14%

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA

Obrigado pela sua colaboração.

6- UMA PEQUENA REFLEXÃO...

A sessão de educação para a saúde realizada decorreu muito bem, tendo-se cumprido na íntegra o plano de sessão e conseguido atingir os objectivos também anteriormente propostos no mesmo.

Devido às condicionantes com que actualmente se depara a equipa de enfermagem da UCSP da Venda Nova, relativamente à escassez de pessoal, assistiram à sessão: 6 profissionais de enfermagem e 1 estudante do 3º ano do Curso de Enfermagem. De acordo com o feedback obtido dos profissionais que assistiram à sessão, esta foi muito positiva, tendo contribuído com aspectos determinantes para a sua prática diária de cuidados e promovendo-se a prática de cuidados transculturais.

Os comentários à sessão, bem como a troca de experiências entre os diversos profissionais que se encontravam presentes, foram muito enriquecedor, uma vez que com o pequeno contributo de cada um, construiu-se um “saber multicultural conjunto”.

Considerou-se o final da sessão, como o momento oportuno para realizar o fornecimento do folheto realizado sobre os mitos e crenças na cultura africana relacionados com o processo de amamentação, uma vez que após a exposição da temática, intimamente relacionada com a multiculturalidade, e de acordo com os dados que obtidos, o fornecimento do folheto vem reforçar os conteúdos apresentados, ajudando na sua interiorização.

No decorrer da formação, a abordagem das diversas culturas e suas especificidades, foram aspectos considerados pelos profissionais como uma mais-valia para a sua formação, uma vez que visto não ser possível aos profissionais de enfermagem actuarem da mesma forma quando se deparam com um utente português, africano ou chinês e uma vez que os padrões culturais e o passado em termos de alimentação, representação de saúde/doença são diferentes, importa reconhecer estas diferenças e promover a sua inclusão nos cuidados, promovendo-se o estabelecimento de uma relação forte, empática e de confiança entre quem cuida e quem é cuidado.

Também no final da sessão, deu-se a conhecer à equipa de enfermagem, todo o trabalho que realizado no decorrer do estágio, os contributos inerentes ao mesmo e sua aplicabilidade na prática, promovendo-se boas práticas e optimizando-se a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à criança/família abrangida por esta UCSP.

Anexo VII

*Sumário do Dossier que integra legislação relativa ao direito
de acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde em Portugal
e Recursos da Comunidade disponíveis*



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Mestrado de Enfermagem de Natureza Profissional
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

*Sumário do Dossier de Legislação
relativa ao Direito de Acesso dos
Imigrantes aos Cuidados de Saúde em
Portugal e Recursos da Comunidade
disponíveis*

Autora:

Anabela Namora

Aluna nº 192009030

Orientado por:

Prof. Lília Vara

Lisboa, Maio de 2010



- ✚ **Declaração Universal dos Direitos do Homem**
- ✚ **Declaração dos Direitos da Criança**
- ✚ **Constituição da República Portuguesa.** Coimbra: Almedina 2009. 341p. ISBN 978-972-40-3967-1 (**artigo 15º - Estrangeiros, Apátridas, Cidadãos Europeus; artigo 64º - Saúde; artigo 73º - Educação, Cultura e Ciência; artigo 74º - Ensino**)
- ✚ **Decreto-Lei nº 48/90 de 24 de Agosto D.R. I Série, 195 (24/08/1990) 3452-3459 (Lei de Bases da Saúde)**
- ✚ **Decreto-Lei de 4 de Julho D.R. Série I Parte A, 127 (04/07/2007) 4290-4330 (Lei da Imigração, destacando os artigos: 54º - Visto de estada temporária, 98º - Direito ao reagrupamento familiar, 99º Membros da família, 122º - autorização de residência com dispensa de visto de residência)**
- ✚ **Resolução do Conselho de Ministros nº63-A/2007. D.R. I Série, 85 (03/05/2007) (Plano para a Integração dos Imigrantes)**
- ✚ **Despacho nº 25360/2001. D.R. II Série, 286 de 12 de Dezembro de 2001. 20597-ss (Acesso à Saúde por parte dos Imigrantes)**

- ✚ Direcção Geral de Saúde Circular informativa nº 12 de 07 de Maio de 2009 (**Acesso dos imigrantes ao Serviço Nacional de Saúde**)
- ✚ Circular Informativa nº65 de 26/11/2004 (**Acesso dos filhos menores dos Imigrantes aos Cuidados de Saúde**)
- ✚ Decreto-Lei nº 67/2004 de 25 de Março **D.R. I Série**, 72 (25/03/2004) 1798 (**Registo Nacional de Menores Estrangeiros**)
- ✚ Decreto-Lei nº 173/2003 de 1 de Agosto **D.R. I Série**, 176 (01/08/2003) 4537 (**Pagamento de Taxas Moderadoras**)
- ✚ Direcção Geral de Saúde - Circular Informativa nº 48/DSPCS, de 30 de Outubro de 2002 (**Cuidados aos Estrangeiros Residentes em Portugal**)
- ✚ Decreto-Lei nº 37/2006 de 9 de Agosto de 2006 (**Regula o exercício do direito de livre circulação e residência dos cidadãos da União Europeia**)
- ✚ Decreto-Lei nº111 de 2000 de 4 de Julho (**Prevenção e Proibição de Práticas Discriminatórias**)
- ✚ Decreto-Lei n.º 135/99 de 22 de Abril de 1999, artigo 34º (**Atestados Emitidos pelas Juntas de Freguesia**)
- ✚ Decreto-Lei nº 44/92 de 21 de Outubro **D.R. Série I Parte A**, 243 (21/10/1992) 4898-4990 (**Acordo no Domínio da Saúde entre a República Portuguesa e a República da Guiné-Bissau**)
- ✚ Decreto-Lei nº 24/77 de 3 de Março **D.R. Série I Parte A**, 52 (03/03/1977) 363-364 (**Acordo no Domínio da Saúde entre o Governo da República Portuguesa e o Governo da República de Cabo Verde**)
- ✚ Decreto-Lei nº 25/77 de 3 de Março **D.R. Série I Parte A**, 52 (03/03/1977) 365-366 (**Acordo no Domínio da Saúde entre o Governo da República Portuguesa e o Governo da República Democrática de S. Tomé e Príncipe**)

- ✚ Decreto-Lei de 18 de Julho **D.R. Série I** Parte A, 165 (18/07/1984)
2201-2204 (**Acordo de Cooperação no Domínio da Saúde entre a República Portuguesa e a República Popular de Angola**)
- ✚ Decreto-Lei de 12 de Julho **D.R. Série I** Parte A, 160 (12/07/1984)
2105-2109 (**Acordo no Domínio da Saúde entre a República Portuguesa e a República Popular de Moçambique**)
- ✚ Circular normativa nº4 de 16/04/2004 (**Normas gerais de encaminhamento e assistência a doentes oriundos dos PALOP ao abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde**)

Recursos da Comunidade

de Apoio à Criança/Família oriunda dos PALOP

Angola

Embaixada

Av. da República, 68

1069-213 Lisboa

Telf: 217961830 - 217967041/43 Fax: 217971238

E-mail: emb.angola@mail.telepac.pt

<http://www.embaixadadeangola.org>



Angola

Consulado Geral

Rua Alexandre Herculano, 352 - 5.º

Salas 52, 54

4000-053 Porto

Telf: 222058827 / 2058902 Fax: 222050328

Cabo Verde

Embaixada

Avenida do Restelo, 33

1449-025 Lisboa

Telf: 213041440 Fax 213041466

E-mail: info@embcv.pt

<http://www.embcv.pt/>



Guiné-Bissau

Embaixada

R. de Alcolena, 17

1400-004 Lisboa

Telf: 213030440 Fax 213030450

Moçambique

Embaixada

Av. de Berna, 7

1050-036 Lisboa

Tel. 217800378

E-mail: embmoclx@mail.telepac.pt

<http://www.mozambique.mz>

S. Tomé e Príncipe

Embaixada

Av. Gago Coutinho, 26 - 6.º

1000-017 Lisboa

Tel. 218461917 Fax 218461895

E-mail: embaixada@emb-saotomeprincipe.pt

<http://www.emb-saotomeprincipe.pt/>

ACIDI.I.P- Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, IP

Rua Álvaro Coutinho, 14 – 1150-025 Lisboa

Telf: 21 8106100 Fax: 21 8106171

E- mail: acidi@acidi.gov.pt



Instituto Apoio à Criança

Largo Memória, nº 14, Calçada do Galvão, 1349-045 Lisboa

Telf: 213 617 880 Fax: 213 617 889

E-mail : <http://www.iacrianca.pt>

Linha SOS Imigrante

808257257 - a partir da rede fixa

21 8106191- a partir da rede móvel

CNAI- Centro Nacional de Apoio ao Imigrante

CNAI Lisboa: Rua Álvaro Coutinho, nº 14 - 1150-025 Lisboa

Telf: 21 8106100 Fax: 21 8106117

OIM- Organização Internacional para as Migrações

Rua José Estevão, nº 137, 8º - 1150-201 Lisboa

Telf: 21 3242940

E-mail: www.iom.int/

CEPAC- Centro Padre Alves Correia

Rua de Santo Amaro à Estrela, nº43, Piso 0

Telf: 21 3973030 Fax: 21 3951280

E-mail: cepac@sapo.pt

Centro Social do Bairro 6 de Maio

Estrada Militar, nº 48 - 2700-588 Venda Nova – Amadora

Telf:214 762 660 Fax: +351 214 742 271

E-mail: csb6maio@gmail.com



Ajuda de Mãe

Rua do Arco de Carvalhão, nº 282 – 1350-026 Lisboa

Telf: 21 3827850 Fax: 21 3827859

E-mail: ajudademae@ajudademae.com

Casa do Gil

Av. do Brasil, nº53 D, Parque da Saúde, Pav. 13 - 1700-063 Lisboa

Tel: 21 798 11 80 Fax: 21 798 11 89

E-mail: casadogil@casadogil.pt

Fundação do Gil

Av. do Brasil, nº53 D, Parque da Saúde, Pav. 13 - 1700-063 Lisboa

Tel: 21 355 24 50 Fax: 21 355 24 59

E-mail: geral@fundacaodogil.pt

AJPAS- Associação de Jovens Promotores da Amadora Saudável

Praceta Luiz Verney - Damaia de Cima

2720-342 Amadora

Telf: 21 4905426 / 21 4905427

E-mail: ajpas@sapo.pt

LIÁFRICA- Liga dos Africanos e Amigos de África

Rua Botelho de Vasconcelos lote 564, 1º piso B, Bairro do Condado,

Chelas 1950-045 Lisboa

Telf: 21 8145394 /21 8537389

E-mail: liafrica@oninet.pt



Anexo VIII

Folheto

*“Direitos na Saúde para a População oriunda dos
Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP)
em Território Nacional “*

Em caso de necessidade pode recorrer...

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Venda Nova
Rua João de Deus nº2, Venda Nova - 2700-488 Amadora
Telf: 21 4992400

Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF)
Rua Conselheiro José Silvestre de Ribeiro, nº 4 1649-007 Lisboa
Telf: 21 7115000 / 808962690

Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, I.P. (ACIDI)
Rua Álvaro Coutinho, nº 14 1150-025 Lisboa
Telf: 21 8106173

Centro Nacional de Apoio ao Imigrante de Lisboa (CNAI)
Rua Álvaro Coutinho, nº 14 1150-025 Lisboa
Telf: 21 810600

Organização Internacional para as Migrações (OIM)
Rua José Estevão, nº137, 8º 1150-201 Lisboa
Telf: 21 3242940

Linha SOS Imigrante: 808257257 / 21 8106191

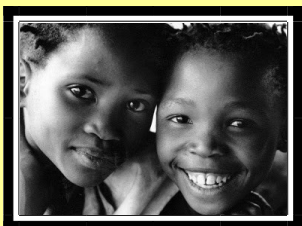
Linha Saúde 24: 808242424



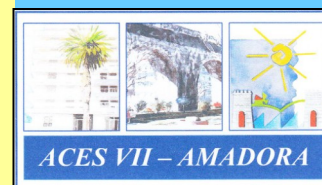
Direitos na Saúde para a População oriunda dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) em Território Nacional

Elaborado por: **Enf.ª Anabela Namora**

Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria



**Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil da
Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
da Venda Nova**
Rua João de Deus nº2, Venda Nova
2700-488 Amadora
Telf: 21 4992123



UCSP Venda Nova

Este folheto contém informação útil para si que se encontra em Portugal para tratamento e é oriundo de um dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

Ao abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde, prevêm-se responsabilidades para **Portugal** e para os **Governos** de cada um dos países:

a) Por parte de Portugal:

- assistência médica hospitalar (internamento, semi-internamento e ambulatório);
- meios complementares de diagnóstico e terapêutica quando efectuados em estabelecimentos hospitalares oficiais ou suas dependências;
- transporte em ambulância do aeroporto ao hospital quando clinicamente exigido.

b) Por parte do País Africano:

- transporte de vinda e regresso ao país de origem;
- deslocação do aeroporto ao local de destino;
- alojamento a doentes não internados ou em regime de semi-internamento e ambulatório;
- alojamento após o tratamento ter sido dado como concluído pelas competentes autoridades hospitalares;
- medicamentos e produtos farmacêuticos prescritos em ambulatório;
- funeral ou repatriamento do corpo em caso de morte;
- próteses.

Qualquer cidadão tem o direito à saúde e o dever de a proteger.

A Constituição da República Portuguesa estabelece que todos os cidadãos - mesmo estrangeiros - têm direito à prestação de cuidados globais de saúde, no Centro de Saúde ou Hospital, independentemente das suas condições económicas, sociais e culturais (direito regulado no **Despacho n.º 25 360/2001**), necessitando para tal de um Cartão de Utente.

O seu visto de estada temporário destina-se a tratamento médico em estabelecimentos oficiais de saúde, sendo válido por um período inicial de 3 meses, sendo possível a sua renovação, caso a situação clínica o justifique.

A renovação é efectuada no Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF).

Encontra-se em Portugal ao abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde? Conheça os seus Direitos e Deveres

Onde pode obter o cartão de utente?

Pode dirigir-se ao Centro de Saúde da área em que reside ou à Loja do Cidadão mais próxima.

Quais os documentos necessários para obter o Cartão de Utente?

- Atestado de Residência (emitido pela Junta de Freguesia, desde que se encontre em Portugal há mais de 90 dias);
- Documento de identificação (Passaporte).

Que serviços tem de pagar?

Os cuidados de saúde são tendencialmente gratuitos, tendo em conta as condições económicas e sociais dos utentes. Por cada consulta ou cuidado prestado, o utente deve pagar uma importância, chamada Taxa Moderadora de acordo com as taxas em vigor.

Estão isentos desta taxa:

- as crianças até aos 12 anos de idade, inclusive;
- jovens em consulta no Centro de Atendimento a Adolescentes, nas áreas de vigilância de saúde e de saúde sexual e reprodutiva;
- mulheres grávidas e no puerpério (período de 8 semanas após o parto);
- mulheres em consulta de planeamento familiar;
- desempregados inscritos nos Centros de Emprego e seus dependentes;
- beneficiários de subsídios oficiais atribuídos por razões de carência económica;
- pessoas com doenças crónicas legalmente definidas e comprovadas por declaração médica.



-Circular normativa nº4 de 16/04/2004 (Normas gerais de encaminhamento e assistência a doentes oriundos dos PALOP ao abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde)

-Despacho nº 25360/2001. D.R. II Série, 286 de 12 de Dezembro de 2001. 20597-ss

- sites: <http://www.acidi.gov.pt/> e <http://www.dgs.pt/> consultados em 5 de Maio de 2010, às 21 horas.

Na cazu di necessidadi bu podi recorri...

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Venda Nova

Rua João de Deus nº2, Venda Nova - 2700-488 Amadora

Telf: 21 4992400

Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF)

Rua Conselheiro José Silvestre de Ribeiro, nº 4 1649-007 Lisboa

Telf: 21 7115000 / 808962690

Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, I.P. (ACIDI)

Rua Álvaro Coutinho, nº 14 1150-025 Lisboa

Telf: 21 8106173

Centro Nacional de Apoio ao Imigrante de Lisboa (CNAI)

Rua Álvaro Coutinho, nº 14 1150-025 Lisboa

Telf: 21 810600

Organização Internacional para as Migrações (OIM)

Rua José Estevão, nº137, 8º 1150-201 Lisboa

Telf: 21 3242940

Linha SOS Imigrante: 808257257 / 21 8106191

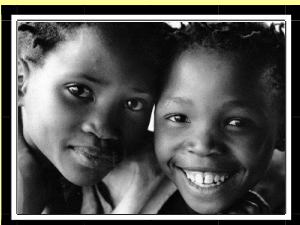
Linha Saúde 24: 808242424

Direituz na Saúdi pa Populaçon ki ben di País Africanos ki ta Pâpia Portugués (PALOP) na território Nacional



Elaborado por: **Enf.ª Anabela Namora**

Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

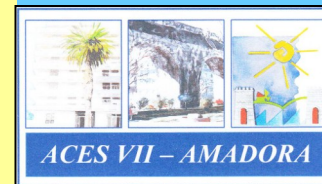


Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Venda Nova

Rua João de Deus nº2, Venda Nova

2700-488 Amadora

Telf: 21 4992123



UCSP Venda Nova

Éz papel li ten tchéu informaçon importanti pa bô ki sta li na Portugal pa tratamentu i bô ki ben di país d´Africa di Lingua Oficial Português

Na acorduz fêtu di Cooperaçon na parti di Saúdi, ta dexa claru, responsabilidadi di Portugal i Governantiz di cada país:

A) Pa parti di Portugal:

- Assintênciã médica hospitalar (internamentu, semi-internamentu i pa ôtu lugariz);
- Condiçõs pa diagnóstica i terapêutica ora ki é fêtu na hospital oficial ó na ôtu lugariz;
- Transporti na ambulância di aeroportu pa hospital si cazu for preciso clinicamenti.

B) Pa parti di País Africanos:

- Transporti di bem ku bai pa país di origen;
- Declaraçon di aeroporto ó lugar undi ki bu sta bai fica;
- Alojamentu pa doentiz ki ka ta internadu, ó pa kéz ki ta fica na regimi di semi-internamentu i pa ôtu lugariz;
- Alojamentu dipóz ki bu kába di fazi tudu tratamentu, dipóz ki autoridadi competenti di parti di hospital da baixa;
- Medicamentuz i produtuz di farmácia;
- Funeral ó transporta corpo pa país di origen na cazu di mortu;
- Próteses.

Tudu alguén tem direitu à saúdi i també tem diveriz pa protegi.

Constituiçon di República di Portugal ta flá ma tudu alguén mesmu strangéruz – tem direitu à recebi i dá cuidados geral di saúdi, na centro di Saúdi ó na Hospital, independenti di sé condiçon económico, social e cultural (direito regulado na despacho nº 25 360/2001), pa funciona dretu, alguen ten ki ta tem um carton di utenti.

Bu visto di estada temporário é destinadu a tratamentu médico na stabelecimentu oficial di saúdi, é tem si validadi nun periodu di 3 méz, també é possível si renovaçon, si na caso situaçon clínico justifica.

Renovaçon di visto ta fazedu na SEF (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras)

Na Portugal ta respetadu acordos di Cooperaçon na area di Saúdi? Conchi buz Direituz i Diveriz

Undi ki bu podi ten um carton di utenti?

Bu podi bai na Centro di Saúdi di zona undi bu ta mora ó na loja di Cidadon mas pertu.

Ki documentuz ki ta mestedu pa fazi carton di utenti?

- Atestadu di Residência (emitidu pa Junta di Freguesia, desdi ki bu sta li na Portugal máz ki 90 día);
- Documentu di identificaçon (Passaporti)

Ki serviços ki tem ki paga?

Cuidados di saúdi ten tendênciã di ser di graça, ta lebadu en conta condiçõs económicos i social di utentiz. Pa cada consulta ó cuidadu di serbiço ki prestadu, utentiz debi paga un valor en dinheru ki ta tchomadu di taxa moderadora di acordu ku taxas actual.



Ki ta fica isentu d´ez taxa:

- Ta inclui crianças ti 12 anuz di idadi;
- Jovens ta consulta na Centro di Atendimento pa Adolescentiz, na áreas di vigilância di saúdi i di saúdi sexual i reprodutiva;
- Mudjeriz gravidaz i també mudjeriz ki sta ku 8 semanaz dipoz di parto;
- Mudjeriz ki sta na consulta di planeamentu familiar;
- Dizempregaduz ki sta inscitu na Centruz di Empregu i ku alguen ki ta dependi d´ez;
- Alguen ki ta beneficia di subsidiuz oficial ki ta dadu pa razon di carência económico;
- Alguen ku doenças crónico ki didetatu i comprovadu pa declaraçon di médicos.

-Circular normativa nº4 de 16/04/2004 (Normas gerais de encaminhamento e assistência a doentes oriundos dos PALOP ao abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde)

-Despacho nº 25360/2001. D.R. II Série, 286 de 12 de Dezembro de 2001. 20597-ss

- sites: <http://www.acidi.gov.pt/> e <http://www.dgs.pt/> consultados em 5 de Maio de 2010, às 21 horas.

Anexo IX

Poster

“Sucesso na Amamentação: Afinal não é só instinto!”



UCSP Venda Nova

SUCESSO NA AMAMENTAÇÃO... AFINAL NÃO É SÓ INSTINTO!

A amamentação não é um comportamento totalmente instintivo...
A mãe pode utilizar diversas posições que facilitam a amamentação do bebé.
O bebé, por sua vez, tem de aprender a pegar na mama.

São possíveis várias posições para amamentar o bebé:



Fig. 1- Posição de embalar: pode ser usada em qualquer sítio.

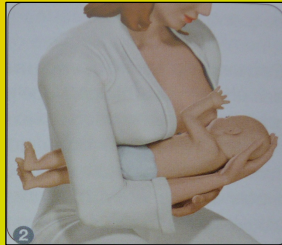


Fig. 2- Posição de embalar cruzada: indicada para bebés muito pequenos.



Fig. 3- Posição com apoio em bola de rãquebi: ideal para ensinar a mamar.



Fig. 4- Amamentação deitada: muito conveniente à noite.

A mãe pode variar entre as diferentes posições nas diversas mamadas.

A Boa Pega...

- ❖ É importante a mãe e o bebé estarem confortáveis, permitindo que o bebé agarre a mama correctamente.
- ❖ O bebé deve estar virado de frente para a mãe.

Sinais de uma boa pega:

- ❖ A boca do bebé está muito aberta e ele tem uma grande porção da mama dentro da boca;
- ❖ O queixo está a tocar na mama.



Fig. 6- Boa pega

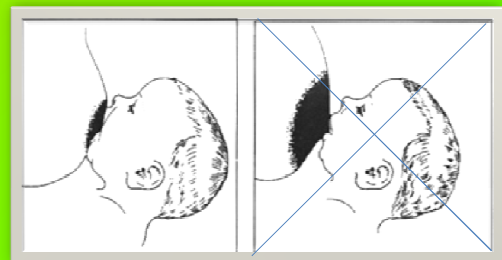


Fig. 5- Adaptação entre mãe e bebé (pega)

Adaptado da OMS/UNICEF

O posicionamento e a boa pega são fundamentais para o sucesso na amamentação...
Sempre que necessitar, esclareça as suas dúvidas com a enfermeira.



NAMORA, Anabela – aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na área de Especialização em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria

Referências Bibliográficas

BOTH, Denise et al – Amamentação. Suíça: Medela AG, 2007. 50p.
 SARAIVA, Helena – Aleitamento Materno: Promoção e Manutenção. 1ª Edição. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda. 2010. 223p. ISBN 978-972-757-659-3.
 A Posição [Consultado em 9-05-2010 às 17h] Disponível em WWW:<URL:http://www.leitematerno.org/posicao.htm
 Manual de Aleitamento Materno [Consultado em 17-05-2010 às 19h] Disponível em WWW:<URL:http://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento.pdf

Anexo X

Folheto

“Administração de Leite Materno por Copo”

Vantagens em relação ao biberão

- Actividade muscular semelhante à das crianças que se alimentam ao seio materno;
- Maior hipótese de manter o aleitamento materno exclusivo;
- Previne a confusão entre o mamilo da mãe e a tetina;
- Reduz o risco de aspiração e de apneia;
- Diminui os episódios de cólicas e regurgitação;
- Proporciona ao bebé experiências sensoriais como: paladar, textura, cheiro do leite materno;
- Diminui o risco de infecções (ex: Gastroenterites, Otites)

O aleitamento por copo é o método alternativo mais eficaz, a ser aplicado aos bebés que não possam ser alimentados directamente na mama...

Experimente...

Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil da

Unidade de Cuidados de Saúde

Personalizados da Venda Nova

Rua João de Deus nº2, Venda Nova

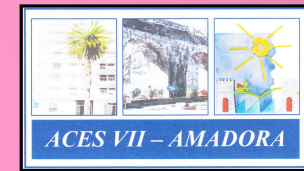
2700-488 Amadora

Telf: 21 4992123

Elaborado por: **Enf.ª Anabela Namora**

Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

OLIVEIRA, Maria Helena; PEDRO, Ana Patrícia – **Administração de Leite Materno por Copo**. Lisboa: Revista Nursing. ISSN 0871-6196. N.º 239 (Novembro 2008). p. 8-12.
SARAIVA, Helena – **Aleitamento Materno: Promoção e Manutenção**. 1ª Edição. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda. 2010. 223p. ISBN 978-972-757-659-3.



UCSP VENDA NOVA

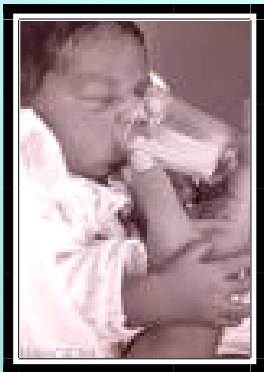
**Administração
de Leite
materno por
copo**



**Consulta de
enfermagem de
saúde infantil**

Definição

A administração de leite materno por copo ao bebé, é um meio alternativo e temporário de administrar o leite, quando a mãe não pode ou se ausenta por um período superior ao da alimentação do bebé.



Técnica da administração de leite materno por copo

- Antes da alimentação, lavar bem as mãos;
- O bebé deve estar bem acordado;
- Envolver o bebé numa mantinha ou lençol, de forma que ele não derrame o leite com os braços;
- Mantenha o bebé ao colo, o mais erguido possível;
- Use um pequeno copo de plástico flexível, com borda macia e transparente;
- Deite o leite materno no copo até cerca de metade da sua capacidade;



- Coloque a borda do copo nos cantos do lábio superior e pouse com suavidade no lábio inferior, com a língua dentro do copo;

Técnica da administração de leite materno por copo

- Incline o copo para que o leite apenas toque nos lábios do bebé, mantendo-o nesta posição mesmo quando a criança descansa;
- Deixe que o bebé lamba o leite com movimentos da língua e dos lábios;
- Dê tempo ao bebé para engolir o leite, deixando-o estabelecer o seu próprio ritmo de amamentação;
- Evite o extravasamento do leite;
- No final da alimentação, coloque o bebé a erupar.



Anexo XI

Reflexão Crítica

“Saúde da criança/ família oriunda de Cabo Verde: Uma situação de risco...”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Mestrado de Enfermagem de Natureza Profissional
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

Reflexão Crítica

*Saúde da criança/ família oriunda
de Cabo Verde:
Uma situação de risco...*

Autora:

Anabela Namora

Aluna nº 192009030

Orientado por:

Prof. Lília Vara

Lisboa, Maio de 2010

SIGLAS

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

CPCJ- Comissão de Protecção de Crianças e Jovem

IC- Intervenção na Comunidade

NACJR- Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

A reflexão que seleccionei para esta semana é considerada por mim como uma reflexão muito pessoal, uma vez que envolve diversos sentimentos experienciados, sendo esta uma situação que acompanho desde o meu primeiro dia de estágio na UCSP da Venda Nova.

Gostaria de referir que com a realização desta reflexão não é meu objectivo a resolução desta situação, uma vez que é muito complexa, mas tentar perceber que elementos subjacentes se encontram envolvidos e o papel da equipa na resolução da mesma, por essa razão, optei por à medida que for apresentando o caso, explorar um pouco a vertente teórica que se encontra subjacente, o que na minha opinião, me ajudará a compreender melhor toda a envolvência.

É uma situação que envolve uma família oriunda de Cabo Verde, residente no Bairro 6 de Maio e à qual, frequentemente, as enfermeiras da Intervenção na Comunidade da UCSP da Venda Nova, efectuam visitaçã domiciliária, acompanhando a saúde das crianças e respectiva família.

Esta família é constituída por a Sr^a. MJ de 37 anos, um companheiro com mais ou menos a mesma idade que a Sr^a. MJ e 8 filhos (3 de um companheiro anterior da Sr^a. MJ e 5 do actual companheiro). Os filhos apresentam idades compreendidas entre os 18 meses e os 15 anos. Na habitação residem ainda dois irmãos da Sr^a. MJ e a companheira de um destes irmãos. A habitação pertence ao pai da Sr^a. MJ que se encontra emigrado em França. A habitação apresenta condições precárias de higiene e salubridade.

A problemática envolvente desta família, relaciona-se com a falta de afectos da mãe para com os seus 8 filhos, diagnóstico efectuado pela psicóloga da UCSP da Venda Nova, verificando-se após várias avaliações, que não existe negligência ao nível dos cuidados de saúde, visto a mãe comparecer a todas as consultas de saúde infantil marcadas para os seus filhos, o esquema de vacinação das crianças se encontrar actualizado, as crianças apresentam-se com higiene cuidada, bom estado nutricional, no entanto, evidencia-se uma lacuna na área dos afectos que influencia decisivamente o processo de vinculação desta família e ainda, por diversas vezes, se verificar o uso de violência física e verbal (maus tratos) para com as crianças. De ressaltar que também a Sr^a. MJ foi vítima de maus tratos por parte do seu pai, sendo este considerado como uma pessoa muito agressiva, o que vai de encontro a diversos estudos efectuados que defendem que este tipo de comportamentos tendem a perpetuar-se, “as crianças e jovens

maltratados correm o risco de no futuro se tornarem jovens e pais violentos ou de sofrerem violência e maus tratos (...)” (Ramos, 2004:67)

Esta foi uma situação detectada por um parceiro da comunidade, já decorrendo o processo há alguns anos, sendo a equipa da enfermagem de Intervenção na Comunidade chamada a intervir e a colaborar. Este é um aspecto importante a salientar particularmente para a saúde. Cabe ao enfermeiro especialista em SIP actuar consoante as competências que lhe são exigidas e de acordo com o preconizado com o novo Modelo de Desenvolvimento Profissional (2009,21), em que “Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem, e Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico, identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco), sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção e assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus tratos. Por outro lado, de acordo com o Ministério da Saúde e a Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco, emergiu a directiva conjunta sobre a designação e atribuições dos representantes da Saúde na CPCJ, ou seja, “no primeiro nível de intervenção, cabe também à Saúde a aplicação de mecanismos de prevenção da ocorrência de maus tratos, da detecção precoce das situações de risco e de perigo, do acompanhamento e prestação de cuidados e da sinalização e/ou encaminhamento de casos para outros serviços, de acordo com o principio da subsidiariedade e no âmbito da complementaridade e articulação funcional” (Ministério da Saúde, 2009). Sendo assim, começa agora a ser criada a nível dos ACES/Centros de Saúde, uma rede estruturada e organizada para a criação ou reorganização dos Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), a qual apresenta uma equipa interdisciplinar, dentro dos referidos núcleos que dá resposta diferenciada aos maus tratos, num contexto de trabalho concertado e equipa multidisciplinar (Ministério da Saúde, 2009), sendo assim, “em cada ACES deve existir, pelo menos, um NACJR inserido na Unidade funcional considerada mais adequada pela respectiva organização de acordo com os normativos aplicáveis. Sempre que as características sócio demográficas, ou outras, o exijam, poderá haver lugar à criação de mais núcleos no mesmo ACES (...) mantendo-se (...) o objectivo de assegurar a existência de um NACJR em cada Centro de Saúde, agora

tendo por horizonte temporal o final do ano de 2010” (DGS, 2009), o que já se verifica no ACES VII.

Com a breve exposição que apresentei anteriormente, e uma vez que está intimamente relacionada com esta reflexão, optei por aprofundar alguns aspectos relacionados com a responsabilidade que a área da Saúde tem neste tipo de situações, bem como o papel do NACJR e da CPCJ, como intervenientes no âmbito comunitário.

Mas direccionemo-nos agora, mais especificamente, para a continuação da apresentação do referido caso...

Numa fase posterior, foi efectuado o encaminhamento do caso para a Assistente Social também para a Psicóloga, que após avaliação, diagnosticou à Sr^a. MJ, uma psicose, sendo considerada como uma “mãe máquina, que promove inúmeros cuidados (higiene, alimentação, alfabetização, saúde, etc), mas com falta de afecto para com os seus filhos”. Também foi tentado equilibrar a situação através do pai das crianças, o que não se revelou frutífero.

Após intenso trabalho, sempre na perspectiva de proporcionar factores protectores às crianças envolvidas, por diversos parceiros da comunidade (equipa de enfermagem da IC, psicóloga da UCSP da Venda Nova, Assistente Social da Escola onde estudam algumas das crianças, Técnicos do Centro Social do Bairro 6 de Maio), e não se verificando alterações de comportamento da Sr^a. MJ e tendo já a situação sido encaminhada para a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ), vemo-nos agora perante um encaminhamento para o Tribunal, estando a Sr^a. MJ na eminência, consoante decisão do tribunal, de lhe ser retirado o poder paternal e os seus filhos, por tempo provisório, mas indeterminado, até que o seu comportamento se altere e se consigam estabelecer vínculos seguros e promotores de comportamentos de vida saudáveis. Tal como sabemos, “a vinculação, é uma ligação emocional recíproca e duradoura entre o bebé e a figura parental, em que cada um contribui para a qualidade da relação. A vinculação tem um valor adaptativo para o bebé, assegurando-lhe que as suas necessidades psicossociais e físicas são satisfeitas” (Papalia *et al*, 2001:245), identificando-se a existência de quatro tipos de vinculação: segura, evitante, ambivalente e desorganizada/desorientada. O que se verifica nesta situação, é que estas crianças experienciam uma vinculação do último tipo, em que apresentam comportamentos contraditórios face ao regresso da figura materna, ora saúdam efusivamente a mãe quando esta regressa mas depois afastam-se ou aproximam-se sem

olharem para ela. Por vezes aparentam estar confusos e com medo. Este é efectivamente o padrão menos seguro, que trará consequências nefastas no desenvolvimento global destas crianças, uma vez que quanto mais insegura for a vinculação da criança ao adulto que dela cuida, mais difícil parece ser para a criança, por fim, se tornar independente desse adulto, neste caso a mãe, e desenvolver boas relações com os outros (Papalia *et al*, 2001:251). De acordo com um estudo de Calkins *et al apud* Papalia *et al* (2001:252), as crianças inseguras muitas vezes apresentam problemas futuros: inibição aos 2 anos, hostilidade em relação a outras crianças por volta dos 5 anos e, dependência durante os anos escolares, no entanto, pensa-se que a correlação entre a vinculação na infância e o desenvolvimento posterior resulta não da vinculação por si só, mas também das características da personalidade que afectam quer a vinculação quer a interacção mãe - criança depois da infância [(Lamb, 1987) *apud* (Papalia, 2001:252)]. Estes aspectos levam-me a reflectir sobre: Que bloqueio existe no estabelecimento desta vinculação? Que repercussões se verificarão perante o possível afastamento da Sr^a. MJ no desenvolvimento futuro daquelas crianças?

Mas voltemos novamente ao nosso caso...

Na avaliação psicológica, que decorreu esta semana, emergiram as seguintes conclusões: a Sr^a. MJ, *não atribui culpa ao seu comportamento, mas direcciona-a para os outros e não manifesta interesse em mudar*, propondo-se em última instância uma avaliação da Psiquiatria no sentido de aferir as competências parentais.

Toda esta situação provocou em mim um turbilhão de sentimentos, sentindo a necessidade de reflectir sobre mais alguns aspectos ainda não anteriormente apresentados: o que leva a Sr^a. MJ a adoptar aquele tipo de comportamentos para com os seus filhos, mas que se preocupa com a sua saúde e bem-estar? Como encaram as crianças toda esta situação? Que noção tem a Sr^a. MJ de toda esta situação? Que influencias culturais estão subjacentes? E se a decisão do tribunal for no sentido das crianças serem retiradas ao poder da Sr^a. MJ e colocadas numa instituição? Por quanto tempo? Irão os irmãos ficar todos juntos? O que poderíamos efectuar mais para ajudar na resolução desta situação? Estas são algumas das questões com que me deparo e para as quais tenho dificuldade em encontrar resposta, pois as especificidades envolventes são inúmeras e não é somente um acto isolado que solucionará esta situação, mas sim, a soma de pequenos actos, que é o que se tem vindo a efectuar por toda a equipa que acompanha esta situação, tentando ajudar a Sr^a. MJ na mudança de comportamento e

salvaguardar os filhos do prejuízo dos comportamentos actuais, uma vez que “a criança precisa de amor e compreensão para o pleno e harmonioso desenvolvimento da sua personalidade. Na medida do possível, deverá crescer com os cuidados e sob a responsabilidade dos seus pais e, em qualquer caso, num ambiente de afecto e segurança moral e material; salvo em circunstâncias excepcionais, a criança de tenra idade não deve ser separada da sua mãe” (Princípio 6º da Declaração dos Direitos da Criança, 1959).

Direccionemos um pouco a nossa reflexão para a vertente cultural, abordando a situação ao nível da saúde mental, uma vez que “vários autores salientam um conjunto de problemáticas que surgem com mais ou menos frequência na população migrante: estados de ansiedade e depressão, psicoses delirantes (...)” (Ramos, 2004:285).

As famílias migrantes, como é o caso desta família oriunda de Cabo Verde, quando separadas do seu grupo social, cultural e familiar, muitas vezes sentem-se desenraizadas e isoladas apresentando frequentemente, dificuldades psicossociais, emocionais e adaptativas, tendo o isolamento e a pobreza das relações sociais e familiares, repercussões directas nas relações da mãe e da criança e nas respostas educativas, provocando um empobrecimento e desequilíbrio na interacção entre a mãe e criança e uma inadequação das respostas maternas às necessidades das crianças, como se evidencia, na necessidade de afectos deste caso. Deparamo-nos desta forma com uma família vulnerável e incapaz de dar às crianças um suporte psicológico, afectivo e familiar sólido, um *holding* de qualidade que elas necessitam para se desenvolverem (Ramos, 2004:286).

Podemos também ainda considerar que perante o contexto migratório, com que esta família se depara, a mãe encontra-se insegura, ansiosa e em conflito quanto aos cuidados e atitudes face aos filhos, não conseguindo aproveitar os recursos e suporte necessário para se adaptar às exigências com que se defronta. Por outro lado, as más condições sociais e de alojamento, como é o caso do Bairro 6 de Maio no qual esta família reside, e vivendo em condições de superpopulação, falta de conforto, associados a obstáculos culturais, também são factores que poderão apresentar alguma influência na saúde, apesar da “apertada” vigilância da equipa de saúde, destas crianças e família, uma vez que se encontram mais sujeitas a situações de risco e exclusão.

Pensem sobre uma situação mais *à posteriori* e imaginemos que estas crianças serão retiradas do poder paternal da Sr^a. MJ... Com certeza que surgirão diversas

problemáticas, habitualmente associadas a factores psicológicos, que são igualmente determinantes de exclusão social e cultural, verificando-se uma clivagem bastante evidente entre a cultura de origem e a do país de acolhimento, neste caso, Portugal. As crianças, perante um lar de acolhimento, por muito temporária que seja a sua permanência, e perante a dificuldade de acolher todos os irmãos, deparar-se-ão com problemas de identidade, sentimentos de desvalorização, isolamento, dificuldades psicológicas e de integração social, factores estes que vistos de uma forma isolada ou associada poder-se-ão reflectir futuramente ao nível da adaptação social e escolar, o que por vezes, poderá levar a um desinvestimento escolar, adopção de atitudes anti-sociais, violência, rejeição e tentam organizar-se dentro e fora do contexto escolar, promovendo a exclusão social e situações de grande stress e vulnerabilidade (Ramos, 2004:288). Perante esta situação, deparo-me com outra questão: estarão estas instituições sensibilizadas para a diversidade cultural? Terão estes aspectos em consideração aquando da prestação de cuidados? É fundamental que consigamos promover factores protectores a estas crianças que lhes permitam a adopção de estilos de vida saudáveis e não sejam predominantes os factores de risco que potenciam comportamentos correspondentes, tal como já referidos anteriormente, uma vez que “as experiências traumáticas na infância em idade precoce, como negligência, perda de figura parental ou de uma figura de vinculação e separações prolongadas com a figura de vinculação, são factores de risco para perturbações da personalidade, nomeadamente, ao nível da depressão, da ansiedade e da personalidade anti-social [(Liotti, 2000 *apud* Ramos, 2004:121)]. Este é um aspecto muito importante e para o qual devemos estar desportos devidos às consequências que poderão surgir no futuro, visto que “as famílias problemáticas as crianças correm mais riscos de elaborarem estratégias disfuncionais face aos acontecimentos stressantes quotidianos (estratégias centradas na emoção como o desanimo, cólera, ansiedade) e têm mais tendência do que as outras, uma vez adultas, a reagir à adversidade com os mesmos estilos de coping ineficazes e prejudiciais para a saúde” (Ramos, 2004:122). Por exemplo, para estas crianças, ao nível do domínio do ambiente social geral, seria importante a promoção de factores de protecção que favorecessem a resiliência, tais como: a qualidade das escolas, a coesão das famílias, a disponibilidade dos recursos comunitários; ao nível do domínio do ambiente percebido, os factores protectores seriam: a presença de modelos para o comportamento social ajustado e a presença de controlos elevados para o comportamento desviante e neste

sentido seria fundamental, a consciencialização da Sr^a. MJ do seu problema e a necessidade de mudança do mesmo, neste sentido, a família seria considerada um factor de protecção mas também de risco; e por último, no domínio do comportamento, os factores de protecção poderiam passar por: frequentar um culto religioso, envolverem-se em actividades académicas e extracurriculares na escola. Na prevenção e na intervenção, é importante reduzir os riscos, mas também não menos importante, é preparar a criança para lidar com a adversidade e o stress. As condições ambientais e as relações de vinculação, auto-estima e resiliência deverão ser favorecidas pela prevenção.

É importante reflectirmos um pouco que, este afastamento da Sr^a. MJ e restante família irá provocar, inevitavelmente, nas crianças, um corte com os valores culturais e familiares que as crianças tiveram até ao momento, sejam estes adequados ou não, mas que lhes confere alguma identidade individual e colectiva enquanto família e sentimento de pertença. Esta ruptura será com certeza um momento de stress e de crise familiar no qual a nossa intervenção não cessa, assumindo especial importância no acompanhamento do tratamento da Sr^a. MJ, continuação da promoção da vinculação, afectos entre a mãe-crianças, promovendo a saúde destas crianças e factores protectores, minimizando os factores de risco subjacentes, envolvendo neste trabalho não somente a equipa de enfermagem, mas toda uma vasta equipa multidisciplinar que será decisiva no sucesso desta problemática familiar.

Neste sentido, sustenho-me de Madeleine Leininger e da sua Teoria da Diversidade e Universalidade em que considero necessária a nossa intervenção ao nível cuidar culturalmente competente: repadronização/ reestruturação cultural, promovendo “acções e decisões (...) que ajudam os clientes a reordenar, alterar ou modificar grandemente os seus modos de vida para padrões de cuidados de saúde novos, diferentes e benéficos (...), fornecendo um modo de vida benéfico ou mais saudável” [Leininger *apud* Tomey e Alligood (2004:572)], residindo aqui as acções dos profissionais que são culturalmente significativas e que promovem a saúde e previnem a doença desta família, tentando que se verifique uma alteração a nível social/comportamental/afectivo da Sr^a. MJ para com os seus filhos, mas tendo sempre em consideração os aspectos culturais que envolvem a especificidade desta situação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE), Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem, Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista - Conselho de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Dezembro de 2009. 46p.

PAPALIA, Diane; OLDS, Sally; FELDMAN, Ruth – *O Mundo da Criança*. Lisboa: Editora Mc Graw-Hill de Portugal, Lda., 2001. 707p. ISBN 972-773-069-8.

RAMOS, Natália – *Psicologia Clínica e Da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta, 2004. 367p. ISBN 978-972-674-436-8.

TOMEY, Ann; ALLIGOOD, Martha – *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (modelos e teorias de enfermagem)*. 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2004. p. 563-584. ISBN 972 8383 74 6.

Electrónicas:

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2009) – *Missão para os Cuidados de saúde Primários: Esclarecimento sobre Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR)*.. Disponível em WWW:>URL: http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/article_2037/esclarecimentoascjr_mcsp.pdf [Consultado em 13 de Maio de 2010, 21h]

Direitos da Criança - *Convenção sobre os Direitos da Criança*. Disponível em WWW:>URL:http://www.apfn.com.pt/declaração_universal_dos_direitos_da_crianca.html [Consultado em 19 de Dezembro de 2009, 12h]

MINISTÉRIO DA SAÚDE; COMISSÃO NACIONAL DE PROTECÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO (2009) – *Directiva conjunta sobre a designação e atribuições dos representantes da saúde nas CPCJ*. Disponível em WWW:>URL: http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=2819&m=PDF [Consultado em 13 de Maio de 2010, 21h]

MARTINS, Maria José – *Consultas agressivas na adolescência: Factores de Risco e Protecção*. Disponível em: WWW:<URL: <httpwww.scielo.oces.mctes.ptpdfapsv23n2v23n2a05.pdf> [Consultado em 14 de Fevereiro de 2010, 21h00m]

Anexo XII

Reflexão Crítica

“Prevenção de Comportamentos de Risco na Adolescência

e a Importância do Papel Parental”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Mestrado de Enfermagem de Natureza Profissional
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

Reflexão Crítica

Prevenção de Comportamentos de Risco na Adolescência e a Importância do Papel Parental

Autora:

Anabela Namora

Aluna nº 192009030

Orientado por:

Prof. Lília Vara

Lisboa, Maio de 2010

No decorrer desta semana, em que me encontro a realizar estágio de Módulo I, no Centro de Saúde da Venda Nova, tive oportunidade de enriquecer a minha experiência profissional, visto ser um Centro de Saúde envolvido em inúmeras actividades, com diversos projectos, e que apesar da falta de recursos humanos, essencialmente de enfermagem, dá uma resposta de qualidade à população que cuida.

Um aspecto que me despertou a atenção no decorrer desta semana foi o da elevada prevalência de mães adolescentes, que recorrem à Consulta de Saúde Infantil, no sentido de efectuarem a vigilância de saúde dos seus filhos. A maioria destas mães adolescentes é de raça africana, maioritariamente, de Cabo-Verde, residente no Bairro 6 de Maio, o que vai ao encontro dos dados obtidos da caracterização da população da Venda Nova, (estudo efectuado pela Câmara Municipal da Amadora). De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística de 2001, a faixa etária dos 0-24anos de idade representa cerca de 50% da população residente no referido Bairro.

Um outro aspecto decorrente do apresentado anteriormente, diz respeito ao facto de, na maioria dos casos, o pai não co-habitar com a mãe e criança, sendo por vezes, o contacto muito distante ou praticamente inexistente e, frequentemente, a avó materna assume-se como a principal prestadora de cuidados à criança.

Reflectamos um pouco sobre estes aspectos...

De acordo com os dados fornecidos pelo Relatório do Diagnóstico Social da Freguesia da Venda Nova (p.9), nos bairros existentes nesta zona, é comum encontrarem-se diversas estruturas familiares, desde famílias monoparentais, recompostas, nucleares, entre outras. É comum, encontrarmos núcleos familiares, com vários agregados na mesma habitação, o agregado “nuclear”, os filhos que por sua vez, também já têm filhos, como é o caso do que foi descrito anteriormente.

Sendo assim, assiste-se cada vez mais a um “desvio” nas funções parentais. As mães adolescentes, frequentemente, não possuem autonomia e maturidade para assumirem a educação dos filhos, contando muitas vezes com o apoio das suas mães ou outros familiares que os acolhem. Contam ainda, com algum apoio institucional, mas que se revela insuficiente para suprir todas as carências.

Perante este cenário e pensando nas competências enquanto futura enfermeira especialista, torna-se fulcral apostar na prevenção da actividade sexual precoce e gravidez na adolescência.

Sabemos que a saúde não depende exclusivamente da prestação de cuidados, e é determinante a influência que o ambiente social, biofísico e ecológico têm, e também não menos importante, os valores e crenças respeitantes a cada cultura.

Para abordar esta temática, penso que numa primeira fase, é fundamental efectuar uma breve revisão bibliográfica sobre os factores de risco e protecção, encontrando-se sempre subjacentes as questões culturais.

Utilizemo-nos do modelo de Jessor (1992), que nos permite ter uma ideia simples e concisa de quais os factores protectores, que nos ajudam a direccionar a nossa actuação, consoante os factores de risco com que os adolescentes se deparam.

Jessor (1992) *apud* Martins (2005), propõe um modelo conceptual, que incorpora aspectos relativos, quer ao indivíduo, quer ao contexto social em que este se insere, e sugere que se considerem factores de risco e factores de protecção em ambos os aspectos (indivíduo e ambiente social). Conceptualiza o risco como um resultado do balanço entre os vários factores de risco e de protecção, inerentes ao indivíduo e ao contexto social em que este se insere.

As condutas de risco em que os adolescentes se envolvem são inúmeras, mas para esta reflexão destacamos as relações sexuais precoces sem protecção e a gravidez precoce.

Relativamente aos antecedentes e determinantes psicossociais que podem aumentar a probabilidade do adolescente incorrer em condutas de risco, Jessor (1992) conceptualiza cinco domínios: aspectos biológicos e genéticos, ambiente social (geral), ambiente social percebido (próximo), personalidade e comportamento. Assim, relativamente aos 5 domínios o autor considera a presença, ou ausência, de factores de risco e de factores de protecção.

No domínio genético/biológico, história de alcoolismo e toxicoddependência por parte dos pais é um factor de risco; por outro lado, um nível elevado de inteligência é um factor de protecção.

No domínio do ambiente social geral, são factores de risco: a pobreza extrema e a desigualdade de oportunidades relacionadas com a raça ou etnia; serão factores de protecção: a qualidade das escolas, a coesão das famílias, a disponibilidade dos recursos comunitários e a disponibilidade de adultos interessados nos problemas dos púberes.

No domínio do ambiente percebido, são factores de risco: a presença de modelos para o comportamento desviante (pais, amigos, colegas, vizinhos) e os conflitos entre pais e filhos; serão factores protectores neste domínio: a presença de modelos para o

comportamento social ajustado e a presença de controlos elevados para o comportamento desviante.

No domínio da personalidade, constituem factores de risco: a percepção de fracas oportunidades de vida, propensão para assumir o risco; constituem factores de protecção: a valorização do sucesso escolar e da saúde e a intolerância face ao desvio.

Por último, no domínio do comportamento, são factores de risco: o consumo de álcool e o fraco desempenho escolar; serão factores de protecção: frequentar um culto religioso, envolver-se em actividades académicas e extracurriculares na escola.

Os factores de protecção atenuariam e contrabalançariam o efeito dos factores de risco, permitindo assim explicar muitas situações em que os adolescentes em situação de aparente alto risco não incorrem nas condutas de risco.

Em síntese, os factores de risco e de protecção a considerar nos contextos próximos remetem para: aspectos inerentes à família (natureza dos vínculos familiares e da educação parental); situações relacionadas com a escola e a comunidade (organização escolar; métodos pedagógicos; clima social e actividades extracurriculares); e, ainda, aspectos referentes aos companheiros e amigos (características dos mesmos e natureza dos vínculos estabelecidos com eles). Quanto aos factores de risco e de protecção inerentes ao indivíduo, destacam-se as características de personalidade e as opções referentes ao estilo de vida.

Em suma, o modelo de Jessor (1992) ao equacionar factores de risco e de protecção inerentes ao indivíduo e ao seu ambiente, ou contextos próximos, contribuirá, eventualmente, para melhor compreender, prever e prevenir a emergência de condutas agressivas entre adolescentes, através do balanceamento dos vários factores de risco e protecção identificados no indivíduo e nos contextos sociais em que este está inserido e, neste sentido a enfermeira assume um papel de especial destaque, ao munir-se destes dados e trabalhar com eles de forma a promover comportamentos saudáveis.

Um estudo realizado na Universidade Nova de Lisboa (2007) demonstra que os adolescentes oriundos dos PALOP envolvem-se mais em comportamentos de risco, nomeadamente: violência, consomem mais tabaco, haxixe e álcool e têm comportamentos sexuais com maior risco para a saúde do que os adolescentes portugueses.

De acordo com o estudo, estes adolescentes em particular, têm menos actividades de ocupação de tempos livres, hábitos alimentares menos saudáveis e faltam mais à escola.

Estes jovens expressam maiores dificuldades de comunicação e, habitualmente não residem com o pai ou mãe. Este é um aspecto interessante, uma vez que, tal como vivenciei no decorrer desta semana, também nos casos específicos das mães adolescentes, residentes no Bairro 6 de Maio, também os seus filhos se encontram a passar pela mesma situação, já anteriormente vivenciada pela mãe, tal como demonstra o estudo. Neste sentido e também de acordo com o estudo, surge o papel da avó, com especial importância, funcionando como um factor protector para os comportamentos de risco dos adolescentes. Note-se que, tal como referi previamente, muitas vezes as crianças ficam aos cuidados da avó materna, o que nos leva a reflectir sobre a importância que este aspecto terá no desenvolvimento futuro dos seus netos.

Sabemos que pertencer a uma minoria étnica e ter um estatuto socioeconómico baixo, como é o caso desta população específica, são factores associados a comportamentos de risco. Estes factores contribuem muito para a exclusão social, discriminação, estigmatização e solidificação dos problemas sociais inerentes, fenómenos esses que podem ser atenuados, segundo o estudo revelado, com a promoção de competências pessoais e sociais, entajuda e papel activos dos jovens.

Então, por onde poderá passar a nossa intervenção?

Para estes jovens, a avó funciona como um factor protector e cabe aos profissionais de saúde, reconhecer o seu papel na promoção da saúde dos mesmos.

Nesta situação, o conceito de prevenção primária deverá ser a forma mais adequada de lidar com o problema. Os comportamentos de risco não têm apenas custos, eles são percebidos pelos jovens como tendo benefícios e permitem-lhes completar várias funções psicológicas, no entanto, é imprescindível que o profissional de saúde equilibre os factores de risco e os protectores de forma que o resultado final seja um adolescente saudável.

Relativamente à actividade sexual precoce e gravidez na adolescência, as raparigas pertencentes a famílias com baixos rendimentos e aquelas com baixos níveis de realização na escola, com é o caso destas adolescentes africanas, têm mais probabilidade de engravidar do que aquelas que têm mais recursos económicos ou com elevada realização escolar. Devido á fábula pessoal, o ensino sobre a utilização e eficácia dos contraceptivos ajuda, mas é poucas vezes eficaz na prevenção da gravidez. Tem sido considerado mais vantajoso proporcionar oportunidades de aprendizagem de técnicas e

modelos de comunicação para a abstinência e prevenção da gravidez na adolescência, do que a informação acerca dos métodos de controlo da natalidade.

É essencial ajudar as mães solteiras a adaptarem-se à parentalidade: uma adolescente grávida encontra-se particularmente susceptível a perturbações emocionais, podendo surgir sentimentos de conflito durante esta fase. As adolescentes têm de ter um papel activo durante a gravidez e devem ser encorajadas a identificar pessoas que as podem ajudar, habitualmente as suas mães.

A nossa intervenção poderá dirigir-se para os 3 níveis:

- Prevenção primária – por meio da educação sexual dos jovens. Muitos jovens não estão devidamente informados sobre contraceção, gravidez e Doenças Sexualmente Transmissíveis.
- Prevenção secundária – proporcionar à grávida os adequados e adaptados cuidados pré-natais e diligenciando o prosseguimento da escolaridade.
- Prevenção terciária – apoio multidisciplinar à jovem mãe tendo em conta as suas diferenças sócio-económicas e culturais.

Em suma, “a manutenção e a promoção da saúde de todas as crianças é, pois, um imperativo para os profissionais e para os serviços” (DGS, 2005:5).

No entanto, até ao momento, centrei esta reflexão, na prevenção de comportamentos de risco por parte do adolescente, nomeadamente, na actividade sexual precoce e na gravidez na adolescência, factores de risco e protecção e por onde passaria a nossa actuação. Seguidamente, importa avançar na temática e reflectir no facto de estas adolescentes já serem mães, com crianças saudáveis, mas com a ausência do pai, que não co-habita com a mãe e com a criança, onde se pode concluir, que a imagem do pai surge assim de certa forma alterada e influenciando decisivamente o processo de vinculação.

O sentimento de pertença a uma família, a uma comunidade ou cultura, fornece um sentimento de segurança que a criança necessita de obter para se desenvolver saudavelmente. Desde o nascimento, é a família, e muito em particular a mãe e o pai, que fornecem ao seu filho, apoio, conforto, protecção e segurança emocional indispensáveis à saúde da criança. O pai, anteriormente, “chefe de família” que funcionava como figura “repressiva”, dá, actualmente e nesta situação em particular, lugar a uma ausência da figura parental, delegando para a mãe este papel. A

contribuição e participação na educação do filho, principalmente, entre pais adolescentes, é em alguns casos, nula ou insuficiente.

Sabemos que a simples satisfação de necessidades físicas e alimentares não se revela suficiente para que a criança cresça e se desenvolva de forma harmoniosa. A criança necessita de uma relação próxima e estável com um adulto afectuoso, de ser encontrada envolvida num ambiente estimulante, gratificante e disponível. “É a necessidade e satisfação primária do contacto e do afecto, é a segurança encontrada nos braços da mãe, do pai (...), que permitem à criança construir-se psiquicamente, autonomizar-se e desenvolver-se saudavelmente” (Ramos, 2004:163). A vinculação, apesar de frequentemente considerarmos que se estabelece mais fortemente com a mãe, não assenta somente sobre esta figura exclusiva, sendo que as relações podem fazer-se com várias pessoas do seio da família (Ramos, 2004:164). O pai é uma figura de vinculação importante para a criança, desempenhando e conciliando de forma competente os cuidados básicos, as exigências do envolvimento precoce e afectivo e as competências de incitam a criança ao desenvolvimento da sua autonomia, segurança e socialização. Por esta razão consideramos que sem o enquadramento parental adequado e a falta de referências que acompanham desde muito cedo o crescimento das crianças, estas começam na maior parte dos casos a manifestarem-se situações de desinteresse escolar e, como consequência, quando as mesmas chegam à idade da adolescência, o agrupamento de adolescentes nas mesmas circunstâncias faz com que adoptem comportamentos desviantes. Sendo assim, podemos concluir que este aspecto é cíclico, e funciona como uma “bola de neve”, perpetuando-se os comportamentos dos pais nos filhos, sendo que “um dos riscos básicos para a criança é o estabelecimento de vinculações inseguras, vinculações negativas, insuficientes ao nível qualitativo e quantitativo entre a criança e os pais (...)” (Ramos, 2004:163) e “investigações sobre o tipo de vinculação sublinham que os indivíduos com padrões inseguros de vinculação têm mais probabilidade de serem vítimas de maus tratos ou, pelo contrário serem abusadores na vida adulta com pessoas significativas” (Wekerle, 1998 *apud* Ramos, 2004:164). É fundamental, como futura enfermeira especialista, estar desperta e contribuir para a quebra deste ciclo, “assistindo a criança /jovem com a família, na maximização da sua saúde, implementando e gerindo, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança / jovem,” (Ordem dos Enfermeiros, 2009:22) e ainda “prestando cuidados

específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, promovendo o crescimento e o desenvolvimento infantil e (...) a auto-estima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2009:23), acima de tudo, promovendo comportamentos e estilos de vida saudáveis. Neste sentido, assume-se como imediato, “o apoio às crianças com necessidades especiais, em situação de risco ou especialmente vulneráveis, a redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde e o reconhecimento dos pais como primeiros prestadores de cuidados são aspectos prioritários. O aumento do nível de conhecimentos e de motivação das famílias, a par da redução do analfabetismo e da melhoria das condições de vida, favorecem o desenvolvimento da função parental e tornam possível que os pais e a família assumam, como direito e dever, competindo aos profissionais facilitá-la e promovê-la” (DGS, 2005:5).

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

Termino esta reflexão com a convicção de que é necessário actuar nos diversos factores de risco, na promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, tendo sempre em conta as especificidades de cada um e a família no seu conjunto, indo ao encontro das reais necessidades destes adolescentes, que por vezes se vêem “obrigados” a crescer sem atingirem maturidade para tal, ou então, perante tal situação, adoptam comportamentos de fuga e distanciamento, que dificultam o desenvolvimento harmonioso e saudável dos seus descendentes.

A enfermagem apresenta um papel fundamental e no Centro de Saúde da Venda Nova, estes são aspectos para os quais a equipa de enfermagem já se encontra bastante desperta, trabalhando-os no dia-a-dia e rumando ao encontro das necessidades desta população específica, evidenciando-se uma relação profissional muito estreita entre os utentes e a referida equipa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - *Saúde Infantil e Juvenil: Programa-tipo de Actuação*. Lisboa: Editora Direcção Geral de Saúde, 2005. 50p. ISBN 972-675-084-9, ISSN 0871-2786.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE), Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem, Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista - Conselho de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Dezembro de 2009. 46p.

PAPALIA, Diane; OLDS, Sally; FELDMAN, Ruth – *O Mundo da Criança*. Lisboa: Editora Mc Graw-Hill de Portugal, Lda., 2001. 707p. ISBN 972-773-069-8.

RAMOS, Natália – *Psicologia Clínica e Da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta, 2004. 367p. ISBN 978-972-674-436-8.

Electrónicas:

Amadora XXI- Território e População. Disponível em WWW:>URL:
http://www.cm-amadora.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=34538 [Consultado em 1 de Maio de 2010, 11horas]

Comissão Social da Freguesia da Venda Nova - Diagnóstico Social da Freguesia da Venda Nova. Disponível em WWW:>URL:
<http://www.cm-amadora.pt/files/2/documentos/20070719182240401218.pdf>
[Consultado em 1 de Maio de 2010, 17h]

GASPAR, Tânia; MATOS, Margarida G. - *Comportamentos de Saúde de Adolescentes Migrantes e o Efeito Protector da Relação com os Avós*. Disponível em WWW:>URL:

http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:PLqYUc3vnssJ:ine-lnx01.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp%3Flook_parentBoui%3D6966615%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy+comportamentos+de+sa%C3%BAde+de+adolescentes+migrantes+eo+efeito+protector+com+as+av%C3%B3s&hl=pt-PT&gl=pt&pid=bl&srcid=ADGEESiHpD9KzvWNsJVyvsle4MWWtYGifSArKXtj6592TjGZXkM3QKw0_LLtGHY1B0HYLBFEI3tYXPwLojx0s69KruJLy_ZH3gKK924Ll1ddUMV3JymEppa1czchOexpEwW7JqB50F68&sig=AHIEtbS0IV3rOF9R-408YWRxWvX37dBtYw [Consultado em 2 de Maio de 2010, 17h]

MARTINS, Maria José – *Consultas agressivas na adolescência: Factores de Risco e Protecção*. Disponível em: WWW:<URL:
<httpwww.scielo.oces.mctes.ptpdfapsv23n2v23n2a05.pdf> [Consultado em 14 de Fevereiro de 2010, 21h00m]

Revista de Estudos Demográficos do INE - *Jovens dos PALOP mais problemáticos*. Disponível em WWW:>URL:
<http://diario.iol.pt/noticias/palop-violencia-jovens-comportamentos-risco/850914-291.html> [Consultado em 2 de Maio de 2010, 11 horas].

Anexo XIII

Reflexão Crítica

“Reunião de estudos de caso: Uma peça-chave...”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Mestrado de Enfermagem de Natureza Profissional
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

Reflexão Crítica

***Reunião de estudos de caso:
Uma peça-chave...***

Autora:

Anabela Namora

Aluna nº 192009030

Orientado por:

Prof. Lília Vara

Lisboa, Maio de 2010

SIGLAS

CPCJ- Comissão de Protecção de Crianças e Jovem

IAC- Instituto de Apoio à Criança

IC- Intervenção Comunitária

IVG- Interrupção Voluntária da Gravidez

PALOP- Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

OMEP- Organização Mundial para a Educação Pré-escolar

OMS- Organização Mundial de Saúde

PSP- Polícia de Segurança

SIP- Saúde Infantil e Pediatria

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ABREVIATURAS

Enf.^a - Enfermeira

A reflexão que me proponho a efectuar no final desta semana prende-se com a oportunidade única que tive em participar na reunião mensal de estudos de caso, no decorrer da qual, uma equipa de saúde debate os casos das famílias que se apresentam com algumas dificuldades, algumas já acompanhadas há algum tempo, bem como tentam ajudar a dar resposta a esta alteração da dinâmica e vida familiar, de acordo com os recursos que possuem.

Na minha opinião, a participação nesta reunião foi deveras importante, não só porque, contribuiu imenso para a minha aprendizagem, ao nível da reflexão e, inevitavelmente, no desenvolvimento de competências que se exigem ao enfermeiro especialista de SIP, mas também porque, alargou-me horizontes no sentido em que me permitiu dar resposta a um dos objectivos de estágio: *identificar factores de risco e estratégias comportamentais adoptadas face a situações de saúde/doença*; estando o mesmo relacionado com a actividade: *intervenção em situações de risco e promoção de factores protectores, relacionados com a saúde*.

Refiro este último aspecto, pois apesar de todo o percurso que já consegui realizar no decorrer deste estágio na UCSP da Venda Nova e dos conhecimentos que já adquiri, sentia que ainda existia uma pequena lacuna na satisfação deste objectivo, pois ainda não tinha conseguido reunir todos os dados que me permitissem ter, juntamente com uma vasta equipa de saúde, uma actuação eficaz para contrabalançar os referidos factores de risco.

Falemos então um pouco da reunião de estudos de caso e os membros da equipa de saúde que se encontram envolvidos...

A reunião decorreu no dia 27 de Maio de 2010, pelas 10 horas, na UCSP da Venda Nova e contou com a participação da Enf.^a Adelaide (Especialista em SIP), que integra o grupo na Intervenção Comunitária, Enf.^a. Joana que integra também o grupo de IC, na vertente da Saúde Escolar, uma técnica do Desenvolvimento Comunitário que trabalha no Centro Social do Bairro 6 de Maio, uma Educadora Social do IAC, uma assistente social que integra o grupo de escolas: Alfolhos, Santos Matos e ainda uma técnica da Associação das Ludotecas do S. João de Deus que se encontra presente no Bairro 6 de Maio, 3 vezes por semana. Todos estes elementos conhecem, muito particularmente, os habitantes do Bairro 6 de Maio e suas famílias, bem como os seus problemas e situações que colocam em causa a saúde/doença dos mesmos e tentam, no decorrer desta reunião,

trabalhando em conjunto, unindo esforços e reflectindo sobre cada situação em particular, arranjar soluções, factores protectores, medidas de ajuda que auxiliem estas crianças e famílias na promoção da saúde e prevenção da doença.

Diversos foram os casos abordados no decorrer desta reunião, no entanto, gostaria de referir que cerca de 90% dos mesmos dizem respeito a crianças/famílias oriundas dos PALOP. Gostaria de ressaltar que relativamente aos casos debatidos, a sua maioria reporta-se a habitantes do Bairro 6 de Maio, mas verificando-se também a existência de casos de outros bairros abrangidos pela IC da UCSP da Venda Nova, também já mencionados no meu relatório de estágio.

No decorrer da abordagem dos casos, tal como tive oportunidade de verificar, existe uma preocupação de toda a equipa para o respeito pela diversidade cultural e todos os aspectos multiculturais que envolvem a prestação de cuidados a estas crianças e famílias, pois cada vez mais “os profissionais de saúde defrontam-se com um número crescente de utentes de outras culturas, havendo uma tendência natural para depreciar ou desprezar as atitudes, as crenças e comportamentos ditos não civilizados” (Black, 1996), o que não se verificou no decorrer desta reunião, indo ao encontro do que se encontra preconizado pelo alínea e) do 81º artigo do Código Deontológico dos Enfermeiros, onde se lê que o enfermeiro deve “abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores, no âmbito da consciência e filosofia de vida”, não adoptando uma atitude de crítica pelas práticas culturais manifestadas pelos receptores dos seus cuidados, pois tal como defende Leininger *apud* Tomey e Alligood, (2004:570), “a cegueira cultural, o choque, a imposição e o etnocentrismo” por parte dos enfermeiros e outros profissionais de saúde, diminui fortemente a qualidade do cuidar aos utentes das mais diversas culturas. Têm-se então em consideração que “os profissionais de saúde precisam de conhecer a cultura e os valores para prestar cuidados culturalmente adaptados” (Lopes *et al*, 2009:153). Neste sentido, esta equipa de profissionais tenta adequar as práticas culturais das famílias à solução dos problemas com que a mesma se depara e aqui mais uma vez vamos ao encontro do proposto por Madeleine Leininger na sua Teoria da Diversidade e Universalidade, trabalhando de acordo com os 3 métodos de orientação das nossas acções, de acordo com a exigência de cada situação: **Preservação da cultura** - na qual “apoiam as pessoas na selecção de aspectos da sua cultura que promovam comportamentos saudáveis”; **Acomodação cultural** – em que “reconhecem que

determinada prática, mesmo que não tenha eficácia nem bases científicas para a promoção da saúde, pode ter significado do ponto de vista cultural e ajudam a integrar esta prática nos cuidados” e **Repadronização cultural** – que “corresponde à acção dos enfermeiros na modificação de comportamentos de origem cultural que sejam lesivos, negativos ou incompatíveis com o bem-estar do doente” (Lopes *et al*, 2009:154).

Para mim, foi muito importante perceber que estes aspectos são tidos em consideração nos cuidados, não se relativizando o outro, somente porque a sua cultura é diferente, mas integrando-a na prestação dos referidos cuidados, o que me permite relacionar-me “(...) com a criança e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura” (Ordem dos Enfermeiros, 2009:23), estabelecendo uma relação de confiança, empática, trabalhando em parceria, no sentido de juntos (equipa de saúde e família) solucionarmos os problemas.

As situações familiares debatidas pela equipa de saúde são complexas e exigem empenho, humanização por parte dos cuidadores e o contorno de diversos obstáculos, que por diversas vezes aparentam ser inultrapassáveis. Neste sentido, a equipa após apresentação do caso, pelo elemento que o detecte, tenta articular com os diversos recursos e com os diversos elementos para que se consiga chegar a uma solução eficaz.

Mas falemos um pouco das situações debatidas, com especial destaque para as que se relacionam com as crianças/famílias oriundas dos PALOP, não sendo meu objectivo apresentar posteriormente cada situação em particular, mas efectuar um levantamento dos factores de risco e posteriormente as estratégias adoptadas para dar resposta a estes factores.

Os factores de risco que emergiram desta reunião foram essencialmente a falta de condições socioeconómicas, por exemplo para adquirir próteses oculares, alimentação, roupas; a elevada taxa de prevalência de gravidez na adolescência (por exemplo, a existência na escola 2+3, de 3 jovens adolescentes grávidas com 13 e 14 anos de idade); elevada taxa de mortalidade infantil no Concelho da Amadora; crianças com condições precárias de higiene, que não comparecem às consultas médicas e de enfermagem de saúde infantil na UCSP da Venda Nova; Plano Nacional de Vacinação em atraso; crianças que não comparecem à escola e os pais não reconhecem as necessidades de saúde e educativas das suas crianças (segundo informação da equipa de saúde); não adesão aos métodos contraceptivos e início da actividade sexual numa fase precoce,

verificando-se a ocorrência de gravidezes na adolescência indesejadas que recorrem à IVG; deficientes competências parentais (diagnóstico efectuado pela psicóloga), como é o caso já abordado na reflexão anterior da Sr^a. MJ, tendo este sido um dos casos muito debatido no decorrer desta reunião.

Perante os factores de risco com que estas crianças e famílias se deparam, surge a necessidade de actuação por parte desta equipa de saúde, para tentar minimizar os efeitos que estes podem ter na saúde destas crianças/famílias e também, tentar providenciar factores protectores que minimizem o feito dos factores de risco e auxiliem na solução das diversas problemáticas. Neste sentido, esta equipa de saúde e mais alguns elementos que não puderam estar presentes, nomeadamente a psicóloga, unem esforços e juntamente com os diversos parceiros da comunidade (Instituto de Apoio à Criança, Câmara Municipal da Amadora, Junta de Freguesia da Venda Nova, Centro Social do Bairro 6 de Maio, CPCJ, Segurança Social, Ajuda de Mãe, PSP, OMEP, Olá Jovem, Escolas, entre muitos outros) promovem um caminho para ultrapassar estes obstáculos e apoiar a família na solução dos seus problemas. Sendo assim, a disponibilidade dos recursos comunitários e a disponibilidade de adultos interessados nos problemas dos púberes, como é o caso desta equipa, são aspectos fundamentais e assumem-se eles próprios como factores de protecção, tal como refere Jessor (1992) *apud* Martins (2005:131).

Um dos factores protectores que emergiu no decorrer da reunião, sendo um aspecto que considero muito importante sobre o qual já reflecti anteriormente, prende-se com a inclusão das avós em todo o processo, funcionado como um factor de protecção, o que corrobora o estudo realizado por Gaspar e Matos, na Universidade Nova de Lisboa (2007) e divulgado na Revista de Estudos Demográficos do Instituto Nacional de Estatística (INE), que demonstra que as avós funcionam como um factor protector, cabendo aos profissionais de saúde, reconhecer o seu papel na promoção da saúde dos mesmos. Na prática, a equipa de saúde começa por efectuar uma reunião com a avó de forma e envolvê-la na resolução da situação, desenvolvendo um papel activo, muito reforçado pelos laços familiares que a unem à família em risco, pois tal como refere Jessor (1992) *apud* Martins (2005:131) a avó surge assim como um modelo para o comportamento social ajustado e revela-se como uma presença de controlo elevado para o comportamento desviante.

Um outro aspecto que funciona como factor protector, também defendido por Jessor (1992) *apud* Martins (2005:131) e que se vai tentar promover agora na altura da abertura das inscrições, será a matrícula das crianças que se encontram em situações de risco, em jardins-de-infância e escolas, pois o envolvimento em actividades académicas, bem como a respectiva qualidade dos jardins-de-infância/escolas surgem como factores de protecção e aqui, evidencia-se o papel preponderante da enfermagem na Saúde Escolar, no acompanhamento e vigilância da situação de saúde escolar destas crianças, trabalhando juntamente com os educadores, professores e pais, neste sentido.

Surgem também outros aspectos que se pretendem promover a estas crianças, tais como a frequência de práticas desportivas, actividades extracurriculares (exemplo, o J. é um púbere oriundo da Guiné Bissau, que habita com os pais, verificando-se a existência de um conflito entre os pais e o J., pretendendo estes que o J. regressasse ao país de origem, o que não é sua intenção, preferindo ser integrado numa instituição de acolhimento e referindo que prefere não voltar para a sua casa e permanecer na escola. Manifesta-se frequentemente entristecido e desanimado quando conversa com as técnicas do Centro Social do Bairro 6 de Maio e da Ludoteca S. João de Deus. Surgiu uma família de acolhimento, por intermédio de uma actividade promovida no Bairro 6 de Maio pela Associação Noskitamanda, com quem o J. conseguiu estabelecer óptimas relações, sendo pessoas de referências e que promoveram a atribuição de uma Bolsa de Estudo no Conservatório de Lisboa pelas suas excelentes capacidades de dança clássica). Mais uma vez, vamos ao encontro do referido por Jessor (1992) *apud* Martins (2005:131) que refere que o facto de o jovem se envolver em actividades extracurriculares, bem como haver adultos disponíveis para escutar os problemas do púbere e a presença de modelos para que o comportamento social seja ajustado, como é o caso da família de acolhimento, funcionam como factores de protecção.

Evidencia-se também o papel da equipa de intervenção comunitária, intervindo no seio da comunidade, realizando educação para a saúde, consultas, vacinação e tentando promover a adesão desta comunidade à promoção da saúde, implicando na responsabilização da mesma, pois uma “intervenção concreta e efectiva na comunidade, melhora desta forma o poder (empowerment) das comunidades, para que assumam o controlo dos seus próprios esforços e destinos e se desenvolvam a partir dos seus recursos materiais e humanos, com base na auto-ajuda e no suporte social.” (Carta de Ottawa, 1986).

Um aspecto importante a realçar prende-se com a construção da folha de enfermagem de avaliação familiar, na qual estou a participar, para ser utilizada no decorrer da Intervenção Comunitária, efectuando uma adequada avaliação e registo da situação familiar com recursos à utilização dos diversos instrumentos de avaliação, e neste sentido a realização do Ecomapa e Genograma para cada uma destas famílias seria uma mais-valia, uma vez que através da sua realização é-nos dada a oportunidade de facilmente identificarmos o agregado familiar e as estruturas de apoio da comunidade das quais nos pudemos sustentar para contrariar os factores de risco.

Ressalvo o papel central da equipa de enfermagem e mais especificamente da Enf.^a especialista em SIP no decorrer desta reunião, funcionando como o elemento chave, com “(...) entendimento profundo da situação da criança/ adolescente e fornece resposta de elevado grau de adequação às necessidades da criança/adolescente/família, ao longo das suas fases de desenvolvimento (Ordem dos Enfermeiros, 2006:31), promovendo a articulação entre os técnicos de saúde e parceiros da comunidade e contribuindo de forma indiscutível para a solução das problemáticas emergentes.

No entanto, gostaria de realçar que todos os intervenientes nesta reunião possuem um papel de destaque, e intervêm, perante a especificidade de cada situação quem tem mais competências para tal, mobilizando os recursos de que dispõem.

Inúmeras são as competências inerentes à enfermeira especialista em SIP, que são necessárias no decorrer de uma reunião de estudos de caso como a que me encontro a explorar, das quais destaco:

Utiliza estratégias motivadoras da criança e família para a assumpção dos seus papéis em saúde; Desenvolve ensino, instrução e treino especializado e individual às crianças / jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde / doença; Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adopção de comportamentos potenciadores de saúde; Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar; Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/família com necessidades de cuidados; Gere programas de saúde escolar; Apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais; Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde; Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico; Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus

tratos, negligência e comportamentos de risco); Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção, Assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus tratos” (Ordem dos Enfermeiros, 2009:21).

Podemos constatar que para dar resposta a situações como estas, de extrema complexidade, são diversas as competências enquanto futura enfermeira especialista que tenho que desenvolver a aperfeiçoar constantemente, aspectos que já me encontro a concretizar no decorrer do estágio e que serão preponderantes para o decorrer da minha prática profissional.

Foi muito enriquecedor na minha aprendizagem, poder participar nesta reunião e ter a oportunidade de aliar a teoria à prática, pois este foi um aspecto que trabalhei no decurso da realização do trabalho da Unidade Curricular de Enfermagem de Saúde Infantil e numa reflexão anterior e agora surge a oportunidade de perceber que estes aspectos são operacionalizáveis e a sua utilização na prática é benéfica e auxilia na resolução das situações, neste caso, a *prática baseada na evidência*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BLACK, J.M.; MATASSARIN, Jacobs – *Enfermagem médico-cirúrgica – uma abordagem psicofisiológica*. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 1996. Vol.1. 1050p. ISBN 85-27-0346-7.

LOPES, José *et al* – *Multiculturalidade - Perspectiva da Enfermagem: Contributos para Melhor Cuidar*. 1ª Edição. Loures: Lusociência, 2009. 271p. ISBN 978-972-8930-45-5.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Edição: Ordem dos Enfermeiros, 2003. 187p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE), Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem, Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista - Conselho de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Dezembro de 2009. 46p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Modelo de Individualização das Especialidades*. Revista da Ordem dos Enfermeiros, nº 22, Julho 2006, p.31

RAMOS, Natália – *Psicologia Clínica e Da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta, 2004. 367p. ISBN 978-972-674-436-8.

RICOU, Miguel *et al* – *A Comunicação e a Alteração de Comportamentos*. Revista Psicologia, Saúde e Doenças, ISSN 1645-0086 Lisboa, Ano/vol V. Nº2 (2004) p. 131-144.

TOMEY, Ann; ALLIGOOD, Martha – *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (modelos e teorias de enfermagem)*. 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2004. p.563-584. ISBN 972 8383 74 6.

Electrónicas:

CARTA DE OTTAWA. Disponível em

WWW:<URL:

http://www2.dce.ua.pt/funcionarios/gomes/documentos/saude/carta_otawa.pdf

[Consultado em 29 de Abril de 2010 às 22h45m]

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2009) – *Missão para os Cuidados de saúde Primários: Esclarecimento sobre Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR)*. Disponível em WWW:>URL: http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/article_2037/esclarecimentoascjr_mcsp.pdf [Consultado em 13 de Maio de 2010,21h].

GASPAR, Tânia; MATOS, Margarida G. (2007) - *Comportamentos de Saúde de Adolescentes Migrantes e o Efeito Protector da Relação com os Avós*. Disponível em WWW:>URL: http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:PLqYUc3vnssJ:ine-lnx01.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp%3Flook_parentBoui%3D6966615%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy+comportamentos+de+sa%C3%BAde+de+adolescentes+migrantes+eo+efeito+protector+com+as+av%C3%B3s&hl=pt-PT&gl=pt&pid=bl&srcid=ADGEESiHpD9KzvWNsJVyvsle4MWWtYGIfSArKXtj6592TjGZXkM3QKw0_LLtGHY1B0HYLBFEI3tYXPwLojx0s69KruJLy_ZH3gKK924LliddUMV3JymEppa1czchOexpEwW7JqB50F68&sig=AHIEtbS0IV3rOF9R-408YWRxWvX37dBtYw [Consultado em 2 de Maio de 2010, 17h]

MARTINS, Maria José – *Consultas agressivas na adolescência: Factores de Risco e Protecção*. Disponível em: WWW:<URL: <httpwww.scielo.oces.mctes.ptpdfapsv23n2v23n2a05.pdf> [Consultado em 14 de Fevereiro de 2010, 21h00m]

REVISTA DE ESTUDOS DEMOGRÁFICOS DO INE - *Jovens dos PALOP mais problemáticos*. Disponível em WWW:>URL:

<http://diario.iol.pt/noticias/palop-violencia-jovens-comportamentos-risco/850914-291.html> [Consultado em 2 de Maio de 2010, 11 horas]

Anexo XIV

Folheto

*“Guia de acolhimento:
Informação para pais e Acompanhantes –UCIN”*

Os pais podem contactar-nos, a qualquer hora. As informações são dadas apenas aos pais.

É possível encontrar o médico assistente durante a manhã.
Durante o resto do dia, os médicos de urgência poderão dar-lhe informações ocasionais.

Contamos, ainda, com o apoio de profissionais de outros serviços do Hospital, que colaboram nos cuidados e tratamento das crianças internadas.

Visitas: Os recém-nascidos internados necessitam de um ambiente calmo e o risco de infecção é grande, por isso, há restrições em relação às visitas e permanência de familiares. Peça o regulamento de visitas na Unidade.

Quando o seu bebé já não precisa de cuidados da equipa da UCIN, mas ainda não está em condições de ir para casa, é transferido para outro serviço do Hospital ou para o hospital da área de residência da família.



Pode dar a sua opinião/sugestão/critica contactando o Gabinete do Utente, usando as caixas de sugestões ou o livro de reclamações

Algumas informações úteis:

- Tem direito a tomar as suas refeições gratuitamente, no refeitório que fica situado no 2º andar.

Almoço: 14/14.45h Jantar: 19/20h.

- O bar funciona das 7.30 às 23h. Fica no 2º andar.

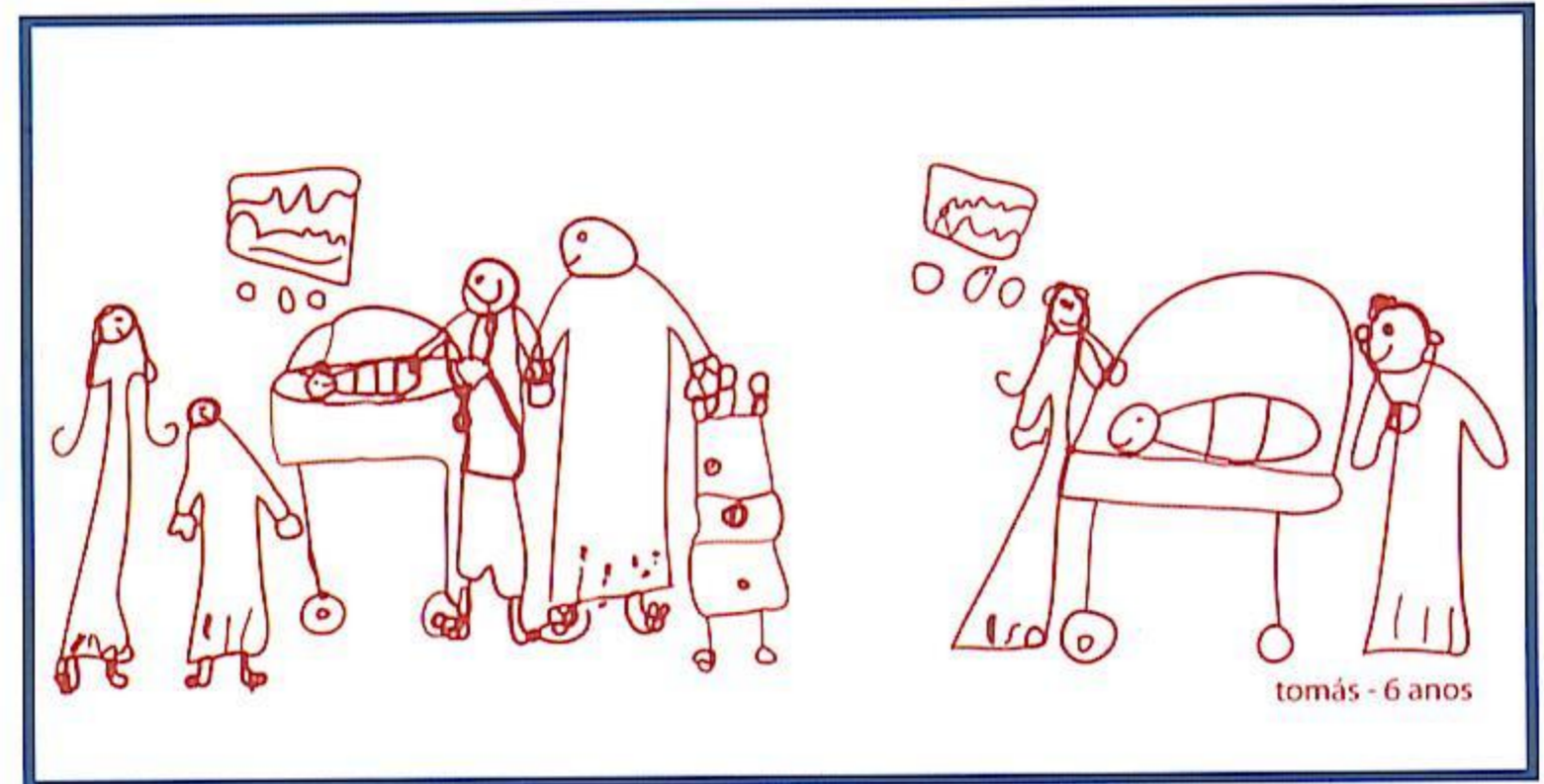
Hospital de Dona Estefânia
Rua Jacinta Marto
1169-045 Lisboa
telef: 21 3126613 – 21 3126620
Email: secucin@hdestefania.min-saude.pt

Patrocínio:



Ficha Técnica
Elaborado por:
Daniel Virella e Equipa da UCIN
Ilustrado por:
Leonor Duarte
Criado em: Novembro de 2006

808 257 257
21 8106191



Informação para Pais e Acompanhantes

Guia de Acolhimento



Hospital de Dona Estefânia Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Revisão: Janeiro 2008

Sejam bem-vindos à Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

As Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) destinam-se a recém-nascidos com problemas exigindo cuidados especiais, prestados por médicos e enfermeiros especializados em Neonatologia, a área da Pediatria que trata dos recém-nascidos.

Grande parte dos bebês tratados nestas unidades nasce antes de tempo (prematurados). Muitos deles não estão verdadeiramente doentes, apenas não estão suficientemente desenvolvidos. São também, admitidos recém-nascidos de termo com outros problemas de saúde, nomeadamente infecções graves, complicações relacionadas com o nascimento e anomalias congénitas que frequentemente precisam de ser operadas.



A UCIN do Hospital de Dona Estefânia foi criada em Abril de 1983. Presta assistência a crianças com menos de 28 dias de vida, nascidas na Maternidade do Hospital ou transferidas de outros serviços ou Hospitais. É uma Unidade Médico-Cirúrgica.

Esta Unidade situa-se no primeiro andar, na ala direita, do edifício principal.

Na primeira vinda à Unidade recebe um cartão de identificação personalizado e intransmissível, para segurança de todos.

Quando entrar vista sempre a bata e lave cuidadosamente as mãos. Os pais são sempre incentivados a permanecer junto dos filhos e, logo que possível, a participar nos cuidados.

Proteja o seu bebé. Lave as mãos antes de entrar

Este folheto contém informação útil sobre o funcionamento da Unidade.

A Unidade dispõe de três salas: uma de cuidados intensivos e duas de cuidados intermédios.

Os bebês que precisam de cuidados mais complexos - por estarem mais doentes ou por serem mais prematuros - **estão na sala de "cuidados intensivos"**. Na sala de cuidados intensivos há mais enfermeiros e, cada um trata apenas de duas crianças; os médicos também passam mais tempo nesta sala do que nas outras.

Nesta sala, os bebês estão em incubadoras, o que lhes proporciona um ambiente adequado. O pessoal da UCIN explicará como podem fazer para tocar e falar com o vosso bebé de forma segura.

Quando já não necessitam de cuidados intensivos, os recém-nascidos passam para uma **sala de cuidados intermédios**. Nestas salas os bebês mais estáveis estarão em berço, o que permite mais contacto com os pais.

Na UCIN existem muitos aparelhos que ajudam a vigiar continuamente o estado do seu bebé e a tratá-lo. Apenas os profissionais que trabalham na UCIN podem mexer nos equipamentos.

A Equipa: Todos os bebês têm um médico assistente - verifique o nome no cartão colado na incubadora ou berço - e um enfermeiro responsável. Ambos estão disponíveis para informá-lo.



Para segurança do seu filho, não mexa nos aparelhos

Anexo XV

*Dados estatísticos sobre o número de puérperas
admitidas no serviço de Obstetrícia do HDE
no período de Outubro de 2009 a Setembro de 2010*

Doentes Tratados entre Outubro de 2009 e Setembro de 2010

Especialidade: Obstetrícia 5

País	N.º Doentes	N.º Episódios
ALEMANHA	4	4
ANDORRA	2	2
ANGOLA	38	43
AUSTRIA	1	1
BANGLADESH	23	23
BOSNIA HERZEGOVINIA	1	1
BRASIL	219	235
BULGARIA	5	5
CABO VERDE	38	39
CHINA	43	44
CROACIA	1	1
CUBA	1	1
EQUADOR	1	1
ESLOVAKIA	1	4
ESPAÑA	5	5
FILIPINAS	1	1
FINLÂNDIA	1	1
FRANÇA	5	5
GABÃO	1	1
GUINE BISSAU	28	29
HOLANDA	2	2
ÍNDIA	21	21
INGLATERRA	1	1
ITALIA	2	2
LITUÂNIA	1	1
MOCAMBIQUE	13	15
n.d.	22	22
NEPAL	11	13
NIGERIA	4	4
PAQUISTÃO	4	4
POLÓNIA	1	1
PORTUGAL	1.590	1.669
REINO UNIDO	1	1
REPÚBLICA DA GUINE	1	1
REPÚBLICA DA MOLDOVA	4	4
ROMÉNIA	23	23
RUSSIA	3	3
RUSSIA (FEDERAÇÃO DA)	1	1
SAO TOME E PRINCIPE	17	17
SENEGAL	3	3
SÉRVIA E MONTENEGRO	1	1
SUIÇA	2	2
TAILÂNDIA	2	2
UCRÂNIA	12	12
Total	2.161	2.271

Fonte: SONHO em 6 de Outubro de 2010.

Anexo XVI

Relatório da Formação em Serviço

"O RN/Família oriundos dos PALOP na UCIN:

Para um cuidar culturalmente competente..."



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Mestrado de Enfermagem de Natureza Profissional
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

Relatório da Formação em Serviço

Autora:

Anabela Namora

Aluna nº 192009030

Orientado por:

Prof. Lília Vara

Lisboa, Outubro de 2010

SUMÁRIO

- 1- PLANO DA FORMAÇÃO
- 2- DIVULGAÇÃO DA FORMAÇÃO
- 3- SUMÁRIO E PRESENÇAS
- 4- DIAPOSITIVOS APRESENTADOS NA FORMAÇÃO
- 5- ANÁLISE ESTATÍSTICA
- 6- UMA PEQUENA REFLEXÃO...

FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PLANO DE SESSÃO

Tema: O RN/Família oriundos dos PALOP na UCIN: para um Cuidar Culturalmente Competente...

Local: Sala de reuniões da UCIN – HDE **Data:** 20 /10 /2010 **Hora:** 15 h 00 m

Objectivos:

Que no final da sessão os formandos sejam capazes de:

- ❖ Reconhecer a importância da inclusão da cultura na prestação de cuidados ao RN/família oriundos dos PALOP;
- ❖ Identificar especificidades culturais dos PALOP e implicações que representam para a prática dos cuidados de enfermagem;
- ❖ Demonstrar conhecimentos sobre a legislação em vigor relativa aos Acordos de Cooperação no domínio da Saúde entre o Governo Português e o Governos dos PALOP;
- ❖ Referir os recursos da comunidade de apoio ao RN/família oriundos dos PALOP.

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	TEMPO	FORMADOR(ES)
<p><u>Introdução:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Apresentação do formador ❖ Exposição dos objectivos ❖ Contextualização do tema da sessão 	Expositivo	Recursos audiovisuais e multimédia	3min	Anabela Namora
<p><u>Desenvolvimento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ A necessidade de uma enfermagem transcultural; ❖ Definição de cultura; ❖ Importância de cuidados de enfermagem transculturais; ❖ Teoria e enfermagem transcultural; ❖ Características da Cultura Cabo-Verdiana: Língua, religião, cerimónias de inspiração cristã, núcleo familiar, conceito de 	Expositivo Conversa breve Debate em grupo Análise de situações	Recursos audiovisuais e multimédia	30min	

<p>Saúde/Doença, Luto e Morte;</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Características da Cultura Guineense: língua, religião, núcleo familiar, conceito de Saúde/Doença, Luto e Morte;❖ Características da Cultura São Tomense: língua, religião, núcleo familiar, conceito de Saúde/Doença, Luto e Morte;❖ Características da Cultura Moçambicana: língua, religião, núcleo familiar, conceito de Saúde/Doença, Luto e Morte, cuidados elementares perante o nascimento de uma criança islâmica;❖ Características da Cultura Angolana: língua, religião, núcleo familiar, conceito de Saúde/Doença, Luto e Morte - rituais sagrados;❖ Estilos Culturais de Cuidados;❖ Acesso das Crianças oriundas dos PALOP aos Cuidados de Saúde em Portugal;❖ Recursos da Comunidade de apoio à Criança/Família oriunda dos PALOP;❖ Diversidade cultural/conhecimentos e competências culturais.				
--	--	--	--	--

<p><u>Conclusão:</u> Síntese dos conteúdos abordados, estabelecendo relação com os objetivos da sessão.</p>	<p>Expositivo Conversa breve Visionamento de um filme</p>	<p>Recursos audiovisuais e multimédia</p>	<p>7min</p>	
<p><u>Avaliação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Discussão/esclarecimento de dúvidas/questões ❖ Preenchimento de questionário 	<p>Discussão/ Interrogativo</p> <p>Aplicação de questionário de avaliação</p>	<p>Avaliação oral</p> <p>Questionário de avaliação da formação em serviço</p>	<p>5min.</p>	

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

**O RN/Família oriundos dos
PALOP na UCIN:**

**Para um cuidar culturalmente
competente...**

DATA / HORA: 20 de Outubro de 2010 às 15h

LOCAL: Sala de Reuniões da UCIN- HDE

FORMADORA: ANABELA NAMORA
(Aluna do Mestrado de Enfermagem de Natureza Profissional -
Especialização em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica),
sob orientação da Enf^{ca}. Ana Isabel Ventura e Prof^{ca}. Lília Vara

FORMAÇÃO EM SERVIÇO - SUMÁRIO E PRESENÇAS

Área/Unidade/Especialidade: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do HDE

Tema: O RN/Família oriundos dos PALOP na UCIN: para um Cuidar Culturalmente Competente...

Data 20/10 /2010

Hora: 15 h 00 m

Duração: 45m

Local: Sala de reuniões da UCIN

SUMÁRIO:

- A importância da prática da enfermagem transcultural;
- Especificidades culturais dos PALOP e implicações que representam para a prática dos cuidados de enfermagem;
- Legislação em vigor relativa aos Acordos de Cooperação no domínio da Saúde entre o Governo Português e o Governos dos PALOP;
- Recursos da comunidade de apoio ao RN/família oriundos dos PALOP;
- O conhecimento e a competência cultural.

Formador(es): Anabela Oliveira Namora

Nº mecanográfico 53339

PRESENÇAS

N.º MEC.	NOME (COMPLETO E LEGÍVEL)	CATEGORIA PROFISSIONAL	UNIDADE
52475	Ara Isabel Santos Pereira Ventura	Enf. Especialista	UCIN
52073	Ara Helena Afonso Oliveira	Enfermeira	UCIN
51663	Paz Viana Gomes Pacheco	Enf. Especialista	UCIN

Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria







O RN/família oriundos dos PALOP na UCIN: para um Cuidar Culturalmente Competente...

Elaborado por:
Anabela Namora
Orientado por:
En.ª Esp. Ana Isabel Ventura
e **Prof.ª Lília Vara**

Lisboa, 20 de Outubro de 2010

Objectivos



Que no final da sessão os profissionais de enfermagem sejam capazes de:


- ❖ Reconhecer a importância da inclusão da cultura na prestação de cuidados ao RN/família oriundos dos PALOP;
- ❖ Identificar especificidades culturais dos PALOP e implicações que representam para a prática dos cuidados de enfermagem;
- ❖ Demonstrar conhecimentos sobre a legislação em vigor relativa aos Acordos de Cooperação no domínio da Saúde entre o Governo Português e os Governos dos PALOP;
- ❖ Referir os recursos da comunidade de apoio ao RN/família oriundos dos PALOP.

O que nos diz a Estatística...

- ❖ N.º de estrangeiros em Portugal (2004): 444 194, representando os imigrantes oriundos dos PALOP cerca de 30,1% deste valor.

Correspondendo a 45,5% de cidadãos não comunitários, em situação regular em Portugal
(BACKSTROM, 2009:166)

- ❖ PADE (2009): Portugal recebe uma média de mil doentes estrangeiros, por ano que vêm ao abrigo dos acordos.





E na UCIN?

Filhos de mãe imigrante nascidos no HDE, admitidos na UCIN (2009):


- ❖ 1 oriundo da Guiné – Bissau;
- ❖ 1 oriundo de Angola;
- ❖ Total de 235 RN

Mas...

- ❖ número total de puérperas admitidas no serviço de Obstetria (Outubro de 2009 a Setembro de 2010)=2 161
- ❖ 1 590 de nacionalidade portuguesa e 134 oriunda dos PALOP (6,2%).

Fonte: SONHO em 6 de Outubro de 2010

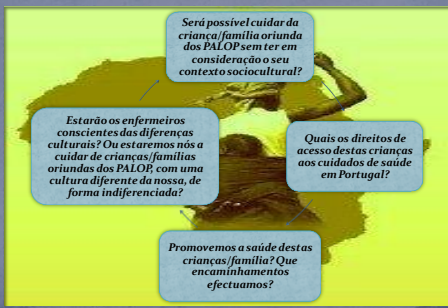


“(...) transmitidos de geração em geração, em particular no seio das famílias, através do uso de símbolos, de linguagem, de práticas e de rituais(...)”
(LOPES et al, 2009:70).

Família → Veículo de transmissão de padrões culturais → **Heranças culturais e étnicas vivas**

(LOPES et al, 2009:82)

Reflectindo um pouco...



Será possível cuidar da criança/família oriunda dos PALOP sem ter em consideração o seu contexto sociocultural?

Estarão os enfermeiros conscientes das diferenças culturais? Ou estaremos nós a cuidar de crianças/famílias oriundas dos PALOP, com uma cultura diferente da nossa, de forma indiferenciada?

Quais os direitos de acesso destas crianças aos cuidados de saúde em Portugal?

Promovemos a saúde destas crianças/família? Que encaminhamentos efectuamos?

A necessidade de uma Enfermagem Transcultural...

"(...) por volta do ano de 2010, todas as enfermeiras irão precisar de possuir um conhecimento básico acerca das diversas culturas do mundo e um conhecimento profundo de pelo menos duas a três culturas"



LEININGER apud TOMEY e ALLIGOOD, (2004:980).



Cultura



As nossas práticas são fortemente influenciadas pela cultura, tendo as crenças um papel importante na determinação do comportamento e ajustamento emocional à vida.

Cultura



"Cultura são valores, crenças, normas de comportamento e práticas relativas ao estilo de vida, aprendidos, compartilhados e transmitidos por um grupo específico, que orientam o pensamento, as decisões e ações dos elementos pertencentes ao grupo."

(SARAIVA, 2010:37)



Cuidados de enfermagem sensíveis

Cuidados Transculturais



Cultura

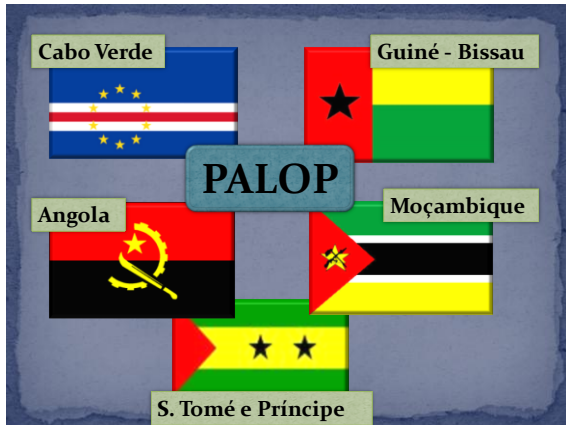
Hábitos

Crenças e tabus



Assistência em Saúde

O sucesso no Cuidar...



República de Cabo Verde

Língua

- Oficial: português
- Nacional: crioulo cabo-verdiano - mistura de elementos linguísticos africanos e portugueses, principalmente oral, escreve-se da mesma forma que se fala.

Religião

- Católica Romana (mais de 90%)
- Protestantes da Igreja do Nazareno e da Igreja Adventista do Sétimo Dia, Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias (Mormons), a Congregação Cristã em Cabo Verde, Assembleia de Deus, Testemunhas de Jeová e Igreja Universal do Reino de Deus. Há pequenas minorias muçulmanas e da Fé Bahá'í.

Cerimónias de inspiração Cristã

- *Síri*: festa celebrada 7 dias após o nascimento da criança.
- *Kristom*: espécie de baptismo. Objetivo: evitar que a criança perca a sua alma se morrer antes de receber o sacramento das mãos do padre.
- *Rene*: vigília de oração, encorretada por cânticos, organizada em memória de um defunto. Cerimónia sempre realizada diante de um *stero* (altar fúnebre), preparado na casa do morto ou de algum parente próximo (QUINT, 2009:38).

República de Cabo Verde

Núcleo familiar

- Instituição patriarcal
- Alargada, solidária
- Responsabilidades em família.
- Na ausência do pai, a mãe assume o papel de chefe de família.

Prestação de cuidados assegurada pela mãe e com quem a criança permanece durante o dia (pai ou avós maternos)

Tarefas quotidianas, para além da educação dos filhos, são da responsabilidade da mulher.

Os homens dedicam-se ao repouso ou a actividades de carácter social.

República de Cabo Verde

Conceito Saúde/Doença

Saúde: "alegria, bem-estar, felicidade" (REIS, 2002:36).

Doença: "algo fisiológico", embora uma pequena percentagem possa dizer que é um "mal feito" (REIS, 2002:36).

Povo religioso e supersticioso.

Recorrem a remédios tradicionais *ramedi-têra* (QUINT, 2009:127).

Luto e Morte

- Morte: vivida por todos.
- Funeral: cortejo a pé com músicos a tocar melodias de despedida.
- Luto: varia de acordo com o grau de parentesco à pessoa falecida
- Separação causada pela morte é apenas transitória.
- Após o funeral, a família permanece em casa durante um período de 7 dias, no qual a comunidade demonstra solidariedade.

República da Guiné - Bissau

Língua

- Oficial: português
- Nacional: crioulo (44% da população).
- Línguas Étnicas, que integram o ramo das línguas negro-africanas: *balanta, fula, manjaco e mande*.

Religião

- Animistas 50% (religião referente a todos os elementos do Cosmos (Sol, Lua, estrelas), a todos os elementos da natureza (rio, oceano, montanha), a todos os seres vivos (animais, vegetais) e a todos os fenómenos naturais (chuva, vento)
- Muçulmana 45%
- Cristã 5%



República da Guiné - Bissau

Núcleo Familiar



Instituição patriarcal.
 Família alargada, solidária.
 O pai apoia a família monetariamente e toma as decisões importantes.

Diferentes gerações co-habitam na mesma casa, avós, netos, primos, tios, 1ª, 3ª ou 6ª esposa, visto que a poligamia é aceite.
 A distribuição das tarefas pelas mulheres é da responsabilidade da sogra ou da 1ª esposa.

Mãe: a principal cuidadora e pessoa de referência para a criança.
 Alguns cuidados também poderão ser prestados pelo pai ou avós maternos.
 Avós com papel importante na transmissão de valores, ideais e socialização da criança.

República da Guiné - Bissau

Conceito Saúde/Doença

- Saúde é "vida", "a coisa mais importante", "sentir-se bem".
- Doença "sentir-se mal", "fraqueza".
- Efectuam rituais para a cura da doença.
- Recorrem a curandeiros e feiticeiros.
- As crenças animistas ligam a doença à superstição, ao feitiço mau-olhado. O uso do amuleto colocado na região umbilical destina-se a afastar mal. (REIS, 2002:54).



Luto e Morte

- Morte não representa fim: passagem para o desconhecido.
- Animistas: a morte significa a reunião com os seus ancestrais (REIS, 2002:55).
- Islâmicos e Cristãos: é admitido um julgamento do indivíduo após a morte: as acções em vida influenciam a sua recompensa (paraíso/inferno)
- Cerimónias fúnebres: dança, ouvem-se os sons dos tambores e outros instrumentos.

República de São Tomé e Príncipe

Língua

- Oficial: português (95%)
- Nacional: crioulo de bases diferentes - *forro, angular, lunguye*.



Religião

- Tendências religiosas acentuadas: a Animista e a Católica.
- Evangélica, Nazarena, Congregação Cristã ou Adventista do Sétimo Dia.

República de São Tomé e Príncipe

Núcleo Familiar



Famílias alargadas. Poucos são os que casam e alguns vivem em uniões de facto.
 São frequentes os relacionamentos extra-conjugais

Os idosos são geralmente muito respeitados.
 Mãe figura de referência para a criança, responsável pela perpetuação da tradição.
 Pai: tomada de decisões para a família e a "última palavra" (REIS, 2002:66).

Após o nascimento, os cuidados são prestados pela mãe.
 Banho com água provavelmente fervida com folha de "lbo".
 Bebês são transportados nas costas das mães ou irmãs mais velhas por meio de "mantas".

Irmãs mais velhas são responsáveis pelos cuidados dos irmãos mais novos.



República de São Tomé e Príncipe

Conceito Saúde/Doença

- Saúde: "tudo de bom", "a pessoa está bem".
- Doença: fisiológica, recorrendo-se ao médico ou enfermeiro e se estes não resolverem... ao bruxo ou feiticeiro (REIS, 2002:68) e curandeiro.
- Mistura de folhas e outros produtos naturais para a confecção de "remédios".



Luto e Morte

- Velório: "sala de nosado", durante 8 dias, nos quais a família chora a perda do seu membro e a comunidade presta os sentimentos.
- Luto depende do grau de parentesco.
- Realizada cerimónia no 1º, 3º, e 6º mês, dependendo das posses da família.
- Vestes: cor preta.



República de Moçambique



Língua

- Oficial: português
- Família de línguas bantu: XiTsonga, XiChope, BiTonga, XiSena, XiShona, ciNyungwe, eChuwabo, eMacua, eKoti, eLomwe, ciNyanya, ciYao, XiMaconde e kiMwani.
- Mercêda considerável comunidade asiática: o urdu e o gujarati.

Religião

- Tradicional africana
- Cristã (Católica e Protestante)
- Islâmica
- Hindu



República de Moçambique



Núcleo Familiar




Famílias numerosas. Grande coesão familiar, habitando em cada casa diversas gerações. O homem é o chefe de família, a quem corresponde a tomada das decisões importantes. Respeito pelos idosos é notório, "sábios". Noivado: cerimónia "lobôlo"

Mãe responsável pela educação, conciliando as tarefas domésticas com o trabalho do campo. Os pais dedicam-se a actividades de carácter social. Irmãs mais velhas, participam activamente na vida doméstica, no trabalho do campo ou cuidando dos irmãos mais novos.



República de Moçambique



Conceito Saúde/Doença

- Saúde: "bem-estar", "sem doença".
- Doença: "maldição dos Deuses".
- Recorrem aos curandeiros
- Medicamentos caseiros e realizados com base em produtos naturais: ervas, folhas, seiva, entre outros.

Luto e Morte

- Funeral ou cremação na "piva"
- Emitidos cânticos
- Vestes negras




Moçambique Islâmico



Adhân: chamamento para a oração dito no ouvido direito em voz baixa e *Iqâmah* dito no ouvido esquerdo do bebé. Este acto é *Sunnat*, *Duâ* de protecção para o recém-nascido contra o *Shaitân*, e que ALLAH lhe guie e oriente para o caminho da verdade e que lhe torne num ser piedoso.



Tahnik que consiste em esmagar com os dentes um bocado de tâmara ou uma outra fruta doce e colocá-lo na boca do bebé.

Aqiqah consiste em sacrificar, degolar, dois cabritos ou carneiros (rapaz), e de um cabrito ou carneiro (paragirla) de preferência no 7º dia após o nascimento da criança



Rapar a cabeça da criança no 7º dia após o nascimento. O peso do cabelo deverá ser convertido ao valor da prata, para depois ser distribuído em caridade. Perfumara cabeça da criança após a rasagem.

Circuncisão ou "Al-Khitân" é um símbolo de Islamismo e um *Sunnat* muito importante. É recomendado fazer-se circuncisão o mais cedo possível, no 7º dia após o nascimento (IZIDINE, 2008).

República de Angola



Língua

- Oficial: português
- Nacionais: o umbundo, kimbundo ou quimbundu

Religião

- Cristianismo (94,3%),
- Crenças tradicionais (4,7%),
- Sem religião e ateísmo (1%).



República de Angola



Núcleo Familiar




Família é a célula fundamental para o crescimento económico, social, político e espiritual de toda a comunidade.

Respeito pela hierarquia de idades. Solidariedade mútua entre os membros da comunidade. Valorização do trabalho honesto, respeito pelas coisas alheias. Transmissão dos valores práticos e saberes morais.

Nos povos bantu, a educação dos filhos, do sexo masculino, é confiada a partir dos 8 anos ao tio materno. A educação das meninas fica a cargo das mães com quem aprendem a ser esposas e futuras mães.



República de Angola



Conceito de Saúde/Doença



Relação do homem com o ambiente.

Diagnóstico feito através dos dons espirituais dos curandeiros e pelos sintomas e/ou adivinhação; Terapêutica à base de paus, ervas, raízes, animais, massagens.



República de Angola



Circuncisão

- "Evamba ou Ekwendje" na Cultura Umbundu: prática sagrada e obrigatória



Após parto

- Obrigatório conservar o cordão umbilical na almofada do bebé




Nascimento de Gémeos

- Seres sobrenaturais "ituzi" que inspiram um culto especial.
- Dada a grande sensibilidade dos gémeos, a mãe deve dormir entre eles, no leito.
- Oferta de folhagem de *mussequenha* e *mulembujji* que será colocada como veste simbólica, juntamente com o suor de cânticos, palmas e bater com os pés no chão.




República de Angola




Nos rituais fúnebres participam todos os familiares e junta-se toda a comunidade. Estes rituais podem durar dias e são acompanhados de pomposas festas, com abundância de comida e bebida

Após a morte da pessoa, os seus familiares começam a chorar, a dançar e a gritar, sem cessar, com um ritmo monótono. O defunto é lavado, perfumado, vestido com as melhores roupas e esfregado com óleo de palma (ALTUNA, 2000)

No caso do falecimento dos gémeos: o cadáver é encerrado no caixão, acamado no fundo com nove coroazinhas de *mussequenha* e outras tantas de *mulembujji*, e em redor com cordões das mesmas plantas. No caso de falecimento de um só gémeo, o irmão sobrevivente passa a usar ao pescoço um só "pongo".



Estilos Culturais de Cuidados



Maternagem de tipo proximal: Estilo interactivo predominante em África, onde predominam as interações tácteis, cinestésicas e a proximidade corporal entre o adulto e a criança (transporte nas costas, ancas, protegido por faixas).


Maternagem de tipo distal: Predominante na América do Norte a Norte Europeu. As interações efectuem-se essencialmente pela voz e contacto visual.

Maternagem de tipo próximo-distal: Predominante em Portugal. Coexistem harmoniosamente as interações tácteis e cinestésicas e as interações pelo olhar e voz. Poderá estar subjacente a influências das culturas africana e asiática decorrentes da colonização destes povos pelos portugueses.



(RAMOS, 2004:195)


Acesso das Crianças oriundas dos PALOP aos Cuidados de Saúde em Portugal




"Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover".
(n.º do artigo 64.º da CRP)

Os Acordos de Cooperação no domínio da Saúde entre o Governo da República Portuguesa e os Governos das Repúblicas:

- ✦ Cabo Verde (Decreto-Lei n.º 24/77 de 3 de Março)
- ✦ Guiné-Bissau (Decreto-Lei n.º 44/92 de 21 de Outubro)
- ✦ Democrática de São Tomé e Príncipe (Decreto-Lei n.º 25/77 de 3 de Março)
- ✦ Popular de Moçambique (Decreto-Lei n.º 35/88 de 12 de Julho)
- ✦ Popular de Angola (Decreto do Governo de 18 de Julho)




Acesso das Crianças oriundas dos PALOP aos Cuidados de Saúde em Portugal



Ao Governo da República Portuguesa compete:

- Assistência médica hospitalar, em regime quer de internamento, quer de semi-internamento, quer ambulatorio;
- Meios complementares de diagnóstico e terapêutica, quando os mesmos se efectuarem em estabelecimentos hospitalares oficiais ou suas dependências;
- Transporte em ambulância, sempre que a situação clínica do doente o exija, do aeroporto para o estabelecimento de saúde a que o doente se destina.



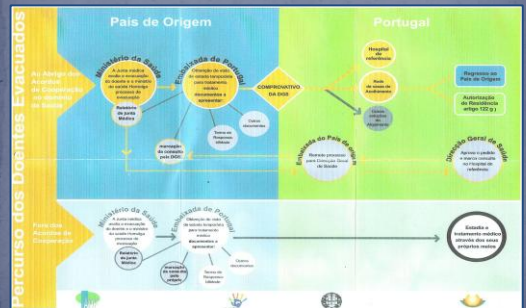
Acesso das Crianças oriundas dos PALOP aos Cuidados de Saúde em Portugal

Aos Governos dos PALOP compete:

- ❖ Transporte de ida e regresso dos doentes;
- ❖ Deslocação do aeroporto de chegada até ao local de destino;
- ❖ Alojamento, nos casos de regime de ambulatorio, quando os doentes não fiquem instalados em estabelecimentos hospitalares ou suas dependências;
- ❖ Alojamento, após o tratamento ser dado por concluído pelas competentes autoridades hospitalares portuguesas;
- ❖ Fornecimento de Próteses;
- ❖ Medicamentos e produtos farmacêuticos prescritos em regime de tratamento ambulatorio;
- ❖ Funeral ou repatriamento do corpo, em caso de morte.



Acesso das Crianças oriundas dos PALOP aos Cuidados de Saúde em Portugal



(Programa de Apoio a Doentes Estrangeiros, 2009)

Acesso das Crianças oriundas dos PALOP aos Cuidados de Saúde em Portugal

Nha Direitos na saúde em Portugal

Informação pa estrangeiros de países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.
Hospital de Dona Estefânia
Serviço Saúde
Consulta de Cooperação Internacional
Resposta: Agosto 2009

Resumo de Atendimento
UNIDADE DE COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

1. IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

2. MOTIVO DA CONSULTA

3. HISTÓRICO DO DOENTE

4. EXAME FÍSICO

5. EXAMES DE LABORATÓRIO

6. DIAGNÓSTICO

7. TRATAMENTO

8. EVOLUÇÃO

9. OBSERVAÇÕES

10. SINAIS DE VITALIDADE

11. SINAIS DE ALERGIAS

12. SINAIS DE INFECÇÃO

13. SINAIS DE DOENÇAS CRÓNICAS

14. SINAIS DE DOENÇAS AGUDAS

15. SINAIS DE DOENÇAS RARAS

16. SINAIS DE DOENÇAS COMUNS

17. SINAIS DE DOENÇAS DE ALTA PREVALÊNCIA

18. SINAIS DE DOENÇAS DE BAIXA PREVALÊNCIA

19. SINAIS DE DOENÇAS DE PREVALÊNCIA INTERMEDIÁRIA

20. SINAIS DE DOENÇAS DE PREVALÊNCIA ALTA

21. SINAIS DE DOENÇAS DE PREVALÊNCIA MUITO ALTA

22. SINAIS DE DOENÇAS DE PREVALÊNCIA EXTREMAMENTE ALTA

23. SINAIS DE DOENÇAS DE PREVALÊNCIA INSUPERÁVEL

24. SINAIS DE DOENÇAS DE PREVALÊNCIA INDEFINIDA

25. SINAIS DE DOENÇAS DE PREVALÊNCIA DESCONHECIDA

26. SINAIS DE DOENÇAS DE PREVALÊNCIA NÃO CLASSIFICADA

27. SINAIS DE DOENÇAS DE PREVALÊNCIA NÃO IDENTIFICADA

28. SINAIS DE DOENÇAS DE PREVALÊNCIA NÃO RECONHECIDA

29. SINAIS DE DOENÇAS DE PREVALÊNCIA NÃO RECONHECIDAS

30. SINAIS DE DOENÇAS DE PREVALÊNCIA NÃO RECONHECIDAS

Um pequeno contributo...

Informação pa mai ku pai e acompanhantes

ORNFamília oriundas dos PALOP na U/CIN: para um cuidar culturalmente competente...

INSTITUTO DE SAUDAS CIENCIAS DA SAUDE
Mestrado em Estratégias de Valência Profissional
Área de Especialidade em Estratégias de Saúde Infantil e Pediatria

Recursos da Comunidade de apoio à Criança/Família oriunda dos PALOP

Embaixadas

Consulados

ACIDI, I.P.

CNAI

IAC

Linha SOS Imigrante

Casa do Gil

PADE

Representantes das Comunidades em Portugal

Ajuda de Mãe

Associações

A diversidade cultural em Portugal existe...

Dever ser contemplado pelos profissionais de saúde com reconhecimento das diferenças e aceitação como parte indissociável do indivíduo, para prestarem cuidados culturalmente aceites.

- Cidadania e democracia dos serviços de saúde

- Compreensão das pessoas, as suas crenças, tabus, mitos, costumes, práticas e os seus significados.

APRENDENDO COM ELAS.

(LOPES et al., 2009:119)

FORMAÇÃO EM SERVIÇO - AVALIAÇÃO DA ACCÃO

Análise Estatística N=3

Serviço Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos - HDE Acção n.º _____ Sessão n.º _____

Tema O RN/Família oriundos dos PALOP na UCIN: para um Cuidar Culturalmente Competente...

Ação tipo: Actualização/ Aprendizagem Duração 45min. Data 20 / 10 / 2010

Formador(es)

A Anabela Namora B _____ C _____ D _____ E _____

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

APRECIACÃO GLOBAL	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.				100%
2. Os objectivos da formação foram atingidos.				100%
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil.				100%
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				100%
5. A teoria foi relacionada com a prática.				100%
6. A formação apresentou elevado nível técnico-científico.				100%
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.				100%

ORGANIZAÇÃO DA ACCÃO DE FORMAÇÃO	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.				100%
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.				100%
10. As instalações foram adequadas.				100%
11. A duração da formação foi adequada.				100%
12. O horário da formação foi adequado.				100%
13. A divulgação da formação foi suficiente.				100%

Classifique os **formadores** utilizando a seguinte escala: 1 – Insuficiente 2 – Suficiente 3 – Bom 4 – Muito Bom

FORMADORES E METODOLOGIA	A	B	C	D	E
14. Domínio dos conteúdos apresentados.	4- 100%				
15. Facilidade de transmissão de conhecimentos.	4- 100%				
16. Clareza na transmissão dos conhecimentos.	4- 100%				
17. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.	4- 100%				
18. Interacção com o grupo.	4- 100%				
19. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.	4- 100%				
20. Gestão do tempo.	4- 100%				
21. Pontualidade.	4- 100%				

COMENTÁRIOS

22. Dentro da temática apresentada, refira dois aspectos que considerou importantes para o seu desempenho.

1 – Tema pertinente e actual

2 – Os conteúdos da sessão contribuíram para melhorar os conhecimentos sobre o cuidar transcultural essencial a uma boa prática

23. Dentro da temática apresentada, refira dois aspectos que considerou menos importantes.

1 –

2 –

24. Comentários e sugestões de melhoria.

Obrigado pela sua colaboração.

6- UMA PEQUENA REFLEXÃO...

Relativamente à apresentação da formação em serviço, considera-se que a mesma decorreu muito bem, tendo-se obtido um feedback muito positivo por parte dos presentes e cumprindo-se o planeamento previamente proposto.

Revelou-se uma troca de experiências muito interessante, na medida em que foi possível debater diversos aspectos da prática de cada um, relativos à temática, revelando-se um enriquecimento mútuo.

Da totalidade da equipa de enfermagem da UCIN, somente três elementos tiveram oportunidade de assistir à formação, uma vez que actualmente a Unidade depara-se com um período de trabalho excessivo, uma grande rotatividade de crianças, escassez de vagas para dar resposta às necessidades da Unidade e um cansaço considerável por parte profissionais. No entanto, e visto o mestrando executar funções neste hospital, após a formação, ficou a disponibilidade para efectuar outras formações futuras acerca da temática em questão e de acordo com as necessidades da UCIN.

Anexo XVII

Documento escrito

*“O RN/Família oriundos dos PALOP na UCIN:
Para um cuidar culturalmente competente...”*



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Estágio Módulo III



Fonte: nenemafriocabrazil.blogspot.com

O RN/Família oriundos dos PALOP na UCIN: para um cuidar culturalmente competente...

Autora: Anabela Namora

Enf^ª. Orientadora: Ana Isabel Ventura

Docente: Prof^ª. Lília Vara

Lisboa, Outubro de 2010

Siglas

CHLC- Centro Hospitalar de Lisboa Central

CNAI- Centro Nacional de Apoio ao Imigrante

CRP- Constituição da República Portuguesa

HDE- Hospital Dona Estefânia

PADE- Programa de Apoio a Doentes Estrangeiros

PALOP- Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

RN- Recém-Nascido

SEF- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

UCIN- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

SUMÁRIO

	f.
0. <u>INTRODUÇÃO</u>	4
1. <u>A NECESSIDADE DE UMA ENFERMAGEM TRANSCULTURAL...</u>	7
2. <u>REPÚBLICA DE CABO VERDE</u>	10
3. <u>REPÚBLICA DA GUINÉ – BISSAU</u>	14
4. <u>REPÚBLICA DE SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE</u>	18
5. <u>REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE</u>	21
6. <u>REPÚBLICA DE ANGOLA</u>	25
7. <u>ESTILOS CULTURAIS DE CUIDADOS</u>	30
8. <u>ESTILOS PATERNAIS DE CUIDADOS</u>	32
9. <u>ACESSO DAS CRIANÇAS ORIUNDAS DOS PALOP AOS CUIDADOS DE SAÚDE EM PORTUGAL</u>	34
10. <u>RECURSOS DA COMUNIDADE DE APOIO À CRIANÇA/FAMÍLIA ORIUNDA DOS PALOP</u>	39
11. <u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	46
12. <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	47
<u>ANEXOS</u>	55
<u>ANEXO I- Acordos de Cooperação no domínio as Saúde entre o Governo da República Portuguesa e os Governos das Repúblicas dos PALOP</u>	56
<u>ANEXO II- Folheto do PADE</u>	57
<u>ANEXO III- Folheto dos Direitos de Saúde em Portugal: Informação para Estrangeiros de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, em português e crioulo</u>	60
<u>ANEXO IV- Procedimento Multisectorial: Informação sobre Serviços de Interprete Disponíveis</u>	61

0. INTRODUÇÃO

A realização deste trabalho surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na vertente Estágio de Módulo III realizado na UCIN do HDE. De acordo com o projecto proposto e as necessidades detectadas no referido serviço, este trabalho pretende ser um elemento facilitador da integração do RN/família oriundos dos PALOP na UCIN, tendo como intenção explorar as especificidades da cultura africana. Não sendo este um tema de grande debate na área da saúde e na sociedade em geral, pretendemos identificar alguns aspectos culturais desta realidade e de que forma influenciam a prática diária de cuidados, assumindo a profissão de enfermagem um papel activo e fundamental neste sentido, uma vez que, os enfermeiros são os profissionais de saúde que se encontram mais próximo da comunidade e com quem estabelecem laços de cumplicidade e confidencialidade, tendo especial atenção para o relacionamento “(...) *com a criança e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura*” (ORDEM DOS ENFERMEIROS,2009:23)

Portugal, outrora um país de emigrantes, vê-se a partir da década de 90, a tornar num país acolhedor de imigrantes oriundos das mais diversas partes do mundo. Segundo o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) no ano de 2004, o número de estrangeiros em Portugal era de 444 194, representando os imigrantes oriundos dos PALOP (Cabo Verde¹, São Tomé e Príncipe, Guiné-Bissau, Angola e Moçambique) cerca de 30,1% deste valor, correspondendo a 45,5% de cidadãos não comunitários, em situação regular em Portugal (BACKSTROM, 2009:166). O nosso país depara-se assim com uma

¹ Comunidade imigrante em maior número e que há mais tempo se encontra em Portugal. Autoridades cabo-verdianas apontam para um número superior a 100 000 indivíduos oriundos de Cabo Verde a residir em Portugal, apontando Santiago, São Vicente e Santo Antão como as principais ilhas de origem (GRASSI, 2009:39)

O RN/Família oriundos dos PALOP na UCIN:
para um Cuidar Culturalmente Competente...

necessidade de dar resposta às mais variadas necessidades dos diversos grupos multiculturais, não sendo os cuidados de saúde uma excepção.

De acordo com os dados obtidos no HDE, o acolhimento das crianças oriundas dos PALOP na UCIN não representa um número significativo, sendo mais frequente a recepção de crianças descendentes de famílias oriundas dos PALOP, pois já nasceram em território nacional, sendo consideradas como segunda geração.

Sabemos que no seio familiar tendem-se a perpetuar costumes, cultura, crenças e que apesar do contexto sociocultural, económico e político dos imigrantes residentes em Portugal, ser diferente do dos seus respectivos países de origem, isso necessariamente não quer dizer, que sejam radicalmente diferentes as práticas culturais ou os rituais com eles relacionados (SANTINHO, 2007:68), podendo haver aspectos coincidentes. No entanto, os pais e avós destas crianças recém-nascidas são oriundos dos PALOP e, inevitavelmente, os valores, a cultura, as crenças e o sentimento de pertença mantêm-se profundamente enraizados sendo “(...) transmitidos de geração em geração, em particular no seio das famílias, através do uso de símbolos, de linguagem, de práticas e de rituais(...)” (LOPES *et al*, 2009:70). Assim, torna-se necessário questionar a nossa prática enquanto enfermeiros prestadores de cuidados a crianças/famílias com bases culturais diferentes, emergindo as seguintes questões reflexivas:

- *Será possível cuidar da criança/família oriunda dos PALOP sem ter em consideração o seu contexto sociocultural?*
- *Estarão os enfermeiros conscientes das diferenças culturais? Ou estaremos nós a cuidar de crianças/famílias oriundas dos PALOP, com uma cultura diferente da nossa, de forma indiferenciada?*
- *Quais os direitos de acesso destas crianças aos cuidados de saúde em Portugal?*
- *Promovemos a saúde destas crianças/família? Que encaminhamentos efectuamos?*

De acordo com a teórica Madeleine Leininger todos os enfermeiros têm de demonstrar competências em enfermagem transcultural, prevendo que “(...) por volta do ano de 2010, todas as enfermeiras irão precisar de possuir um conhecimento básico acerca

das diversas culturas do mundo e um conhecimento profundo de pelo menos duas a três culturas”(LEININGER *apud* TOMEY e ALLIGOOD, 2004:580).

Com a realização deste trabalho pretendemos sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da inclusão da cultura na prestação de cuidados a estas crianças/famílias e dotar os profissionais de enfermagem de um conjunto de informação sobre as especificidades desta cultura, legislação em vigor e recursos disponíveis em Portugal, para assim fornecer um resposta eficaz às necessidades destas crianças/famílias em contexto de imigração.

Ao longo deste trabalho, abordaremos de forma sucinta alguns aspectos da enfermagem transcultural, características/especificidades da cultura dos PALOP mais representativas e com implicações para a prática da enfermagem transcultural, a legislação em vigor relativa aos acordos de Cooperação no Domínio da Saúde entre o Governo Português e o dos Países Africanos e por último, apresentamos um levantamento dos recursos da comunidade que poderão ser úteis no caso de necessidade de encaminhamento destas famílias.

A pesquisa e revisão de literatura nesta temática revelou-se escassa relativamente aos grupos culturais que me propus a aprofundar, pelo que houve necessidade de recorrer a entrevistas exploratórias informais, que relatam experiências pessoais de indivíduos pertencentes aquela cultura, não se pretendendo desta forma conduzir a uma generalização de conhecimentos acerca da mesma, mas perceber um pouco mais acerca das suas especificidades.

1. A NECESSIDADE DE UMA ENFERMAGEM TRANSCULTURAL...

À luz do sucedido com outros povos e países, e porque os enfermeiros são, frequentemente, os primeiros mediadores e elos de ligação entre quem procura cuidados de saúde e o serviço de saúde, torna-se relevante a prática de uma enfermagem transcultural, tão defendida por Madeleine Leininger (Teoria da Diversidade e Universalidade), dado que *“culturas diferentes (diversidade) percebem, conhecem e praticam o cuidado de maneiras diferentes, apesar de haver pontos comuns (universalidade) no cuidado de todas as culturas do mundo”* (LEININGER, 2002).

Sabemos que uma cultura dominante de uma sociedade tem tendência a controlar as culturas minoritárias, de tal forma que os membros destas últimas sentem-se em desvantagem em relação à maioria, o que acontece frequentemente na nossa prática de cuidados. Para BLACK (1996), *“os profissionais de saúde defrontam-se com um número crescente de utentes de outras culturas, havendo uma tendência natural para depreciar ou desprezar as atitudes, as crenças e comportamentos ditos não civilizados”*, o que vai contra o preconizado pelo alínea e) do 81º artigo do Código Deontológico dos Enfermeiros, onde se lê que o enfermeiro deve *“abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores, no âmbito da consciência e filosofia de vida”*.

Exploremos um pouco em que consiste a Cultura...

Segundo SARAIVA (2010:57), *“Cultura são valores, crenças, normas de comportamento e práticas relativas ao estilo de vida, aprendidos, partilhados e transmitidos por um grupo específico, que orientam o pensamento, as decisões e acções dos elementos pertencentes ao grupo.”*

As crenças, os mitos e os tabus são parte da herança sociocultural, onde cada agrupamento humano assimila conhecimentos empíricos repassados de geração em geração.

O RN/Família oriundos dos PALOP na UCIN:
para um Cuidar Culturalmente Competente...

A sobrevivência de uma cultura depende da transmissão de valores, mitos, crenças e artefactos. Este é um processo contínuo que se inicia na infância e prolonga ao longo da vida, sendo a família reconhecida como uma unidade mediadora de práticas culturais, sociais e de saúde /doença de uma geração para a seguinte, proporcionando um ambiente natural no qual as tradições se transmitem, mantendo heranças culturais e étnicas vivas (LOPES *et al*, 2009:182)

Os cuidados transculturais estão associados e unidos aos cuidados de enfermagem sensíveis às necessidades particulares de cada indivíduo, família ou comunidade, em que cada indivíduo, família ou comunidade representa populações de diversidade cultural dentro de uma sociedade ou entre diversas sociedades (LOPES *et al*, 2009:181).

A assistência do profissional de saúde, aquando da prestação de cuidados deve focalizar a tradição cultural do indivíduo, evidenciando-se sempre a troca de saberes, pois é esta capacidade que o profissional de saúde tem em lidar com esta realidade, que irá determinar o sucesso da sua prática.

LEININGER crê que a “(...) *actualmente, a cegueira cultural, o choque, a imposição e o etnocentrismo por parte das enfermeiras reduz grandemente a qualidade do cuidar dos clientes das diferentes culturas*” (LEININGER *apud* TOMEY e ALLIGOOD, 2004:570), mas efectuando uma reflexão sobre a diversidade social, cultural e étnica, conseguiremos prestar os tão desejados cuidados culturalmente competentes, aspecto tão defendido por Madeleine Leininger.

A teoria transcultural prediz e explica os padrões de cuidados nas diferentes culturas, identificando valores, crenças e práticas populares dos enfermeiros. O objectivo da enfermagem transcultural não se cinge somente à apreciação de culturas diferentes, mas visa principalmente tornar “(...) *o conhecimento e a prática profissional culturalmente conceituados, planeados e operacionalizados*” (SARAIVA, 2010:58). Se os enfermeiros não tiverem em consideração os aspectos culturais da necessidade humana aquando da sua prática de cuidados, as suas acções poderão ter efeitos indesejáveis e ineficazes.

O RN/Família oriundos dos PALOP na UCIN:
para um Cuidar Culturalmente Competente...

Sendo assim, é necessária e urgente uma reflexão sobre o cuidar em enfermagem, tendo presente uma diversidade social, cultural e étnica, e, para isso, é fundamental “*obter conhecimentos capazes de proporcionar cuidados de enfermagem sensíveis, responsáveis e culturalmente competentes, que conduzam à saúde e ao bem-estar dos indivíduos, das famílias, dos grupos ou das comunidades culturais*” (LEININGER, 1998:33). Através deste conhecimento, as acções de enfermagem tornam-se congruentes e benéficas para os alvos dos nossos cuidados: criança e família.

2. REPÚBLICA DE CABO VERDE



Área: 4 033Km².

Localização:

País insular africano, arquipélago de origem vulcânica, constituído por dez ilhas, nove habitadas e uma deserta (Ilha da Boa Vista, Ilha Brava, Ilha do Maio, Ilha do Sal, Ilha de São Nicolau, Ilha do Fogo, Ilha de Santo Antão, Ilha de Santiago, Ilha de São Vicente, Ilha Santa Luzia).

Está localizado no Oceano Atlântico, a 640 km a oeste de Dacar, Senegal.

Clima:

O arquipélago de Cabo Verde está localizado na zona sub-saheliana, com um clima árido ou semi-árido. O oceano e os ventos alísios moderam a temperatura. A média anual raramente é superior a 25 °C e não desce abaixo dos 20 °C.

População: em 2003, 420 000 habitantes (QUINT, 2009:1).



Grupos Étnicos:

O povoamento das ilhas foi feito por brancos, na sua maioria portugueses, mas também italianos (genoveses), holandeses, ingleses e franceses, e por negros de várias etnias, trazidos como escravos da costa ocidental de África, principalmente *balantas*, *papéis* e *jalofo*s. Cabo Verde serviu também de escoamento para crianças judias. O cruzamento entre brancos e negras ao longo de séculos produziu uma geração nova, a dos *mulatos*.

Língua

A língua oficial de Cabo Verde é o português, enquanto a língua nacional ou do povo é o crioulo cabo-verdiano. É usada nas escolas, na administração pública, na imprensa e nas publicações. O crioulo é uma língua que consiste na mistura de elementos linguísticos africanos e portugueses, principalmente oral, pelo que se escreve da mesma forma que se fala.

Cabo Verde é formado por dez ilhas e cada uma tem um crioulo diferente. Actualmente discute-se a sua adopção do crioulo como segunda língua oficial, ao lado do português. O inglês e o francês são leccionados no ensino secundário. Existe uma comunidade de imigrantes senegaleses, especialmente na ilha do Sal, que fala também o francês.

Religião

Os cabo-verdianos são de maioria Católica Romana (mais de 90%). Outras denominações cristãs também estão implantadas em Cabo Verde, com destaque para os protestantes da Igreja do Nazareno e da Igreja Adventista do Sétimo Dia, assim como a Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias (*Mormons*), a Congregação Cristã em Cabo Verde, Assembleia de Deus, Testemunhas de Jeová e outros grupos pentecostais e adventista. Há pequenas minorias muçulmanas e da Fé Bahá'í. A Igreja Universal do Reino de Deus também tem seguidores em Cabo Verde. A liberdade de religião é garantida pela Constituição e respeitada pelo governo. Há boas relações entre as diversas confissões religiosas.

O baptismo (“*botisadú*”) é uma festa particularmente importante para os católicos cabo-verdianos. Os laços que ligam o afilhado aos seus padrinhos são comparáveis aos dos pais biológicos.

Cerimónias de inspiração cristã:

- *séti*, festa celebrada sete dias após o nascimento da criança;
- *kristom*, espécie de baptismo paralelo ao oficial, cujo objectivo consiste em evitar que a criança perca a sua alma se morrer antes de receber o sacramento das mãos do padre;
- *résa*, vigília de oração, entrecortada por cânticos, organizada em memória de um defunto, certo tempo após a sua morte. Cerimónia sempre realizada diante de um *stera* (altar fúnebre), preparado na casa do morto ou de algum parente próximo (QUINT, 2009:138).

Núcleo Familiar:

A instituição familiar é maioritariamente patriarcal.

A família cabo-verdiana é alargada, solidária para com os problemas dos seus constituintes, assumindo-se as responsabilidades em família. Na ausência do pai, a mãe assume o papel de chefe de família.

A prestação de cuidados à criança é assegurada pela mãe e com quem a criança permanece durante o dia (pai ou avós maternos) contribuindo estes últimos na educação da criança, através da transmissão de valores, rituais, formas de comportamento e crenças.

As tarefas quotidianas, para além da educação dos filhos, são da responsabilidade da mulher, enquanto os homens se dedicam ao repouso ou a actividades de carácter social.

O transporte das crianças é realizado nas costas, através de panos que as sustentam.

Conceito de Saúde/Doença

Saúde é “*alegria, bem-estar, felicidade*” (REIS, 2002:36).

Relativamente à doença, o povo cabo-verdiano, encara-a como “*algo fisiológico*”, embora uma pequena percentagem possa dizer que é um “*mal feito*” (REIS, 2002:36), uma vez que se trata de um povo religioso e supersticioso.

Habitualmente, os cabo-verdianos recorrem a remédios tradicionais *ramedi-téra*, preparados artesanais, que utilizam para se tratarem (QUINT, 2009:127).

Luto e Morte

Relativamente à morte, esta é vivida por todos: familiares, amigos e comunidade.

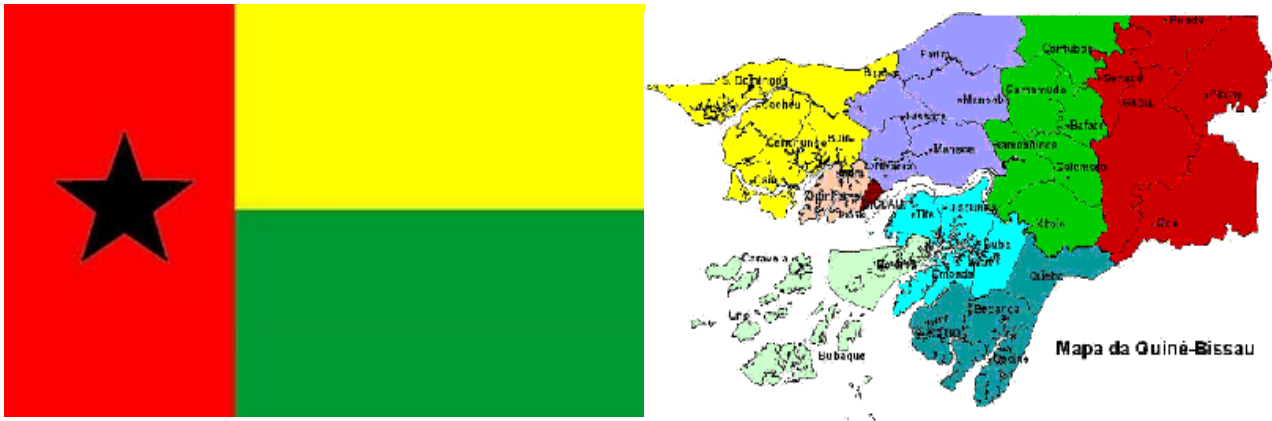
O funeral é feito em cortejo, a pé, com músicos a tocar melodias de despedida.

A cor do luto é preta e o mesmo varia de acordo com o grau de parentesco à pessoa falecida (por exemplo se a pessoa falecida for a mãe o luto prolonga-se até 18 meses, mas se for um filho pode ir até aos 2 ou 3 anos).

Para os cabo-verdianos, a separação causada pela morte é apenas transitória.

Após o funeral, a família permanece em casa durante um período de sete dias, no qual a comunidade demonstra solidariedade para com a família da pessoa falecida.

3. REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU



Área: 36 125Km².

Localização: situa-se na Costa Ocidental de África. Tem fronteira, a norte com o Senegal, a este e sudeste com a República da Guiné e a sul e oeste com o Oceano Atlântico.

Clima: tropical, quente e húmido. Estação das chuvas de Maio a Outubro com ventos de sudoeste; estação seca de Novembro a Abril com ventos de nordeste.

População: 1.416.027 habitantes

Grupos Étnicos:

- Balantas 30%, Fulas 20%, Manjacos 14%, Mandingas 13%, Papeis 7%
- Europeus menos de 1%

Língua:

O Português é a língua oficial, embora somente cerca de 11% da população o domine. Existe ainda o Crioulo, sendo usado por cerca de 44% da população na sua vida cotidiana. Existem ainda as Línguas Étnicas, que integram o ramo das línguas negro-africanas, nomeadamente: *balanta, fula, manjaco e mande*.

Cerca de 46% da população é poliglota.

Religião:

- Animistas (50%): religião referente a todos os elementos do Cosmos (Sol, Lua, estrelas), a todos os elementos da natureza (rio, oceano, montanha, floresta, rocha), a todos os seres vivos (animais, fungos, vegetais) e a todos os fenómenos naturais (chuva, vento, dia, noite). É um princípio vital e pessoal, chamado de *ânima*, o qual apresenta significados variados:

- Cosmo cêntrica significa *energia*;
- Antropocêntrica significa *espírito*;
- Teocêntrica significa *alma*;

O **Animismo** possui três simples regras:

- Tudo no Cosmo tem *ânima*;
- Todo o *ânima* é transferível;
- Tudo ou todo que transfere *ânima* não perde a totalidade de seu *ânima*, mas quem ou que o recebe perde parte ou a totalidade de seu *ânima*, o qual será tomado pelo *ânima* doador.

- Muçulmana 45%,

- Cristã 5%

Cada um dos grupos étnicos apresentado anteriormente habita em geral numa região demográfica claramente demarcada. De uma forma esquemática pode-se dividir a população em:

- População da zona costeira a qual é animista e apresenta uma organização social com camadas pouco distintas.
- População do interior a qual apresenta fortes tendências islâmicas e uma divisão de classes muito mais clara.

Núcleo Familiar

A família guineense é patriarca. O pai apoia a família monetariamente e toma as decisões importantes. A família é alargada, solidária para com os seus problemas, envolvendo-se em conjunto na sua resolução. Diferentes gerações co-habitam na mesma casa: avós, netos, primos, tios, 1^a, 3^a ou 6^a esposa, visto que a poligamia é aceite. A distribuição das tarefas pelas mulheres é da responsabilidade da sogra ou da 1^a esposa.

As mulheres desempenham um papel fundamental na reprodução social, contribuindo para a subsistência familiar.

A mãe é a principal cuidadora e pessoa de referência para a criança, com quem permanece durante o dia. Alguns cuidados também poderão ser prestados pelo pai ou avós maternos. Os avós também assumem um papel importante no seio da família, na transmissão de valores, ideais e socialização da criança.

Conceito de Saúde/Doença

Saúde é “*vida*”, “*a coisa mais importante*”, “*sentir-se bem*”.

Doença “*sentir-se mal*”, “*fraqueza*”.

Habitualmente, os pais, quando a doença não revela melhorias através das mesinhas e elementos naturais, efectuam rituais para a sua cura. A procura de um médico só se efectua em último caso, recorrendo-se mais aos curandeiros e feiticeiros.

As etnias animistas ligam a doença à superstição, ao feitiço e mau-olhado. Desta forma, o uso do amuleto colocado na região umbilical destina-se a afastar o mal. Colocam-no nesta zona, pois acreditam ser o local de energia que sustem a vida, ou seja, a saúde. O amuleto é constituído de forma diferente, consoante a etnia (REIS, 2002:54).

O Luto e a Morte

Para os Guineenses a morte não representa o fim, mas antes a passagem para o desconhecido, mais ou menos duradoura ou mesmo eterna, dependendo do significado das crenças de cada tribo. A maneira de celebrar os rituais que envolvem a morte relaciona-se com as concepções religiosas de cada tribo. As religiões que admitem uma sobrevivência no além vestem os defuntos com vestes nobres e adornam-nos com objectos preciosos de forma a pagarem a divindade que preside essa viagem.

Para os guineenses animistas, que admitem a sobrevivência do espírito e enaltecem a preservação do clã, a morte significa a reunião com os seus ancestrais e os rituais apresentam uma simbologia específica (REIS, 2002:55).

No caso dos guineenses islâmicos e cristãos, é admitido um julgamento do indivíduo após a morte, tendo em conta as acções por ele desempenhadas durante a sua vida, que influenciará a sua recompensa (paraíso com determinadas características ou castigo - inferno). Tanto num caso como no outro, é fulcral a crença na ressurreição (REIS, 2002:55).

Habitualmente, nas cerimónias fúnebres, ouvem-se os sons dos tambores e outros instrumentos. A dança é uma verdadeira expressão artística dos diversos grupos étnicos e caracteriza-se por belas e coloridas coreografias, que podem ser observadas em diversas ocasiões, nomeadamente nos funerais.

4. REPÚBLICA DE SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE



Área: 964 Km².



Localização: São Tomé e Príncipe é um estado insular localizado no Golfo da Guiné, composto por duas ilhas principais (São Tomé e Ilha do Príncipe) e várias ilhotas. Não tem fronteiras terrestres, mas situa-se relativamente próximo das costas do Gabão, Guiné Equatorial, Camarões e Nigéria.

Clima

São Tomé e Príncipe apresenta um clima do tipo equatorial, quente e húmido, com temperaturas médias anuais que variam entre os 22 °C e os 30 °C. É um país com uma multiplicidade de microclimas, definidos, principalmente, em função da pluviosidade, da temperatura e da localização.

População: 160 000 habitantes. Cerca de 131 mil vivem em São Tomé e seis mil no Príncipe.

Grupos Étnicos:

A População descende de vários grupos étnicos que migraram para as ilhas desde 1485:

O RN/Família oriundos dos PALOP na UCIN:
para um Cuidar Culturalmente Competente...

-*Mestiços*: descendentes de colonizadores Portugueses e escravos Africanos, oriundos do Benin, Gabão e Congo.

-*Angolares*: descendentes de escravos Angolanos.

-*Forros*: descendentes de escravos libertos.

-*Serviçais*: trabalhadores contratados de Angola, Moçambique e Cabo Verde.

-*Tongas*: filhos dos serviçais que nasceram nas Ilhas.

-*Europeus*: sendo a maioria Portuguesa.

-*Asiáticos*: sendo a maioria Chinesa e Macaense (misturados de Portugueses e Chineses, vindos de Macau) (COUTINHO, 2009).

Língua:

A grande maioria do povo são-tomense fala português (95%), mas também fala três crioulos de base portuguesa diferentes: *forro*, *angular*, *lunguye*.

O Francês é ensinado nas escolas, uma vez que o país é um membro da Francofonia.

Religião:

Quase todos pertencem às igrejas Católica Romana, Evangélica, Nazarena, Congregação Cristã ou Adventista do Sétimo Dia, que, por sua vez, mantém laços estreitos com as igrejas em Portugal. Distinguem-se contudo, duas tendências religiosas acentuadas: a animista e a católica.

Núcleo familiar:

A solidão é inexistente, estando sempre alguém presente. A partilha é parte do quotidiano. As famílias tendem a ser muito numerosas.

Cerca de metade da população adulta não tem relacionamentos permanentes. Poucos são os que casam e alguns vivem em uniões de facto. Existindo uma série de relacionamentos extra-conjugais no decorrer da vida do casal.

O RN/Família oriundos dos PALOP na UCIN:
para um Cuidar Culturalmente Competente...

Os idosos são geralmente muito respeitados, cabendo à mãe a transmissão da tradição, assumindo-se como a figura de referência para a criança. No entanto, cabe ao pai a tomada de decisões para a família e a “*última palavra*” (REIS, 2002:66).

O facto de um casal não conseguir ter filhos assume-se como uma tragédia. Um maior número de filhos corresponde a um estatuto social mais elevado.

Após o nascimento, os cuidados são prestados pela mãe. É dado ao bebé um banho com água previamente fervida com folha de “*libo*”. Habitualmente, os bebés são transportados nas costas das mães ou irmãs mais velhas por meio de “*mantas*”.

Desde a terna idade, as meninas são responsáveis pelos cuidados dos irmãos mais novos, frequentemente bebés.

Conceito Saúde/Doença

Saúde significa “*tudo de bom*”, “*a pessoa está bem*”.

Doença é encarada como fisiológica, recorrendo-se ao médico ou enfermeiro e se estes não resolverem... ao bruxo ou feiticeiro. (REIS, 2002:68). No entanto, a recorrência ao curandeiro também é muito grande, utilizando-se este de misturas de folhas e outros produtos naturais para a confecção de “*remédios*”.

O luto e a morte

O velório é habitualmente realizado na casa do defunto “*sala de nosado*”, durante 8 dias, nos quais a família chora a perda do seu membro e a comunidade presta os sentimentos. O luto pode ser muito prolongado, podendo atingir dezoito meses, caso se trate da morte da mãe. É realizada uma cerimónia no 1º, 3º, e 6º mês, dependendo das posses da família, verificando-se um grande apoio à mesma por todos os membros da comunidade. As vestes utilizadas são de cor preta.

Língua:

O Português é a língua oficial.

Em Moçambique foram identificadas diversas línguas nacionais, todas da grande família de línguas *bantu*, sendo as principais (de sul para norte): *XiTsonga, XiChope, BiTonga, XiSena, XiShona, ciNyungwe, eChuwabo, eMacua, eKoti, eLomwe, ciNyanja, ciYao, XiMaconde e kiMwani*.

Mercê da considerável comunidade asiática radicada em Moçambique, são também falados o *urdu* e o *gujarati*.

Religiões:

Tradicional africana, Cristã (Católica e Protestante), Islâmica, Hindu.

Núcleo Familiar

As famílias tendem a ser muito numerosas, com uma grande coesão familiar, habitando em cada casa diversas gerações. O respeito pelos idosos é notório, sendo considerados como sábios e com grande experiência de vida, ao qual se recorre em caso de conselhos e divergências.

Na altura do noivado, existe a tradição da prática da cerimónia “*lobôlo*”, que corresponde ao dote que o noivo tem que fornecer ao pai da noiva para que o casamento se concretize.

A educação da criança é da responsabilidade da mãe, conciliando as tarefas domésticas com o trabalho do campo, transportando o seu filho nas costas, suportado por panos, enquanto exerce esta actividade. Os pais dedicam-se a actividades de carácter social. Os irmãos mais velhos, caso sejam meninas, participam activamente quer na lida doméstica, quer no trabalho do campo ou cuidando dos irmãos mais novos. O homem é o chefe de família a quem corresponde a tomada das decisões importantes.

Conceito de Saúde/Doença

A Saúde significa o “*bem-estar*”, “*sem doença*”.

Os moçambicanos são um povo muito supersticioso, acreditando que a doença pode surgir por “*maldição dos Deuses*”. Habitualmente, no interior do país, recorrem com maior frequência aos curandeiros em detrimento do médico ou enfermeiro, ao contrário do que se sucede na população das grandes metrópoles. Os medicamentos habitualmente são caseiros e realizados com base em produtos naturais: ervas, folhas, seiva, entre outros.

O Luto e a Morte

Dois tipos de cerimónias podem ser observados: o funeral, com o morto enterrado num caixão ou a cremação na “*piva*”, um amontoado de madeira no qual se deposita o corpo. Em ambas as cerimónias são emitidos cânticos e os familiares choram, sendo as vestes habitualmente negras.

Moçambique Islâmico...

Cuidados elementares perante o nascimento de uma criança:

1. Corte do Cordão Umbilical e Banho.
2. *Adhán*: chamamento para a oração dito no ouvido direito em voz baixa e *Iqámah* dito no ouvido esquerdo do bebé. Este acto é *Sunnat*, *Duá* de protecção para o recém-nascido contra o *Shaitán*, e que ALLAH lhe guie e oriente para o caminho da verdade e que lhe torne num ser piedoso.
3. *Tahník* que consiste em esmagar com os dentes um bocado de tâmara ou uma outra fruta doce e colocá-lo na boca do bebé.

O RN/Família oriundos dos PALOP na UCIN:
para um Cuidar Culturalmente Competente...

4. *Aqiqah* consiste em sacrificar, degolar, dois cabritos ou carneiros, no caso de o recém-nascido ser rapaz, e de um cabrito ou carneiro, se for rapariga.

O *Aqiqah* deve ser feito de preferência no sétimo dia após o nascimento da criança. Se não for possível nessa data, é recomendável que se faça no 14º, 21º ou 28º dia após o nascimento da criança e assim por diante, sempre em múltiplos de sete, a contar da data do nascimento.

6. Rapar a cabeça da criança no 7º dia após o nascimento a cabeça da criança. O peso do cabelo deverá ser convertido ao valor da prata, para depois ser distribuído em caridade. É recomendado que se perfume a cabeça da criança após a raspagem.

7. Dar um Bom Nome

8. Circuncisão ou “*Al-Khitán*”: é um símbolo de Islamismo e é um *Sunnat* muito importante aplicado a indivíduos do sexo masculino. É recomendado fazer-se a circuncisão o mais cedo possível, no 7º dia após o nascimento. (IZIDINE, 2008)

6. REPÚBLICA DE ANGOLA



Área: 1.246.700Km²

Localização: Angola situa-se na costa atlântica Sul da África Ocidental, entre a Namíbia e o Congo. Também faz fronteira com a República Democrática do Congo e a Zâmbia, a oriente. O país está dividido entre uma faixa costeira árida, que se estende desde a Namíbia chegando praticamente até Luanda, um planalto interior húmido, uma savana seca no interior sul e sudeste, e floresta tropical no norte e em Cabinda.

Clima:

O clima de Angola é caracterizado por duas estações, a das chuvas, de Outubro a Abril e a seca, conhecida por Cacimbo, de Maio a Agosto, mais seca, como o nome indica, e com temperaturas mais baixas.

População: 16,9 milhões.

Grupos Étnicos:

Os habitantes de Angola são de diferentes etnias, com as seguintes percentagens:

- Africanos negros: 95% (a grande maioria dos habitantes que formam Angola são de origem do povo *bantu*).
- Ovimbundos (37%), mbundos (25%), bakongos (13%), outros grupos nativos (20%).
- Mulatos: 2%
- Caucasianos: 2%
- Outros: 1%

Língua:

O português é a única língua oficial de Angola. Para além de numerosos dialectos, Angola possui várias línguas nacionais, entre elas: o *umbundo*, falado na região centro-sul e pelos Ovimbundos. Em muitos meios urbanos surge o *kimbundo* ou *quimbundu* como a terceira língua nacional mais falada.

Religião:

Cristianismo (94,3%), crenças tradicionais (4,7%), sem religião e ateísmo (1%).

Núcleo Familiar:

É na família onde se começa e assegura a educação dos filhos. A família é a célula fundamental para o crescimento económico, social, político e espiritual de toda a comunidade.

O respeito pela hierarquia de idades é um factor social. A hospitalidade para com os outros transeuntes, a solidariedade mútua entre os membros da comunidade, a

valorização do trabalho honesto, respeito pelas coisas alheias, a transmissão dos valores práticos e saberes morais são alguns dos fundamentos constituintes da família angolana.

Nos povos *bantu*, a educação dos filhos, do sexo masculino, era confiada a partir dos oito anos ao tio materno, com quem conviviam até que chegasse o momento da iniciação que começava não antes dos quinze anos e duraria cerca de quatro anos. A educação das meninas fica a cargo das mães com quem aprendem a ser esposas e futuras mães.

Conceito de Saúde/Doença

A Medicina tradicional angolana tem cerca de 4000 anos de existência. A sua teoria básica surgiu da observação empírica da relação do homem com o ambiente. O diagnóstico da medicina tradicional angolana é feito através dos dons espirituais dos curandeiros, que os activa através da mente. A medicina também envolve diagnóstico pelos sintomas e/ou adivinhação e uma terapêutica à base de paus, ervas, raízes, animais, massagens, etc.

- Tradições sagradas:

- Circuncisão “*Evamba* ou *Ekwendje*” na Cultura Umbundu: é uma prática sagrada e obrigatória. Trata-se de um rito que serve de transição da infância para a adolescência. Normalmente realiza-se o acto na época do Cacimbo, nos meses de Junho, Julho e Agosto de cada ano, por ser uma época fria que facilita a cicatrização das feridas após o corte (COSTA, 2008).
- Após o parto era obrigatório conservar o cordão umbilical na almofada do bebé, para ser mais tarde usado em tratamentos, no caso de surgir alguma doença inesperada.
- Nascimento de gémeos: considerados seres sobrenaturais “*ituta*”, que inspiram um culto especial. Cada um tem um poder especial sobre o outro. Se antes de nascerem, um dos gémeos não simpatizar com um dos pais, *volta para o seu*

seio. Noutros casos, ou porque um dos seus entes não quis ou porque o outro não pretendesse a sua companhia só nasce um, chamando-se de *gémeo solitário*. Dada a grande sensibilidade dos gémeos, a mãe deve dormir entre eles, no leito. Quando nascem, sob a glorificação de cânticos alusivos, colhe-se no campo folhagem de *musséquenha* e *mulembuíji*, que são oferecidas aos recém-nascidos, colocadas como veste simbólica, juntamente com o soar de cânticos, palmas e bater com os pés no chão.

O Luto e a Morte

No caso do povo *bantu*, nos rituais fúnebres, participam todos os familiares, aos quais se junta a comunidade.

O defunto é considerado como um projecto que deverá chegar à sua plenitude, à realização definitiva de antepassado. Pelos rituais fúnebres, assegura-se a comunhão que assegura ao defunto a sua sobrevivência, que terá de ser realizada de acordo com a tradição e desejo dos antepassados, pois só desta forma o defunto chegará ao seu destino transformado na sua forma existencial.

Estes rituais podem durar dias e são acompanhados de pomposas festas, com abundância de comida e bebida. Após a morte da pessoa, os seus familiares começam a chorar, a dançar e a gritar, sem cessar, com um ritmo monótono. O defunto é lavado, perfumado, vestido com as melhores roupas e esfregado com óleo de palma (ALTUNA, 2000).

No caso do falecimento dos gémeos, idêntica cerimónia à do nascimento se efectua. O cadáver é encerrado no caixão, acamado no fundo com nove coroazinhas de *musséquenha* e outras tantas de *mulembuíji*, e em redor com cordões das mesmas plantas. No caso de falecimento de um só gémeo, o irmão sobrevivente passa a usar ao pescoço um “*pongo*”, sendo esta uma forma de ambos os gémeos receberem os mesmos carinhos, as mesmas vestes, os mesmos alimentos. Tal amuleto continua a exigir as mesmas atenções. Assim quando se dá uma roupa nova ao irmão sobrevivente, o amuleto fica envolvido num saquinho, excepto a cabeça, recebendo desta forma a sua

O RN/Família oriundos dos PALOP na UCIN:
para um Cuidar Culturalmente Competente...

parte, cobrindo o invólucro com um bocado do tecido do vestuário ou cosendo ao invólucro um bocadinho do mesmo. Ao amuleto, igualmente dá-se comida, pela mãe se for pequeno ou pelo próprio se for crescido. O amuleto é usado até à morte, dispensando-lhe a atenção necessária (RIBAS, 2000).

7. ESTILOS CULTURAIS DE CUIDADOS

Por meio dos cuidados paternos, especialmente maternos e pelas mais variadas estimulações a que a criança se encontra sujeita, ela estabelece com o mundo as suas primeiras comunicações, entrando numa cultura, conhecendo o amor e o sentimento de segurança (RAMOS, 2004:189).

É através destas interações e comunicações diversas, de cuidados quotidianos prestados em contexto familiar, ecológico-cultural e relacional, que a criança estabelece os laços, relações que lhe permitem estruturar-se física e psicologicamente, contribuindo as especificidades destes meios para dar uma especificidade à relação objectal e um estilo às técnicas de *maternage* (RAMOS, 2004:190).

Assiste-se actualmente, à alteração e modificação de determinados tipos de práticas e de cuidados, principalmente em meios migratórios, talvez devido às exigências ditadas pelas condições de vida, ao desejo de fazer como os outros ou ainda medo de serem julgados ou criticados. No entanto, este tipo de situações poderá levar a uma aculturação (conjunto de transformações culturais resultantes dos contactos contínuos e directos entre dois grupos culturais independentes) insegurança parental, conflitos, ansiedade e stress (RAMOS, 2004:257).

A observação diária da nossa sociedade multicultural desperta-nos para estas especificidades: o transporte da criança (junto ao corpo do adulto ou no carrinho), a alimentação (seio materno ou biberão, horas fixas ou a pedido), dorme no berço, rede, esteira, quarto sozinho ou quarto dos pais.

Falamos assim de estilos culturais de *maternage*, que se caracterizam pela predominância proximal ou distal das interações, o modo das estimulações e contactos com a criança, a utilização ou não de dispositivos materiais no decurso dos cuidados, distinguindo-se 3 tipos de estilos:

Maternagem de tipo proximal	Estilo interactivo predominante em África, onde predominam as interacções tácteis, cinestésicas e a proximidade corporal entre o adulto e a criança, por exemplo o transporte nas costas, ancas, protegido por faixas).
Maternagem tipo distal	Predominante na América do Norte a Norte Europeu. Neste estilo, as interacções efectuam-se essencialmente pela voz e contacto visual.
Maternagem de tipo próximo-distal	Predominante em Portugal, no qual coexistem harmoniosamente as interacções tácteis e cinestésicas (típicas do estilo proximal) e as interacções pelo olhar e voz (típicas do estilo distal). Neste sentido, poderá estar subjacente a influências das culturas africana e asiática decorrentes da colonização destes povos pelos portugueses.

Fonte: (RAMOS, 2004:195)

Perante o que se apresenta anteriormente é nosso objectivo despertar para o estilo de cuidados culturais prestados pelos pais/família oriunda dos PALOP, onde predomina o contacto, a proximidade, pois para que os nossos cuidados sejam culturalmente competentes deverão ter estes aspectos em consideração, integrando-os na nossa prática diária e promovendo desta forma a vinculação da criança com os pais em concordância com a cultura, pois sabemos que cuidar humano é universal, mas varia consoante a cultura e o género.

8. ESTILOS PATERNAIS DE CUIDADOS

Na mesma cultura e em culturas diferentes, há grandes semelhanças e diferenças na interacção materna e paterna com a criança, que irão fornecer diversas especificidades ao desenvolvimento, autonomia e funcionamento psicológico da criança para as quais devemos também estar desportos, destacando-se:

Estilo materno	Estilo paterno
<ul style="list-style-type: none">• Mais calmo• Intelectual• Pedagógico• Mais visual• Forma de pegar a criança: bebe mais perto do seio ou rosto, corpo mais voltado para o interior.• Embalar mais suave e horizontal• Jogos mais calmos, verbais e visuais.• Actividades de cuidados à criança: funcionais (alimentação, dormir, higiene e vestuário)	<ul style="list-style-type: none">• Mais físico• Mais estimulante• Menos visual• Mais rítmico, lúdico, divertido e destabilizador• Forma de pegar a criança: mais alto que as mães, rosto entre o ombro e cabeça, corpo mais voltado para o exterior• Levantam mais a criança no ar, embalam-na mais verticalmente e mais vigorosamente• Jogos mais físicos e excitantes <p>Actividades de cuidados à criança: lúdicas e ocupacionais (jogos, brincadeiras, passeio).</p> <p>Fonte: (RAMOS, 2004:197)</p>

O RN/Família oriundos dos PALOP na UCIN:
para um Cuidar Culturalmente Competente...

O gesto, postura e palavras que envolvem a criança, são para além de um envelope gestual e sonoro, também, psíquico e cultural, munido de identificações da família, grupo e comunidade onde se encontram inseridas.

9. ACESSO DAS CRIANÇAS ORIUNDAS DOS PALOP AOS CUIDADOS DE SAÚDE EM PORTUGAL

O direito à saúde está reconhecido no nº1 do artigo 64º da CRP, o qual cita que “*todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover*”.

Os serviços de internamento hospitalares recebem, frequentemente, crianças oriundas dos PALOP para efectuar tratamento, ao abrigo dos acordos de Cooperação no Domínio da Saúde estabelecidos entre o Governo da República Portuguesa e os Governos das Repúblicas: de Cabo Verde de Guiné-Bissau Democrática de São Tomé e Príncipe, Popular de Moçambique e Popular de Angola.

Apesar de esporadicamente a UCIN do HDE receber crianças/famílias oriundas dos PALOP, pensamos que se torna importante o conhecimento da legislação em vigor por parte dos profissionais de saúde, o que compete a cada entidade envolvida e qual o percurso que o doente evacuado dos PALOP efectua em Portugal, se vem ao abrigo dos acordos de Cooperação no Domínio da Saúde ou por Junta médica, eliminado assim obstáculos relacionados não só com o desconhecimento da lei mas também incapacidade de a colocar em prática no âmbito dos serviços de saúde.

Os Acordos de Cooperação no domínio as Saúde entre o Governo da República Portuguesa e os Governos das Repúblicas, encontram-se expostos no anexo I e são os seguintes:

- Cabo Verde (Decreto-Lei nº 24/77 de 3 de Março)
- Guiné-Bissau (Decreto-Lei nº 44/92 de 21 de Outubro)
- Democrática de São Tomé e Príncipe (Decreto-Lei nº 25/77 de 3 de Março)
- Popular de Moçambique (Decreto-Lei nº 35/88 de 12 de Julho)
- Popular de Angola (Decreto do Governo de 18 de Julho)

Ao Governo da República Portuguesa compete:

- Assistência médica hospitalar, em regime quer de internamento, quer de semi-internamento, quer ambulatório;
- Meios complementares de diagnóstico e terapêutica, quando os mesmos se efectuarem em estabelecimentos hospitalares oficiais ou suas dependências;
- Transporte em ambulância, sempre que a situação clínica do doente o exija, do aeroporto para o estabelecimento de saúde a que o doente se destina.

Aos Governos dos PALOP compete:

- Transporte de ida e regresso dos doentes;
- Deslocação do aeroporto de chegada até ao local de destino;
- Alojamento, nos casos de regime de ambulatório, quando os doentes não fiquem instalados em estabelecimentos hospitalares ou suas dependências;
- Alojamento, após o tratamento ser dado por concluído pelas competentes autoridades hospitalares portuguesas;
- Fornecimento de Próteses;
- Medicamentos e produtos farmacêuticos prescritos em regime de tratamento ambulatório;
- Funeral ou repatriamento do corpo, em caso de morte.

Entidades públicas portuguesas envolvidas:

- Ministério da Saúde
 - Direcção-Geral da Saúde, entidade responsável pela coordenação e avaliação dos processos de evacuação de doentes, através da Direcção de Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde;
-

O RN/Família oriundos dos PALOP na UCIN:
para um Cuidar Culturalmente Competente...

- Hospitais públicos receptores dos doentes evacuados.
- Ministério dos Negócios Estrangeiros
 - Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento, entidade responsável pela coordenação e supervisão da cooperação portuguesa e de ajuda pública ao desenvolvimento;
 - Embaixadas de Portugal e respectivos serviços consulares, nos diferentes países, com competências na emissão de vistos.
- Ministério da Administração Interna
 - Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, que centraliza os pedidos de vistos dos diferentes consulados e é o responsável final pela sua concessão.

Entidades públicas de cada Estado africano envolvidas:

- Ministério da Saúde;
- Junta Médica, responsável pela avaliação clínica da evacuação do doente;
- Ministro da Saúde, que homologa o processo de evacuação do doente;
- Embaixada do País em Portugal, mediadora das relações entre o país e as entidades portuguesas envolvidas.

Qual o percurso dos doentes evacuados dos PALOP?

O percurso difere caso os doentes se encontrem ao abrigo dos acordos de Cooperação no Domínio da Saúde ou fora destes acordos. Em anexo II, encontra-se um folheto do PADE, obtido no Gabinete de Saúde do CNAI, que retrata de forma esclarecedora qual o trajecto que estes doentes têm que percorrer e a documentação necessária.

Após a alta hospitalar...

Após a alta hospitalar existe a necessidade de encaminhar estas crianças para os Centros de Saúde, para garantir a continuidade da vigilância de saúde, visto que não podem regressar ao seu país de origem, pois ainda não terminaram o tratamento, o que por

O RN/Família oriundos dos PALOP na UCIN:
para um Cuidar Culturalmente Competente...

vezes pode demorar cerca de 1 a 2 anos. No entanto, frequentemente, estas crianças/famílias são confrontadas com obstáculos, que as impossibilitam de aceder aos cuidados de saúde, nos Centros de Saúde.

No caso, das crianças, e nos termos do nº5 do Despacho nº25360/2001 de 12 de Novembro e o nº5 da Circular Informativa nº14/DSPCS de 2 de Abril de 2002, a DGS emitiu a Circular Informativa nº48/DSPCS de 30 de Outubro de 2002, onde consagra que nas situações de risco para a saúde pública, “(...) *situações em que é necessária a prestação de cuidados materno-infantis(...)*”, os cuidados de saúde são tendencialmente gratuitos, tendo em conta as condições económicas e sociais dos utentes. Por cada consulta ou cuidado prestado, o utente deve pagar a Taxa Moderadora de acordo com as taxas em vigor.

Estão isentos desta taxa:

- Crianças até aos 12 anos de idade, inclusive;
- Jovens em consulta no Centro de Atendimento a Adolescentes, nas áreas de vigilância de saúde e de saúde sexual e reprodutiva;
- Mulheres grávidas e no puerpério (período de 8 semanas após o parto);
- Mulheres em consulta de planeamento familiar;
- Desempregados inscritos nos Centros de Emprego e seus dependentes;
- Beneficiários de subsídios oficiais atribuídos por razões de carência económica;
- Pessoas com doenças crónicas legalmente definidas e comprovadas por declaração médica.

No Hospital Dona Estefânia, numa tentativa de promover o acolhimento das crianças/famílias oriundas dos PALOP ao hospital e minimizar o impacto da hospitalização, o Serviço Social em parceria com a Consulta de Cooperação Internacional, elaboraram em Agosto de 2009, um folheto relativo aos Direitos de Saúde em Portugal: Informação para Estrangeiros de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, que se encontra escrito em língua portuguesa e crioulo (anexo III).

O RN/Família oriundos dos PALOP na UCIN:
para um Cuidar Culturalmente Competente...

Foi também elaborado em 2009, o Procedimento Multisectorial: Informação sobre Serviços de Interprete Disponíveis, que integra o Manual da Qualidade do HDE (anexo IV), com o objectivo de existir um sistema de interpretação que responda às necessidades linguísticas da população utente do CHCL que não fala português.

10. RECURSOS DA COMUNIDADE DE APOIO À CRIANÇA/FAMÍLIA ORIUNDA DOS PALOP

O levantamento dos recursos da comunidade que a seguir se apresenta pretende facilitar a actuação do profissional de enfermagem aquando da detecção da necessidade de encaminhamento da família oriunda dos PALOP, para os recursos existentes em Portugal para estas comunidades específicas, funcionando como um elemento facilitador da integração no nosso país.

Angola

Embaixada

Av. da República, 68

1069-213 Lisboa

Telf: 217961830 - 217967041/43 Fax: 217971238

E-mail: emb.angola@mail.telepac.pt

<http://www.embaixadadeangola.org>

Angola

Consulado Geral

Rua Alexandre Herculano, 352 - 5.º

Salas 52, 54

4000-053 Porto

Telf: 222058827 / 2058902 Fax: 222050328

Cabo Verde

Embaixada

Avenida do Restelo, 33

1449-025 Lisboa

Telf: 213041440 Fax 213041466

E-mail: info@embcv.pt

<http://www.embcv.pt/>

Guiné-Bissau

Embaixada

R. de Alcolena, 17

1400-004 Lisboa

Telf: 213030440 Fax 213030450

Moçambique

Embaixada

Av. de Berna, 7

1050-036 Lisboa

Tel. 217800378

E-mail: embmoclx@mail.telepac.pt

<http://www.mozambique.mz>

S. Tomé e Príncipe

Embaixada

Av. Gago Coutinho, 26 - 6.º

1000-017 Lisboa

Tel. 218461917 Fax 218461895

E-mail: embaixada@emb-saotomeprincipe.pt

<http://www.emb-saotomeprincipe.pt/>

ACIDI.I.P- Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, IP

Rua Álvaro Coutinho, 14 – 1150-025 Lisboa

Telf: 21 8106100 Fax: 21 8106171

E- mail: acidi@acidi.gov.pt

Instituto Apoio à Criança

Largo Memória, nº 14, Calçada do Galvão, 1349-045 Lisboa

Telf: 213 617 880 Fax: 213 617 889

E-mail : <http://www.iacrianca.pt>

Linha SOS Imigrante/ Serviço de Tradução Telefónico

808257257 - a partir da rede fixa

21 8106191- a partir da rede móvel

CNAI- Centro Nacional de Apoio ao Imigrante

CNAI Lisboa: Rua Álvaro Coutinho, nº 14 - 1150-025 Lisboa

Telf: 21 8106100 Fax: 21 8106117

PADE- Programa de Apoio a Doentes Estrangeiros

Av. António Enes, n.º 31 Centro Comercial de Queluz sala F -8

Queluz (junto à estação de comboios de Queluz)

Telefone – 214353810 Telemóvel – 912344079 Fax – 214366483

E-mail: – olho-vivo@sapo.pt

OIM- Organização Internacional para as Imigrações

Rua José Estevão, nº 137, 8º - 1150-201 Lisboa

Telf: 21 3242940

E-mail: www.iom.int/

Serviço Jesuíta aos Refugiados

Alto do Lumiar, Rua 8, lote 59

1750 Lisboa

Telf: 21 7552790

E-mail: jrs@jrsportugal.pt

CEPAC- Centro Padre Alves Correia

Rua de Santo Amaro à Estrela, nº43, Piso 0

Telf: 21 3973030 Fax: 21 3951280

E-mail: cepac@sapo.pt

Ajuda de Mãe

Rua do Arco de Carvalhão, nº 282 – 1350-026 Lisboa

Telf: 21 3827850 Fax: 21 3827859

E-mail: ajudademae@ajudademae.com

Casa do Gil

Av. do Brasil, nº53 D, Parque da Saúde, Pav. 13 - 1700-063 Lisboa

Tel: 21 798 11 80 Fax: 21 798 11 89

E-mail: casadogil@casadogil.pt

Fundação do Gil

Av. do Brasil, nº53 D, Parque da Saúde, Pav. 13 - 1700-063 Lisboa

Tel: 21 355 24 50 Fax: 21 355 24 59

E-mail: geral@fundacaodogil.pt

AJPAS- Associação de Jovens Promotores da Amadora Saudável

Praceta Luiz Verney - Damaia de Cima

2720-342 Amadora

Telf: 21 4905426 / 21 4905427

E-mail: ajpas@sapo.pt

LIÁFRICA- Liga dos Africanos e Amigos de África

Rua Botelho de Vasconcelos lote 564, 1º piso B, Bairro do Condado, Chelas 1950-045

Lisboa

Telf: 21 8145394 /21 8537389

E-mail: liafrica@oninet.pt

Associação Unidos de Cabo Verde

Rua Mário Viegas, nº1, Casal da Boba- Casal S. Brás

2700-899 Amadora

O RN/Família oriundos dos PALOP na UCIN:
para um Cuidar Culturalmente Competente...

Telf: 21 4927071

E-mail: unidoscabo Verde@gmail.com

Associação da Comunidade de S. Tomé e Príncipe – ACOSP

Edifício das Portas de Benfica - Castelo Norte - Porta B

1500-496 Lisboa

Telf: 21 7648068

E-mail: acosp@hotmail.com

Solidariedade Imigrante, Associação para a Defesa dos Direitos dos Imigrantes

Rua da Madalena, 8, 2º

1100-321 Lisboa

Telf: 21 8870713

E-mail: solidariedade_imigrantes@hotmail.com

Conselho Consultivo para os Assuntos da Imigração (COCAI)

Representante da Comunidade Angolana

Urbanização Terraços da Ponte, lote 20, bloco 2 – R7c

2685-119 Sacavém

Telf: 21 9400600

Representante da Comunidade Cabo-verdiana

Rua do Antigo Olival, 8, E 11

2910-060 Setúbal

Telf: 265 771002

Representante da Comunidade Guineense

Av. De Roma, 88, 7º Drtº.

1700-351 Lisboa

Telf: 21 8474933

Representante da Comunidade Moçambicana

Rua Nova do Seixo, 528/522 R7c, Centro Drtª Frente

4465-216 São Mamede de Infesta

Representante da Comunidade São Tomense

Urbanização PER da Ameixoeira, Zona 4, lote 16-B

1750 Lisboa

Telf: 21 7648068

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A diversidade cultural em Portugal existe e este facto deve ser contemplado pelos profissionais de saúde com reconhecimento das diferenças e aceitação como parte indissociável do indivíduo, para prestarem cuidados culturalmente aceites. Só desta forma estaremos a contribuir para a tão desejada cidadania e democracia nos serviços de saúde. Não é necessário um número exacerbado de estrangeiros que recorrem aos serviços de saúde em Portugal, basta apenas alguns para que comecemos a pensar nisso.

De acordo com o que foi apresentado ao longo deste trabalho, constata-se que as famílias oriundas dos PALOP apresentam diversos valores, crenças, conceitos, que derivam da sua cultura e que devem, inevitavelmente, ser integrados nos cuidados de saúde, uma vez que as respostas às diversas situações de vida, incluindo o conceito de saúde/doença, morte e luto, estilos culturais e parentais de cuidados, são fortemente influenciados pela cultura em que o indivíduo se insere. Torna-se então fundamental olhar para o doente como um veículo da sua cultura, ultrapassando ideais pré-concebidas, atitudes etnocêntricas e, a tão indesejada, cegueira cultural.

Espero que este trabalho contribua para a racionalização de estereótipos criados por todos nós na nossa prática diária de cuidados e suscite o interesse no conhecimento de diferentes culturas, possibilitando-nos a reflexão sobre outras realidades, uma vez que *“é necessário adquirir conhecimento cultural das comunidades onde se trabalha para se chegar à competência cultural, de forma a descobrir, preservar, negociar ou reestruturar as práticas de cuidados no sentido de promover o bem-estar da comunidade”* (LOPES *et al*, 2009:156).

Acredito que desta forma, os enfermeiros se munem de conhecimentos culturais que lhes permitem prestar cuidados de enfermagem congruentes e culturalmente competentes.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BLACK, J.M.; MATASSARIN, Jacobs – **Enfermagem médico-cirúrgica – uma abordagem psicofisiológica**. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 1996. Vol.1. 1050p. ISBN 85-27-0346-7.

GONÇALVES, Elsa; PEGACHA, Marta – **Cuidar de crianças africanas mantendo os hábitos e as vivências**. Lisboa, 1998. 113p. Trabalho no âmbito do Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende.

GRASSI, Marzia - *Capital Social e Jovens originários dos PALOP em Portugal*. 1ª Edição. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2009. 215p. ISBN 978-972-671-242-8.

LEININGER, Madeleine – **Enfermagem transcultural: um imperativo da enfermagem mundial**. Lisboa. ISSN 0871-00775. Nº10, 2ª Série (Abril/Junho 1998). p. 32-36.

LEININGER, Madeleine – **Transcultural nursing: concepts, theories, research and practices**. 2ª Edição. New York: Mc Graw-Hill, 2002. 621p. ISBN 978-0071-353-977.

LILADAR, Camala; NOVAIS, Graciete – **O Cuidar em Situação de Multiculturalidade- percepção dos enfermeiros sobre o Cuidar face à grávida de**

O RN/Família oriundos dos PALOP na UCIN:
para um Cuidar Culturalmente Competente...

cultura diferente. Lisboa, 1998. 120p. Trabalho de Investigação efectuado no âmbito do Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende.

LOPES, José *et al* – **Multiculturalidade - Perspectiva da Enfermagem: Contributos para Melhor Cuidar.** 1ª Edição. Loures: Lusociência, 2009. 271p. ISBN 978-972-8930-45-5.

MARTINGO, Carla [*et al*] – ***Por Nascer Mulher... um outro Lado dos Direitos Humanos.*** Lisboa: APF, 2007. 140p. ISBN 978-972-8291-22-8.

ORDEM DOS ENFERMEIROS- **Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários.** Maio 2003.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE), Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem, Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista - Conselho de Enfermagem.** Ordem dos Enfermeiros, Dezembro de 2009. 46p.

QUINT, Nicolas – ***O Caboverdiano de Bolso.*** 1ª Edição. França: Assimil, 2009. 197 p. ISBN 978-2-7005-0410-1.

RAMOS, Natália – ***Psicologia Clínica e Da Saúde.*** Lisboa: Universidade Aberta, 2004. 367p. ISBN 978-972-674-436-8.

REIS, Neuza – **A Importância dos Factores Sócio-Culturais na Hospitalização. Estudo de Cabo Verde, Guiné- Bissau e S. Tomé e Príncipe.** Lisboa. [s.n.], 2002. 112p.

SARAIVA, Helena – **Aleitamento Materno: Promoção e Manutenção.** 1ª Edição. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda. 2010. 223p. ISBN 978-972-757-659-3.

TOMEY, Ann; ALLIGOOD, Martha – **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (modelos e teorias de enfermagem).** 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2004. p.563-584. ISBN 972 8383 74 6.

Legais:

Constituição da República Portuguesa. Coimbra: Almedina 2009. 341p. ISBN 978-972-40-3967-1

Declaração Universal dos Direitos dos Homem de 10 de Dezembro de 1948. **D.R. I Série**, 57, (09/03/1978) 489-ss.

Decreto-Lei nº 48/90 de 24 de Agosto **D.R. I Série**, 195 (24/08/1990) 3452-3459 (Lei de Bases da Saúde)

Decreto-Lei nº 161/96 de 4 Setembro **D.R. I Série** Parte A 205 (04/09/1996) 2959-2964 (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros)

O RN/Família oriundos dos PALOP na UCIN:

para um Cuidar Culturalmente Competente...

Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril **D.R. I Série Parte A, 93 (21/04/1998) 1739-1757**
(Estatuto da Ordem dos Enfermeiros)

Decreto-Lei nº 44/92 de 21 de Outubro **D.R. Série I Parte A, 243 (21/10/1992) 4898-4990** (Acordo no Domínio da Saúde entre a República Portuguesa e a República da Guiné-Bissau)

Decreto-Lei nº 24/77 de 3 de Março **D.R. Série I Parte A, 52 (03/03/1977) 363-364**
(Acordo no Domínio da Saúde entre o Governo da República Portuguesa e o Governo da República de Cabo Verde)

Decreto-Lei de 18 de Julho **D.R. Série I Parte A, 165 (18/07/1984) 2201-2204** (Acordo de Cooperação no Domínio da Saúde entre a República Portuguesa e a República Popular de Angola)

Decreto-Lei nº 25/77 de 3 de Março **D.R. Série I Parte A, 52 (03/03/1977) 365-366**
(Acordo no Domínio da Saúde entre o Governo da República Portuguesa e o Governo da República Democrática de S. Tomé e Príncipe)

Decreto-Lei de 12 de Julho **D.R. Série I Parte A, 160 (12/07/1984) 2105-2109** (Acordo no Domínio da Saúde entre a República Portuguesa e a República Popular de Moçambique)

Despacho nº 25360/2001. **D.R. II Série, 286 de 12 de Dezembro de 2001. 20597-ss**
(Acesso à Saúde por parte dos Imigrantes)

Direcção Geral de Saúde - Circular Informativa nº 14/DSPCS, de 2 de Abril de 2002.

Direcção Geral de Saúde - Circular Informativa nº 48/DSPCS, de 30 de Outubro de 2002.

Resolução do Conselho de Ministros nº63-A/2007. **D.R. I Série**, 85 (03/05/2007)
(Plano para a Integração dos Imigrantes)

Electrónicas:

ACIDI, Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural I.P. –
[Consultado em 9 de Outubro de 2010 às 17h41m] disponível em WWW:>URL:
http://www.acidi.gov.pt/modules.php?name=Downloads&d_op=viewdownload&cid=19

A.C.I.D.I, Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural I.P.- **Plano para a integração dos Imigrantes** [Consultado em 10 de Outubro de 2010 às 10h40m] disponível em WWW:<URL: http://www.acidi.gov.pt/docs/ACIDI/PII_DR.pdf

ALTUNA, Raul (2000) – *História e Cultura: Ritos Fúnebres*. [Consultado em 10 de Outubro de 2010, 14h] Disponível em: WWW:>URL:
<http://www.ritosdeangola.com.br/page.php?145.1>

Angola – [Consultado em 5 de Outubro de 2010, 20h] Disponível em WWW:>URL:
<http://www.suapesquisa.com/paises/angola/>

BACKSTROM, Bárbara; CARVALHO, Amélia - *Imigração e saúde - O Gabinete de Saúde do CNAI enquanto observatório para o estudo das condições de acesso dos imigrantes aos serviços de saúde* [Consultado em 5 de Outubro de 2010 às 10h30m] disponível em WWW:>URL:
http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Revista_4/Migr4_Art7.pdf

BARRADAS, Alexandra *et al* - *O Cuidar Multicultural como Estratégia no Futuro* [Consultado em 29 de Março de 2010 às 20h30m] disponível em WWW:>URL:
http://forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3548:o-cuidar-multicultural-como-estrategia-no-futuro&catid=211:janeiro-a-fevereiro-2010

COSTA, Estanislau (2008) – *Circunsição na Cultura Umbundu*. [Consultado em 5 de Outubro de 2010, 20h] Disponível em WWW:>URL:
<http://huambodigital.com/circuncisao-na-cultura-umbundu/>

COUTINHO, Max (2009) – *A Lusofonia: São Tomé e Príncipe*. [Consultado em 10 de Outubro de 2010, 13h] Disponível em: WWW:>URL: <http://max-etnias.blogspot.com/2009/04/lusofonia-sao-tome-e-principe.html>

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2008) - *Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP)*. [Consultado em 6 de Outubro de 2010, 19h] Disponível em WWW:>URL:

<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/aceso+de+cidadaos+estrangeiros+a+cuidados+de+saude/cuidados+palop.htm>

Direitos da Criança: Convenção sobre os Direitos da Criança [consultado em 19 de Dezembro de 2009], disponível em WWW:>URL:
http://www.apfn.com.pt/declaração_universal_dos_direitos_da_crianca.html

GUINÉ-BISSAU, ACÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO (2006) - *Guiné - Bissau*. [Consultado em 5 de Outubro de 2010, 17h] Disponível em WWW:>URL:
<http://www.adbissau.org/guinebissau/index.htm>

HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA (2002) – *Hospital Dona Estefânia*. [Consultado em 30 de Setembro de 2010, às 20h] disponível em : WWW:<URL:
<http://www.hdestefania.min-saude.pt/>

IZIDINE (2008)- *Moçambique Islâmico*. [Consultado em 9 de Outubro de 2010, 18h] Disponível em: WWW:>URL: <http://mocambiqueislamico.blogspot.com/2008/03/regras-ao-nascer-uma-criana.html>

PÁGINA OFICIAL DE MOÇAMBIQUE – *Moçambique*. [Consultado em 5 de Outubro de 2010, 19h] Disponível em WWW:>URL: <http://www.mozambique.mz/>

PORTAL DA SAÚDE - Ministério da Saúde – [Consultado em 26 de Dezembro de 2009 às 17h44m] disponível em WWW:>URL:
<http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/acesso+de+cidadaos+estrangeiros+a+cuidados+de+saude/cuidados+palop.htm>

PROJECTO MULTICULTURALISMO PALOP- ***Multiculturalismo nos PALOP.***
[Consultado em: 28 de Setembro, 19h40m] Disponível em: WWW:<URL:
<http://multiculturalismopalop.blogspot.com/>

RIBAS, Oscar (2000) - ***Nascimento e Falecimento de gémeos.*** [Consultado em 5 de Outubro de 2010, 20h] Disponível em WWW:>URL:
<http://www.ritosdeangola.com.br/page.php?18>

ANEXOS

ANEXO I- Acordos de Cooperação no domínio as Saúde entre o
Governo da República Portuguesa e os Governos das Repúblicas dos
PALOP

(apresentado no anexo I do Relatório de Estágio)

O RN/Família oriundos dos PALOP na UCIN:
para um Cuidar Culturalmente Competente...

ANEXO II- Folheto do PADE

ADE

Tratamento Médico?

Vem para Portugal receber

Programa de Apoio de Doentes Estrangeiros

Este programa resulta de um Protocolo de Cooperação entre o ACIDI, I.P. - Alto Comissariado para a Integração e Diálogo Intercultural, I.P. e o ISS, I.P. - Instituto da Segurança Social, I.P.

Integrado no PADE existe uma **Rede de Casas para acolher doentes e acompanhantes**. A estadia nestas casas, irá permitir a monitorização e acompanhamento de cada doente nas 3 etapas distintas:

1. Processo no país de origem;
2. Permanência em Portugal;
3. Fim do tratamento;
- 3.1. Regresso ao País de origem e sua reintegração.
- 3.2. Integração em Portugal, caso seja portador de uma Autorização de Residência ao abrigo, da alínea g) do n.º 1 do art.º 122 da Lei n.º 23/2007, de 4 de Julho.

se a apoiar cidadãos (e seus acompanhantes) que necessitem de tratamento em Portugal, atestado por uma Junta Médica, ao abrigo dos acordos de cooperação no domínio da saúde e/ou se encontrem em situação de extrema pobreza, debatendo-se com problemas de alojamento, alimentação, apoio psicológico e social.

Este programa visa assegurar a organização/gestão de um serviço que apoie estes cidadãos, facilitando a sua plena integração, em estreita colaboração com todos os agentes intervenientes.

País de Origem

- Instituições governamentais e particulares e Ongd's
- G. de Voluntários

Portugal

- Instituições governamentais e particulares e Ongd's
- G. de Voluntários
- Rede de Casas de Acolhimento

Rede de Casas de Acolhimento

Direitos do Doente

que vem ao abrigo dos acordos de cooperação:

- Assistência médica hospitalar (internamento, semi-internamento e ambulatório);
- Meios complementares de diagnóstico e terapêutica quando efectuados em estabelecimentos hospitalares oficiais e suas dependências;
- Transporte em ambulância do aeroporto ao hospital, quando clinicamente exigido.

Deveres do Doente

que vem ao abrigo dos acordos de cooperação:

- Informar imediatamente ao serviço de doentes evacuados da Embaixada a alteração da residência e do contacto telefónico;
- Informar ao serviço de doentes evacuados da Embaixada as datas de internamento e alta hospitalar e alta médica para regresso;
- Renovar periodicamente o seu visto de permanência temporária.

CONTACTOS

CNAI – Centro Nacional de Apoio ao Migrante
Rua Alvaro Coutinho, n.º 14 1150-025 Lisboa | Telefone: 218 106 100
Linha SOS Migrante
Rede fixa: 808 257 257 | Rede móvel: 21 810 6191

ACIDI – Gabinete PADE
Rua dos Anjos n.º 66 1150 Lisboa | Telefone: 21 810 81 07

Embaixada da República de Cabo Verde
Avenida do Restelo, n.º 33 1449-025 Lisboa tel.: +351 213 041 440

Embaixada de Guiné-Bissau
Rua de Alcolena, n.º 17 A, 1400-004 Lisboa, tel.: 213009080

Embaixada de São Tomé e Príncipe
Avenida Almirante Gago Coutinho, n.º 26 A, 1000-017 Lisboa, Telefone: 218481917

Embaixada da República de Angola
Av. da República, 68 – 1050 Lisboa
Telefone: 21 36 70 41

Embaixada da República de Moçambique
Av. Borna n.º7
1050-036 Lisboa
Telefone: 217971994

Mantenha-se informado através da consulta regular do site do ACIDI
www.acidi.gov.pt

Fotografia cedida por Tiago Cunha Ferreira

ACIDI, I.P.

- Países de Origem
- Rede de Casas de Acolhimento
- Grupo de Voluntários
- Embaixadas (ISS, DCS, SEF)
- Núcleo de Apoio a Empresas e Associações ONG's
- Antarquites S. C. M. IHRU

Fotografia cedida por Tiago Cunha Ferreira

Recepção, avaliação e triagem das Bolsas de Saúde

ISS, DCS, SEF

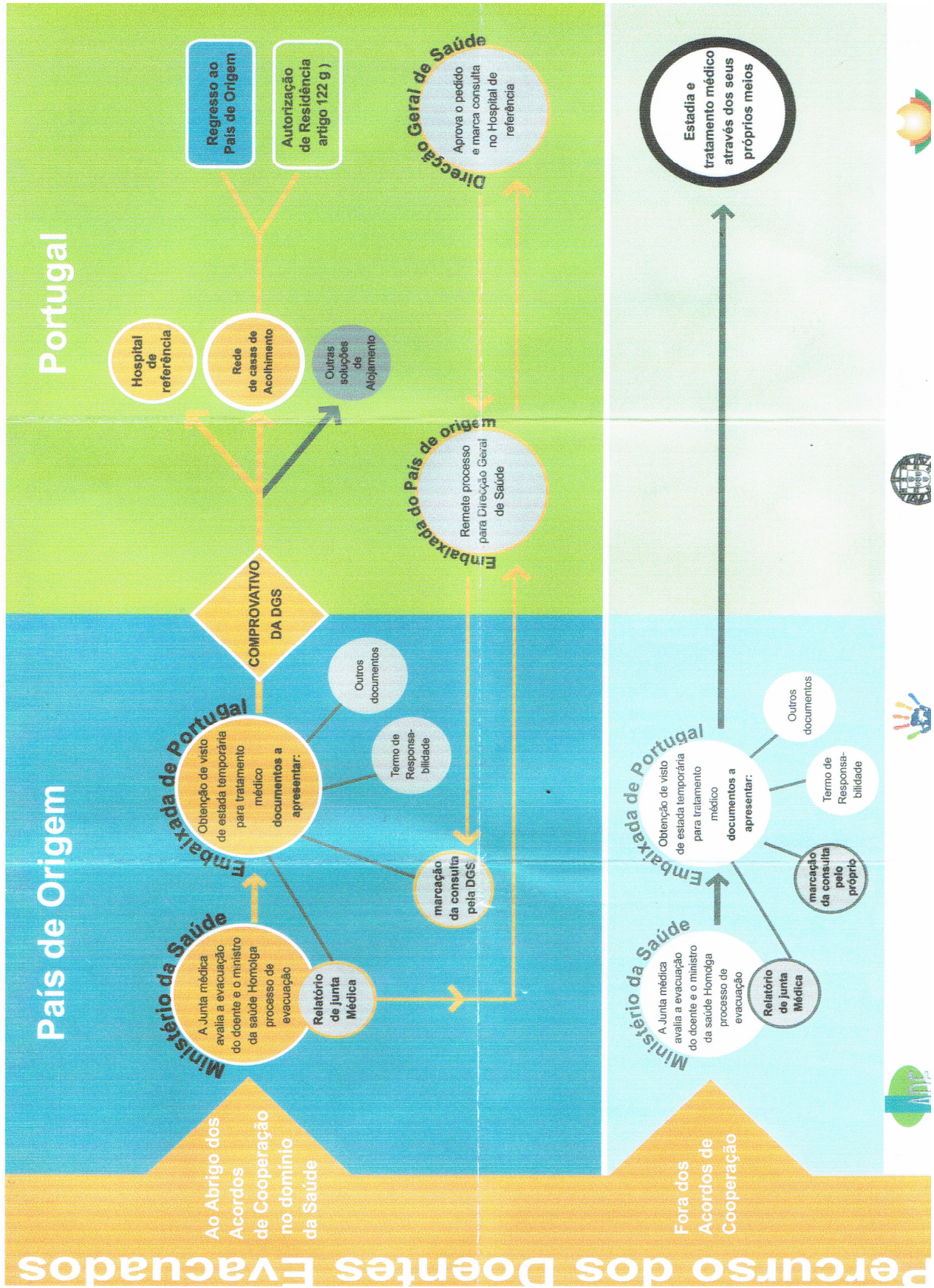
Embaixadas

Núcleo de Apoio a Empresas e Associações ONG's

Grupo de Voluntários

Antarquites S. C. M. IHRU

O RN/Família oriundos dos PALOP na UCIN:
para um Cuidar Culturalmente Competente...



ANEXO III- Folheto dos Direitos de Saúde em Portugal:
Informação para Estrangeiros de Países Africanos de Língua Oficial
Portuguesa, em português e crioulo

(apresentado no anexo XX do Relatório de Estágio)

ANEXO IV- Procedimento Multisectorial: Informação sobre Serviços
de Interprete Disponíveis

(apresentado no anexo XX do Relatório de Estágio)

Anexo XVIII

Folheto

*“Guia de Acolhimento: Informação para pais e acompanhantes”
traduzido para Crioulo Cabo-Verdiano*

Tudo pai ku mãe pôde papapia ku nós a qualquer hora. Informaçõn só tà dado a mai ku pai.

As vez nu pode àtcha médico assistente de parte de manhã. Mas durante resto do dia médico de urgência pôde dabu informaçõn de ocasion. Nu ta conta ainda ku apoio de profissional de ôto serviço de Hospital, ki ta colabora na cuidado e tratamento de criança internado.

Visita: tudo mininos ki nace antes de tempo kistá internado ta precisa de ambiente calmo, estem risco de infeçõn grave, por isso êscapode tem tchen visita e nem sês familiares kapôde fica. Nhos pidi regulamento de visita na Unidade.

Tô ki bô bebé ka precisa mais de cuidado da equipa da UCIN, mais ainda êsca tem condiçõn de bai pa casa, é ta mandado pa ôto serviço do hospital ou para o hospital da área onde ta vive sês família ta mora.



Bô pôde da bô opinion/sugeston ou bô pôde critica bô ta liga pa gabinete de utente, e ainda, bô pôde usa caixa de sugeston ou livro de reclamaçõn.

Algum informaçõn útil: Bô tem direito a toma bô refeição de graça, no refeitório que ta fica na 2º andar. Almoço: 14/14.45h Janta: 19/20h.

Bar ta funciona desde 7.30 até 23h. E ta fica na 2º andar.

Hospital Dona Estefânia -Serviço de Ortopedia
Rua Jacinta Marto
1169-045 Lisboa
Telef.: 213 126 632
E-mail: ortopedia@hdestefania.min-saude.pt



Informaçõn pa mai ku pai e acom- panhantes

Guia de Acolhimento



*Hospital de Dona Estefânia
Unidade de Cuidados
Intensivos Neonatais*

Revisão:

Nhó bem dreto a ês Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal

A UCIN é só pa trata bebês ki kaba de nace ku problema ki ta exige cuidados especiais prestado por médicos e infermero especializado na Neonatologia, na área de Pediatria ki tratado minino ki kaba de nace.

Grande parte de kês bebês ki ta trarado nês unidade ta nace antes de tempo, ò seja, antes de kaba forma. Tchen dês kasta doente na verdade é pena ês kasta tudo criado.

Tambê nu ta recebê bebês kita bem ku otô problema de saúde sima infeçon mais ainda ò ki estenê infeçon grave, complicaçon ki esta relacionado ku nascimento e anomalia ki djâ bem de sês família antigo ki tchen vez tâ neste ser operado.



A **UCIN do Hospital Dona Estefânia** foi criada em Abril de 1983. É ta presta assistên- cia a bebês ku menos de 28 dias de vida kitâ nace na Maternidade de Hospital ò de ôtos Maternidade kitâ mandado. É uma Unidade Médico-Cirúrgica.

Kel unidade ta fica na 1º andar de lado direito de kel edifício principal. Primeira bês ki nhôs

bai na kel serviço nhôs ta dado um kartôn personalizado e nhôs kapôde da ninguém. É pa nhôs segurança.

To ki nhôs entra nhôs biste bata, nhôs lava mão ku muito cuidado. Ta papiado sempre ku pai ku mãe pa fica jûnto de sês fidjus, sim ki pode debê dajuda toma conta de nhôs fidju.

Protegé bô bebé. Lava mó ants bô entra.

Ês fodja têne informaçôn útil dês Unidade

Ês Unidade tem três salas: um de cuidado contínuo ôto de cuidado intermédio.

Tem kês mininus ki precisa de cuidado mais tchen pamode esta mais doente ô pamode ês nace antes de tempo, esta ta na **sala de cuidados mais tchen**. Na kel sala li tem mais infermero e cada um ta tarta de só de dois mininos. Médicos tambê ta passa mais tempo nês sala de ki na kêzotos.

Nês sala, bebês ta fica na encubadoras, ki ta fazês fica kum ambiente mais confortá- vel. Kês pessoas de UCIN ke ta esplica mode que ta fazi pa troca e papia ku sês bebê de maneira segura.

Quando os mininu ki ta nace antes de tempo ka precisa mas de tchen cuidado, ês ta passa pa **sala de intermédio**. Nês sala kês minino ki está midjor ta fica na berço, pòs pode tem mais contactos ku sês pais.



Na UCIN, tem tchen aparelhos pa djuda djobi sempre estado de su bebê e trata. Só ken ki ta trabadja na UCIN ki pode mechê na kês aparelhos.

Tudo equipa: Tudo mininus tem sês médico - Djobe nome ke está no kartôn ki está no berço – e um infermero responsável.

Tudo está disponível pa djuda.

Pa segurança de bus fidjos ka bu metche na aparelhos.

Anexo XIX

Reflexão Crítica

“Avaliação da dor no RN de termo e pré-termo”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Mestrado de Enfermagem de Natureza Profissional
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Reflexão Crítica

Avaliação da Dor no RN
Pré-termo e Termo...

Autora: Anabela Namora

Aluna nº 192009030

Enf.^a Orientadora: Ana Isabel Ventura

Docente: Prof. Lília Vara

Lisboa, Outubro de 2010

SIGLAS

HDE- Hospital Dona Estefânia

NIPS- Neonatal Infant Pain Score

RN- Recém-Nascido

SIP- Saúde Infantil e Pediátrica

UCIN- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

ABREVIATURAS

Enf^ª- Enfermeira

A reflexão que me proponho a efectuar esta semana, emerge de uma dificuldade com que me deparei no decorrer do estágio na UCIN, que consistiu na avaliação da dor do RN de termo e pré-termo, devido às especificidades que comporta.

Apesar de diariamente cuidar de crianças das mais diversas idades, mas em maior número nas idades pré-escolares, escolares e adolescentes, e de avaliar diariamente a sua dor (quer devido à intervenção cirúrgica, visto que trabalho num serviço de Cirurgia, quer devido à realização de procedimentos dolorosos), no estágio que me encontro a realizar na UCIN, deparei-me com alguma dificuldade em efectuar a avaliação da dor no RN. Esta dificuldade emergiu de uma situação em que juntamente com a Enf.^a. Orientadora, nos encontrávamos a prestar cuidados a um RN que tinha sido intervencionado cirurgicamente há cerca de 48 horas a um Megacólon, tendo-lhe sido efectuada uma ileostomia. A sutura abdominal apresentava-se com sinais inflamatórios e saída de exsudado purulento e o RN aparentava estar desconfortável, tenso. Na altura, a Enf.^a. Orientadora despertou-me para diversas particularidades: a testa franzida, os membros em flexão, dedos dos pés entreabertos, tensão corporal, entre outros aspectos, o que me levou a reflectir, pois habitualmente as crianças maiores, com facilidade conseguem exprimir a sua dor e fazerem-se ouvir pelos profissionais. *Então e os RN? Como poderemos ouvir o que nos estão a dizer pela sua linguagem corporal?*

No Hospital Dona Estefânia, no qual exerço funções e onde me encontro a realizar estágio, um dos projectos transversais a todo o hospital é o da “Dor: 5ª sinal vital”, donde se pode destacar a enorme importância que se presta à avaliação e combate da dor da criança de todas as idades, desde o RN até ao adolescente. No referido hospital, existe também o Núcleo da Dor, do qual fazem parte duas anestesistas, uma enfermeira, que colaboram activamente com os profissionais dos diversos serviços quando solicitados e com muito bons resultados na minoração e desaparecimento da dor na criança.

No decorrer da minha prática profissional, tenho oportunidade de utilizar diariamente as diversas escalas de avaliação da dor: FLACC, OPS, Faces e Numérica. No entanto, existe a escala NIPS, que é utilizada para avaliar a dor dos RN termo e pré-termo (até aos 28 dias de vida), muito utilizada na UCIN. Muito esporadicamente utilizo esta

escala no decorrer da minha prática, visto que a prevalência de crianças com esta idade no meu serviço não é muito significativa e as manifestações de dor no RN são distintas das outras faixas etárias. No entanto, torna-se fundamental como futura enfermeira especialista que consiga garantir "(...) a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor" e a aplicação de "(...) conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor" (Ordem dos Enfermeiros, 2009:23), pelo que esta semana senti necessidade de reflectir e aprofundar alguns aspectos inerentes à especificidade da avaliação da dor do RN na UCIN, destacando-se as seguintes questões:

Quais as especificidades que devo ter em consideração na avaliação da dor do RN de termo e pré-termo? Como reage e se manifesta o RN à dor? Que técnicas farmacológicas e não farmacológicas posso utilizar?

Começemos pela definição de dor e seguidamente abordemos a linguagem do RN e as alterações comportamentais desencadeadas pela dor...

A definição de dor, dada pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (1979), evidencia o carácter verbal do fenómeno: "a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real, potencial ou descrita nos termos dessa lesão. A dor é sempre subjectiva."

Nesse contexto, a dor dos indivíduos que não podem exprimi-la através de palavras torna-se um fenómeno diferente. Os recém-nascidos, não verbalizam a dor que sentem. Mas isso não significa que não sintam dor, manifestam-na de uma forma diferente. Existe uma série de evidências científicas que demonstram que o RN não só sente dor, mas que a dor pode ter repercussões orgânicas e emocionais que comprometem o seu bem-estar. O recém-nascido e, especialmente, o prematuro respondem evidentemente a estímulos dolorosos, e na maioria das vezes essa resposta é exagerada e generalizada. Baseado nesse conceito é incontestável a presença da dor nos RN, e o que é mais interessante é que eles sentem a dor com muito mais intensidade que o adulto, devido a sua imaturidade modulatória (Soares, 2008). Assim, parece haver uma "linguagem" própria e alternativa de dor. Estudos realizados nos últimos anos comprovaram que os RN de termo e os prematuros com mais de 24 semanas de gestação apresentam elementos necessários do sistema nervoso central para a transmissão do estímulo

doloroso e memória para a dor, respondendo por meio de alterações fisiológicas e comportamentais (Nicolau *et al*, 2008:147). Este aspecto vem demonstrar que “(...) os profissionais envolvidos com o recém-nascido devem estar aptos a decodificar a linguagem de dor, a fim de que possam exercer a sua função e obrigação máximas: diminuir o sofrimento da criança” (Guinsburg, 2006).

Então, quais são as alterações comportamentais desencadeadas pela dor, que se traduzem na linguagem do RN e para as quais os profissionais deverão estar despertos?

1. Movimento Corporal: diante de um estímulo doloroso, o recém-nascido apresenta rigidez do tórax e movimentos de flexão e extensão das extremidades.

2. Mímica Facial: as alterações de mímica facial constituem um dos eixos fundamentais no estudo da expressão da dor no recém-nascido. Nessa faixa etária, parecem existir expressões faciais específicas da dor, nomeadamente uma região frontal saliente, fenda palpebral estreitada, sulco naso-labial aprofundado, lábios entreabertos, boca estirada no sentido horizontal ou vertical, língua tensa e tremor de queixo. Segundo Grunau & Craig *apud* Guinsburg (2006), “em resposta à dor, 95-98% dos recém-nascidos a termo apresentam pelo menos as três primeiras alterações”. As alterações da mímica facial são uma das ferramentas mais empregadas no estudo da dor do recém-nascido.

3. Choro: outro parâmetro que faz parte das expressões da dor no período neonatal é o choro. Será que existe um choro específico de dor? Sabe-se que o choro do RN, habitualmente, “apresenta uma fase expiratória definida, seguida por uma breve inspiração, um período de descanso e, de novo, uma fase expiratória. Além disso o choro tem um padrão melódico e frequência de 80 decibéis. Quando do estímulo doloroso, ocorrem alterações subtis nos parâmetros descritos: a fase expiratória fica mais prolongada, a tonalidade mais aguda, há perda do padrão melódico e a duração do choro aumenta” (Guinsburg:2006). Os dados apresentados anteriormente parecem indicar que existe, realmente, um choro específico de dor. Mas coloca-se a questão,

como reconhecer o choro não vocalizado de um RN entubado? Nessas circunstâncias pode-se utilizar a movimentação facial associada ao choro, mas não o choro propriamente dito.

4. Respostas Comportamentais Complexas: acredita-se que o RN possa expressar a dor de maneira muito mais complexa, possivelmente com o envolvimento de aspectos emocionais. Por exemplo, depois de uma circuncisão sem anestesia, o RN permanece um tempo maior dormindo em sono NÃO-REM, quando comparado a RN com as mesmas horas de vida, do mesmo sexo, não circuncidados. Alguns autores defendem que, nesses casos, a reacção observada seria um mecanismo de "fuga" do meio ambiente agressor, exercido pela criança. Observa-se também uma indisponibilidade destes recém-nascidos para o contacto visual e auditivo com a sua mãe, que perdura nas 24 a 36 horas seguintes ao procedimento, podendo dificultar o aleitamento materno. Isso significa que o estímulo doloroso pode interferir no padrão alimentar do recém-nascido e na relação mãe-filho (Guinsburg,2006).

Segundo a bibliografia consultada, as expressões comportamentais apresentadas anteriormente são "*letras do alfabeto dos RN*", não se podendo concluir que isoladamente representam indubitavelmente, dor no RN, pois não fornecem informações suficientes para a decisão a respeito da necessidade de analgesia.

Surgem assim diversas escalas que pretendem avaliar a dor no RN tendo em conta a sua linguagem. Na UCIN do HDE, a escala preconizada é a NIPS, composta por seis indicadores de dor, cinco comportamentais e um fisiológico, incluindo a expressão facial, o choro, a movimentação de braços e pernas, o estado de sono/alerta e o padrão respiratório. Trata-se de uma escala válida, pois baseia-se nas alterações comportamentais frente ao estímulo doloroso amplamente descritas na literatura. A escala NIPS tem-se mostrado útil para a avaliação de dor em RN de termo e prematuros, conseguindo diferenciar os estímulos dolorosos dos não dolorosos.

ESCALA DE DOR NIPS (Neonatal Infant Pain Score) - Recém-nascidos a termo e prematuros						
		Pontos			Pontos	Interpretação
Expressão facial	Relaxada	0	Braços	Relaxados ou imobilizados	0	A escala vai de 0 a 7. Considerar <u>presença de dor</u> quando os pontos da escala somarem 4 ou mais. Falha nas crianças muito doentes para reclamar e nos pacientes curarizados.
	Contraída	1		Fletidos ou estendidos	1	
Choro	Ausente	0	Pernas	Relaxadas ou imobilizadas	0	
	Resmungos, fraco	1		Fletidas ou estendidas	1	
Respiração	Vigoroso	2	Consciência	Dormindo ou acordado calmo	0	
	Normal	0		Desconfortável	1	
	Alterada, irregular	0				

Escala NIPS (Fonte: www.blackbook.com.br)

Que técnicas farmacológicas e não farmacológicas utilizamos para o alívio da dor no RN?

De acordo com o que tenho observado na UCIN e com a pesquisa bibliográfica realizada, conclui-se que os métodos farmacológicos mais utilizados pelos profissionais para o alívio da dor do RN foram o uso de analgésicos, os opióides e sedativos. Relativamente às estratégias não farmacológicas de alívio da dor destacam-se: posicionamento, massagem local, sucção não nutritiva (chucha), administração de sucrose e o banho de imersão (Crescêncio, 2009). Segundo Soares (2008), o toque com contenção é uma forma especial de comunicação, devendo os profissionais estar atentos e seguros na utilização do mesmo durante os procedimentos dolorosos, aproveitando o toque que é realizado nestes procedimentos e tratando-o como um cuidado especial. O acto de tocar é munido de uma especial complexidade que auxilia profundamente no combate à dor do RN.

Em jeito de conclusão e por tudo o que foi descrito anteriormente, é possível depreender que o recém-nascido, através de "pequenos" sinais como a expressão facial, corporal, o choro e o estado de consciência, consegue exprimir-se e "comunicar" a dor que sente, estando os profissionais perante uma linguagem específica, para a qual devem estar despertos e saber "reconhecer" e "descodificar". No entanto, sabemos que o entendimento destes sinais por parte do profissional de saúde não é inato, e o mesmo deverá estar desperto e ter um conhecimento aprofundado, para que assim se consiga efectivar a comunicação e se consiga fornecer ao RN, através de técnicas farmacológicas e não farmacológicas, o bem-estar, conforto e acima de tudo, uma passagem pela UCIN, o mais "indolor" possível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE), Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem, Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista - Conselho de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Dezembro de 2009. 46p.

Electrónicas:

CRESCÊNCIO, Erica *et al* (2009)- *Avaliação e alívio da dor no recém-nascido*. Disponível em: WWW: <URL: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a08.htm> [Consultado em 10 de Outubro de 2010, 20h]

GUINSBURG, Ruth (2006)- *A Linguagem da Dor no Recém - Nascido*. Disponível em : WWW:<URL: http://www.sbp.com.br/show_item.cfm?id_categoria=24&id_detalhe=378&tipo_detalhe=3 [Consultado em 10 de Outubro de 2010, 20h]

NICOLAU, Carla *et al* (2008) - *Avaliação da dor no recém-nascido prematuro: parâmetros fisiológicos versus comportamentais*. Disponível em: WWW: <URL: <http://lildbi.bireme.br/lildbi/docsonline/lilacs/20090300/162-LILACS-UPLOAD.pdf> [Consultado em 10 de Outubro de 2010, 20h]

SOARES, Camila (2008) - *Reconhecer a Dor no Recém-Nascido: Um Desafio para Enfermagem*. Disponível em: WWW: <URL: <http://www.webartigos.com/articles/12248/1/Reconhecer-a-Dor-no-Recem-Nascido-Um-Desafio-para-Enfermagem/pagina1.html> [Consultado em 10 de Outubro de 2010, 20h]


Anexo XX

Procedimento Sectorial

“A Criança/Família oriunda dos PALOP:

Acolhimento da Criança/Família oriunda dos PALOP, ao Abrigo dos Acordos de Cooperação no

Domínio da Saúde, no SUP do HDE”

	Procedimento Sectorial	COD.000
	A Criança/Família oriunda dos PALOP: Acolhimento da Criança/Família oriunda dos PALOP, ao Abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde, no SUP do HDE	

APROVAÇÃO

1 OBJECTIVO

Promover a implementação de linhas orientadoras relativas ao acolhimento da criança/família oriunda dos PALOP, ao abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde, no Serviço de Urgência Pediátrica do HDE.

2 ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Todos os Enfermeiros do Serviço de Urgência Pediátrica do HDE.

3 RESPONSABILIDADES

3.1 Pela implementação do Procedimento: Todos os enfermeiros do Serviço de Urgência Pediátrica do HDE

3.2 Pela revisão do procedimento: Os enfermeiros do serviço de Urgência Pediátrica do HDE em quem o Enfermeiro Chefe delegar.


4 DEFINIÇÕES

Acolhimento: é um processo de inter-relações e atitudes humanas nas práticas de atenção e gestão, pautadas no respeito, na solidariedade, no reconhecimento dos direitos e no fortalecimento da autonomia dos utentes/famílias (NEVES e ROLLO, 2006).

ELABORAÇÃO	
Nome dos profissionais que elaboraram o documento, por ordem alfabética	_____

VERIFICAÇÃO	
CQSD	_____

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
	Nº		

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL.EPE	Procedimento Sectorial		COD.000
	A Criança/Família oriunda dos PALOP: Acolhimento da Criança/Família oriunda dos PALOP, ao Abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde, no SUP do HDE		

O Estado Português, sempre se empenhou, no quadro da cooperação internacional de apoio ao desenvolvimento, em participar activamente na melhoria das condições de saúde das populações dos países africanos que partilham a língua portuguesa.

A assistência médica, em Portugal, a cidadãos naturais dos PALOP tem constituído um dos eixos estratégicos importantes no reforço da cooperação internacional no domínio da saúde, sendo frequente a recepção e acolhimento, ao HDE, de crianças e respectivo acompanhante, oriundas dos PALOP, para realização de tratamento hospitalar, ao abrigo dos acordos de Cooperação no Domínio da Saúde, estabelecidos entre o Governo da República Portuguesa e os Governos das Repúblicas: de Cabo Verde, de Guiné-Bissau, Democrática de São Tomé e Príncipe, Popular de Moçambique e Popular de Angola.

Um bom acolhimento é fundamental para o bem-estar e equilíbrio psicológico da criança/família oriunda dos PALOP.

5 SIGLAS E ABREVIATURAS

CHKS/HAQU – Caspe Healthcare knowledge Systems/ Healthcare Accreditation and Quality Unit;

HDE – Hospital de Dona Estefânia.


PALOP- Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

SUP – Serviço de Urgência Pediátrico

6 REFERÊNCIAS

- Manual Internacional da Qualidade CHKS/HAQU, 2006
- CHLC – Política de Comunicação
- NEVES, Cláudia; ROLLO, Adail – Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. Brasil: 2ª Edição, 2006. ISBN: 85-3341268-1.

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
	Nº		


 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE	Procedimento Sectorial	COD.000
	A Criança/Família oriunda dos PALOP: Acolhimento da Criança/Família oriunda dos PALOP, ao Abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde, no SUP do HDE	

- Decreto-Lei nº 44/92 de 21 de Outubro **D.R. Série I** Parte A, 243 (21/10/1992) 4898-4990 (Acordo no Domínio da Saúde entre a República Portuguesa e a República da Guiné-Bissau)
- Decreto-Lei nº 24/77 de 3 de Março **D.R. Série I** Parte A, 52 (03/03/1977) 363-364 (Acordo no Domínio da Saúde entre o Governo da República Portuguesa e o Governo da República de Cabo Verde)
- Decreto-Lei de 18 de Julho **D.R. Série I** Parte A, 165 (18/07/1984) 2201-2204 (Acordo de Cooperação no Domínio da Saúde entre a República Portuguesa e a República Popular de Angola)
- Decreto-Lei nº 25/77 de 3 de Março **D.R. Série I** Parte A, 52 (03/03/1977) 365-366 (Acordo no Domínio da Saúde entre o Governo da República Portuguesa e o Governo da República Democrática de S. Tomé e Príncipe)
- Decreto-Lei de 12 de Julho **D.R. Série I** Parte A, 160 (12/07/1984) 2105-2109 (Acordo no Domínio da Saúde entre a República Portuguesa e a República Popular de Moçambique)
- Circular Normativa nº4 de 16/04/2004 (Normas gerais de encaminhamento e assistência a doentes oriundos dos PALOP ao abrigo dos Acordos de Cooperação no domínio da Saúde)
- www.acidi.gov.pt

7 DESCRIÇÃO

- 1- Aquando do momento da admissão da criança/família oriundos dos PALOP ao SUP, e em caso de dificuldade em estabelecer comunicação por questões de diferença linguística, utilizar o guia facilitador da comunicação com a população oriunda dos PALOP em Crioulo de Cabo Verde (Anexo I) ou contactar os Serviços de Interpretes Disponíveis (Anexo II).

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
	Nº		

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	Procedimento Sectorial		COD.000
	A Criança/Família oriunda dos PALOP: Acolhimento da Criança/Família oriunda dos PALOP, ao Abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde, no SUP do HDE		

- 2- Após realização da triagem, fornecer guia de acolhimento “Informação para crianças/acompanhantes oriundos dos PALOP” à criança/acompanhante, escrito em Português ou Crioulo de Cabo Verde (Anexo III), consoante a língua com que a criança/família se sinta mais familiarizada e também o Folheto “Informação para estrangeiros de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa” (Anexo IV).
- 3- Informar o Serviço Social (Dr.^a Idalina Cabrita), da admissão da criança/família oriunda dos PALOP ao HDE, por meio de carta fechada, enviada no 1º dia útil após chegada da criança/família, que inclui: documento de notificação - Criança/família oriunda dos PALOP (Anexo V) e cópia de documentos da criança, caso seja necessário. O envio da carta deverá ser registado em protocolo interno do SUP.
- 4- Posteriormente, Dr.^a Idalina Cabrita efectuará o encaminhamento do processo da criança/família para a Consulta de Cooperação Internacional (Dr. Luís Varandas).
- 5- Aquando da transferência da criança/família do SUP para outras Unidades do HDE ou para outros hospitais, no processo da criança deverá estar incluída a folha de check-list “Acolhimento e encaminhamento da criança/família oriunda dos PALOP no SUP” (Anexo VI) iniciado na Urgência, de forma a permitir a continuidade dos cuidados à criança/família oriunda dos PALOP.
- 6- Em caso de necessidade, informar a família sobre alguns recursos da comunidade de apoio à criança/família oriundos dos PALOP (Anexo VII).


8 ANEXOS

a. Impressos

Anexo I- Guia facilitador da comunicação com a população oriunda dos PALOP em Crioulo de Cabo Verde

Anexo II- Procedimento Multisectorial “Serviço de Interpretes Disponíveis”

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
	Nº		

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	Procedimento Sectorial		COD.000
	A Criança/Família oriunda dos PALOP: Acolhimento da Criança/Família oriunda dos PALOP, ao Abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde, no SUP do HDE		

Anexo III- Guia de Acolhimento

Anexo IV- Folheto “Informação para estrangeiros de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa”


Anexo V- Documento de notificação - Criança/Família oriunda dos PALOP

Anexo VI- Check list “Acolhimento e encaminhamento da criança/família oriunda dos PALOP no SUP”

Anexo VII- Recursos da comunidade de apoio à criança/família oriundos dos PALOP


b. Outros

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
	Nº		

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	Procedimento Sectorial	COD.000
	A Criança/Família oriunda dos PALOP: Acolhimento da Criança/Família oriunda dos PALOP, ao Abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde, no SUP do HDE	

ANEXOS

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
	Nº		

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	Procedimento Sectorial		COD.000
	A Criança/Família oriunda dos PALOP: Acolhimento da Criança/Família oriunda dos PALOP, ao Abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde, no SUP do HDE		

Anexo I- Guia facilitador da comunicação com a população oriunda dos PALOP
em Crioulo de Cabo Verde

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
	Nº		



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Estágio Módulo III- Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital Dona Estefânia

Guia facilitador da comunicação com a população oriunda dos PALOP, em Crioulo de Cabo Verde



Elaborado por:

Anabela Namora

Orientado por:

Enf^ª. Esp. Fátima Silva e

Prof^ª. Lília Vara

Sumário

	pág.
Introdução	3
Saudações	5
Avaliação Inicial	6
Febre	7
Dificuldade Respiratória	8
Vômitos	9
Diarreia/Obstipação	10
Desidratação	11
Dor de Ouvidos	12
Dor de Garganta	13
Dor de Cabeça	14
Dor Abdominal	15
Convulsão	16
Borbulhas	17
Hipoglicemia	18
Quedas	19
Tratamento	20
Encaminhamentos	21
Referências Bibliográficas	23

Introdução

Portugal, outrora um país de emigrantes, tem-se vindo a tornar num país acolhedor de imigrantes oriundos das mais diversas partes do mundo, nomeadamente dos PALOP, que segundo dados do Gabinete de Saúde do CNAI, em 2007, representam cerca de 45,5% de cidadãos não comunitários, em situação regular em Portugal (BACKSTROM, 2009:166).

À luz do sucedido com outros povos e países, e porque os enfermeiros são, frequentemente, os primeiros mediadores e elos de ligação entre quem procura cuidados de saúde e o serviço de saúde, torna-se relevante a prática de uma enfermagem transcultural, tão defendida por Madeleine Leininger na sua Teoria da Diversidade e Universalidade, dado que *“culturas diferentes (diversidade) percebem, conhecem e praticam o cuidado de maneiras diferentes, apesar de haver pontos comuns (universalidade) no cuidado de todas as culturas do mundo”* (LEININGER, 2002).

As crianças/famílias oriundas dos PALOP são um grupo particularmente vulnerável em termos de saúde, por questões relacionadas com uma deficiente inserção comunitária, níveis económicos e socioculturais mais baixos do que o nível médio da população portuguesa, barreiras linguísticas,

desconhecimento de hábitos e costumes e ignorância dos serviços sociais colocados à sua disposição. A acrescentar a estes aspectos, associam-se dificuldades de comunicação com os profissionais de saúde (MONTEIRO, 2005:54). É frequente, os enfermeiros, na prestação de cuidados transculturais, depararem-se com algumas barreiras/ dificuldades, nomeadamente no que respeita à comunicação. Desta forma, emerge este guia facilitador da comunicação com a população oriunda dos PALOP, em Crioulo de Cabo Verde, que se pretende que seja uma “ferramenta” útil para a prestação de cuidados de enfermagem, culturalmente competentes e conduza ao estabelecimento de um clima de confiança e empatia, evitando conflitos, facilitando a adesão ao tratamento e aumentando o grau de satisfação por parte da criança/família oriunda dos PALOP.

Saudações

Cumprimentos



Olá  *Olá*

Bom Dia  *Bom dià*

Boa Tarde  *Bô tarde*

Boa Noite  *Bô noite*

Bem-vindo a Portugal e ao Hospital Dona Estefânia!  *Nhôs fazi bem. Nhôs bem Portugal e pâ Hospital Dona Estefânia!*

Fez Boa Viagem?  *Nhôs fazi boa viagem?*

Encontra-se no Serviço de Urgência Pediátrica  *Nhôs sta na serviço de Urgência pâ criança*



Avaliação Inicial

Como se chama?



Mode ki bú tchoma?



Que idade tem?



Kí idade é tem?

Vem de que país?



Dí ki terra bú bem?



Quem o está a acompanhar?



Kem kí stâ tâ kompanhal?

Quanto pesa?



Kanto kê tâ pesa?

O que aconteceu?



Kuzê kí konticí?

Tem alguma alergia?



Ê tem algum alergia?

Tem alguma doença crónica?



Ê tem algum doença mau?

Febre

Febrí

Quanto?



Kanto?

A que horas?



Kí horas?



O que fez? - (Xarope/banho/Supositório)



Kuzé kí bú fazí? - (*Xaropí/banhú/supusitori*)

Dificuldade Respiratória

Dificuldade na respira

Desde quando?



Kanto tempo?

Tosse?



Tossí?

Seca/produtiva



Sea/catarro

Secreções: verdes/amareladas/brancas?



Catarro: berde/marelo/branco?

Coloração da pele: cianose/palidez/sem alterações
cinsento/palido/cor normal



Cor de pele:



O que fez? (aerossol/instilação com soro/medicação)



Kuzé kí bú fazí? (suador com soro/ramédi)



Vómitos

Gumita



Quando começou?



Kandu ê komeça?

Quantas vezes?



Kantú bês?

Cor: amarelo/verde/com sangue



Cor: marelo/berde/kú sanguí



O que fez? (líquidos/medicação)



Kuzé kí bú fazi? (agú/ramédi)

Diarreia/Obstipação

Diarrià/ Intestino presú

Quando começou?



Kuandú ki komeça?

Quantas vezes?



Kantú bês?

Côr: castanhas/verdes/amarelas/com sangue/incolores
marelo/ku sanguí/ sem cor



Cor: castanho/berdi/

Consistência: líquidas/moles/duras



Modí kiera: aguado/mole/dura



O que fez? (líquidos/arroz/cenoura/medicação)



Kuzé kí bú fazí? (agú/arroz/ cenora/ramédi)



Desidratação

Perdeu peso?



Ê magrecê?

Bebe líquidos?



Bebí agú?

Pouco activo/irritado?

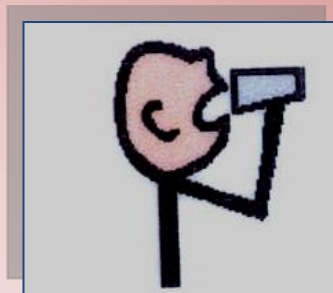


Stâ fraco/cheatradú?

Sonolento/choroso?



Molí/tchorôn?



Dor de Ouvidos

Dor dí Obidú



Quando começou?



Kandu bú komeça?

Em que ouvido? (Direito/Esquerdo/Bilateral)
túdu dôs)



Kal obidú? (direta/esquerda/ô

O que aconteceu? (serosidade/dor ao toque)
ketócadu)



Kuzê ki kontíce? (sera/dor tô

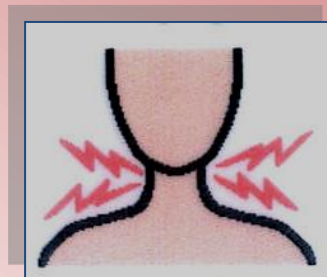


O que fez? (medicação)



Kuzé kí bú fazí? (ramédi)

Dor de Garganta



Desde quando?



Desdé kuandú?

Tem manchas brancas?



Ê teni mantchas brancas?

Consegue comer?



Ê tâ konsígui kúmi?

Tosse/Dificuldade Respiratória?



Tossí/Dificuldade na respira?



O que fez? (comida fria/medicação)



Kuzé kí bú fazí? (kumida frio/ramédi)

Dor de Cabeça

Dor de Kabéça

Quando começou?



Kuandú ki komeça?

Piora com: Luz/barulho/Movimento



Piora kú kuzê: luz/barudjú/movimentú

Localizada/Generalizada



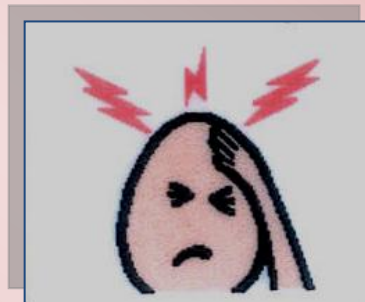
Sítii/Tudu ladu



O que fez? (descanso/gelo/medicamento)



Kuzé kí bú fazí? (descansú/gelo/ramédi)



Dor Abdominal

Dor de Barriga

Quando começou?



Kuandú ki komeça?

Contínua/Intermitente?



Sempre/Ô tâ bem tâ baí?

Localizada/Generalizada?



Sítuu/Tudu ladu

Teve dejecções?



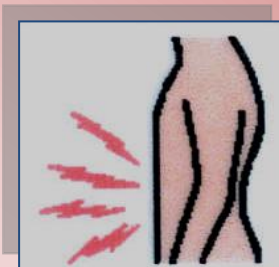
Ê fazí cocó?



O que fez? (massagem/clister/medicação)



Kuzé kí bú fazí? (massági/cristel/ramédi)



Convulsão



É a primeira vez?



Ê bú primeira bês?

Perdeu a consciência?



Bú perdi xintido?

Quanto tempo durou?



Kanto tempo ki dura?

O que observou? (movimentos das mãos e pés)
mão kú pé)



Kuzê ki bú ôdja? (ê movimenta



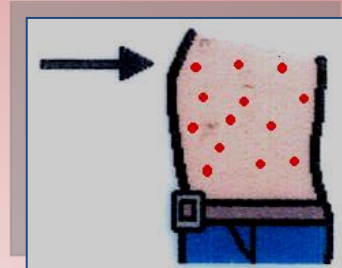
O que fez? (medicação)



Kuzé kí bú fazi? (ramédi)

Borbulhas

Burbúdjâ



Quando começou?



Kuandú ki komeça?

Onde começou?



Ùndi ki komeça?

Tem comichão?



Ê tení cumixôn?



O que fez? (creme/medicação)



Kuzé kí bú fazí?(cremí/ramédi)

Hipoglicémia



Sudorese/Tremores



Ê detâ suor/ê trémi

Sonolência/Desmaio



Ê fica kú sono/Ê dismáia

O que aconteceu?



Kuzê ki kontíci?

É a primeira vez?



Ê primera bêz?



O que fez? (açúcar/comida)



Kuzé kí bú fazí?(sucrí/kumida)



Quedas

Ê kaí



O que aconteceu?  *Kuzê ki kontíci?*

Local alto/local baixo?  *Sítuu alto/Sítuu baxú?*

Dor localizada/generalizada  *Dor na mesmo Sítuu/Tudu ladu*

Perda de consciência/vômitos/sonolência?  *Ê perdi xintidu/gumita/xinti sono?*



O que fez? (gelo/creme/medicação)



Kuzé kí bú fazí?(gelo/cremí/ramédi)

Tratamento

Soro Oral/Endovenoso



Soro na boca/viaàs

Comprimido



Kumprimidú

Xarope



Xaropí

Aerossol



Suador

Supositório



Supusitóri

Clistel



Cristel



Encaminhamentos

Paúndi kí é mandadú

Análises de sangue/urina



Anális dí sanguí/orina



Rx

Ecografia

Clister



Cristel

Aerossol

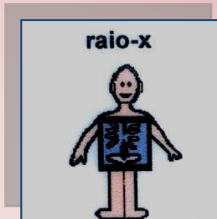


Suador

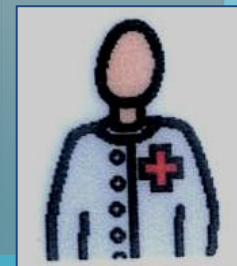
Internamento num serviço



Internadú num sirviçu



Estamos aqui para o ajudar...



Nu stà li pa nu djúda Nhôs...

Em caso de dúvidas, contacte o enfermeiro...



*Sí Nhôs teni dúvida, Nhôs pergunta Sr^o
ou Sr^a. Enfermeru (a)*


Referências Bibliográficas

LEININGER, Madeleine – *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practices*. 2ª Edição. New York: Mc Graw-Hill, 2002. 621p. ISBN 978-0071-353-977.

MONTEIRO, Ana – *Multiculturalismo e Cuidados de Enfermagem*. Revista Pensar Enfermagem. Lisboa. ISSN 0873-8904. Vol.9. Nº1. (1º Semestre 2005). p. 48-57.

ACIDI, Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural I.P. – [Consultado em 26 de Dezembro de 2009 às 17h41m] disponível em WWW:>URL: http://www.acidi.gov.pt/modules.php?name=Downloads&d_op=viewdownload&cid=19

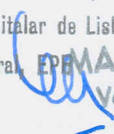
BACKSTROM, Bárbara; CARVALHO, Amélia - *Imigração e saúde - O Gabinete de Saúde do CNAI enquanto observatório para o estudo das condições de acesso dos imigrantes aos serviços de saúde* [Consultado em 5 de Outubro de 2010 às 10h30m] disponível em WWW:> URL: http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Revista_4/Migr4_Art7.pdf

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	Procedimento Sectorial	COD.000
	A Criança/Família oriunda dos PALOP: Acolhimento da Criança/Família oriunda dos PALOP, ao Abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde, no SUP do HDE	


Anexo II- Procedimento Multisectorial “Serviço de Interpretes Disponíveis”

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
	Nº		

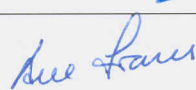
 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE	Procedimento Multisectorial	COM.105
	SERVIÇOS DE INTÉRPRETE DISPONÍVEIS	

APROVAÇÃO	Deliberado em Sessão de <u>25/11/05</u> de Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE
O CA aprova	 MANUEL BRITO Vogal Executivo


LAURA SILVEIRA
 Vogal Executivo


ANA ISABEL GONÇALVES
 Vogal Executivo


DANIEL FERRO
 Vogal Executivo


Ana Soares
 Directora

1. OBJECTIVO

Existir um sistema de interpretação que responda às necessidades linguísticas da população utente do CHLC que não fala português.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Todos os profissionais que interagem com utentes do CHLC

3. RESPONSABILIDADES

3.1. Pela implementação do Procedimento:

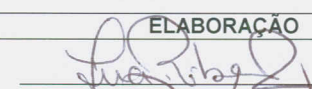
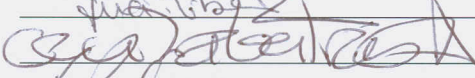
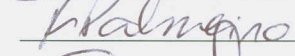
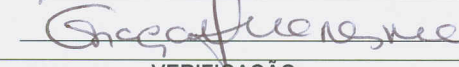
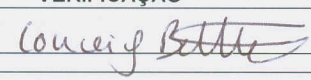
- Enfermeiros Responsáveis das Unidades de Cuidados e de Equipa, e/ou Serviço Social/ Gabinete de Comunicação do HDE – Serviço de Informações - Procedem ao contacto com o intérprete/ tradutor necessário para facilitar a comunicação com a população que não fala português.
- Circular Informativa - Divulgação

3.2. Pela revisão do procedimento:

Gabinete de Comunicação do Hospital Dona Estefânia – Serviço de Informações
 Gabinete de Comunicação do CHLC (HSJ, HSAC e HSM) – Serviço de Informações

4. DEFINIÇÕES

Por população que não fala português entendemos todos aqueles que não conseguem comunicar verbalmente em português, dificultando a comunicação necessária ao processo terapêutico.

ELABORAÇÃO	
Dra. Ana Ribeiro	
Dra. Cecília Azevedo	
Dra. Fátima Palmeiro	
Enfª. Graça Quaresma	
VERIFICAÇÃO	
CQSD	

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
A	Nº 700	2102	1/4

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE	Procedimento Multisectorial	COM.105
	SERVIÇOS DE INTÉRPRETE DISPONÍVEIS	

Não incluímos as populações que falam inglês, francês, espanhol e italiano, por serem línguas que a maioria dos técnicos de saúde dominam, podendo ser solicitados como intérpretes, sempre que necessário.

5. SIGLAS E ABREVIATURAS

ACIME- Alto Comissariado para a Integração de Minorias Étnicas)

CHKS/HAQU – Caspe Healthcare Knowledge Systems/Healthcare Accreditation and Quality Unit

CHLC- Centro Hospitalar de Lisboa Central

HDE - Hospital Dona Estefânia

HSAC- Hospital Sto António dos Capuchos

HSJ- Hospital de S. José

HSM- Hospital de Santa Marta

STT – Serviço de Tradução Telefónica do ACIME

Tel. – Telefone

TM – Telemóvel.

6. REFERÊNCIAS

- Manual Internacional da Qualidade CHKS/HAQU, 2006:

NORMA	TÍTULO	CRITÉRIOS
33	Informações para pacientes	33.10
34	Necessidades Individuais dos Pacientes	34.7

- CHLC- Política de Comunicação
- HDE- Informação sobre Serviços de Intérprete Disponíveis
- HSM – COM.11-Serviço de intérpretes para o HSM
- www.acidi.gov.pt
- www.portaldocidadao.pt

7. DESCRIÇÃO

Sempre que surja um utente com o qual não seja possível comunicar por dificuldades linguísticas, o Profissional de Saúde pode:

1. Usar o STT – Serviço de Tradução Telefónica do ACIME
2. Usar os serviços de intérprete dos Consulados, Embaixadas e Associações (Anexo 1)
3. Contactar o Gabinete de Comunicação do HDE – serviço de informações das 9h às 17h
4. Contactar o Gabinete de Comunicação do CHLC (HSJ, HSAC e HSM) - serviço de informações das 9h às 17h
5. Serviço Social das 9h às 17 horas

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
A	Nº		2/4
2009	700	2012	

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE	Procedimento Multisectorial		COM.105
	SERVIÇOS DE INTÉRPRETE DISPONÍVEIS		

6. Enfermeiro de Coordenação no restante horário, para ajudar a solucionar o problema.

O que é o STT:

É um serviço do ACIME que fornece os meios que garantem, num formato de conferência telefónica, o esclarecimento em simultâneo entre o técnico da instituição, o tradutor e o imigrante. Tem como objectivo ajudar a ultrapassar a barreira da língua, um dos grandes impedimentos a uma boa integração dos imigrantes.

Dotado de uma bolsa de técnicos especializados - tradutores/intérpretes - que dominam perfeitamente, para além do Português, um ou mais idiomas, o STT dirige-se a todas as pessoas que não falam português e a todos os interlocutores portugueses que precisam de comunicar com elas.

Os tradutores/intérpretes funcionam como mediadores junto dos profissionais de saúde de modo a facilitar a comunicação com os utentes, pais e acompanhantes estrangeiros.

O Operador e os Tradutores encontram-se obrigados à estrita observância do segredo profissional, não podendo divulgar a quem quer que seja qualquer informação obtida no decorrer da tradução, conforme carta de ética subscrita pelos próprios.

Este serviço está disponível, gratuitamente, **todos os dias úteis entre as 10.00h e as 18.00h, através da Linha SOS Imigrante - 808 257 257** – disponibilizando a tradução telefónica em pelo menos cinquenta línguas diferentes.

Como aceder ao STT?

- Ligar para a Linha SOS Imigrante - **808 257 257** - através da rede fixa (ou 21 8106191 através da rede móvel) e pedir o serviço de tradução telefónica.
- A chamada será de imediato transferida para o operador do STT, que pede as seguintes informações:
 - Nome da instituição/serviço
 - Nome do cliente (profissional de saúde)
 - Telefone do cliente (numero do serviço)
 - Idioma requerido
 - Data e hora pretendida para o serviço de tradução telefónica (Recomenda-se a marcação antecipada do serviço de tradução telefónica).
- O operador recebe a chamada e com base no pedido do cliente consulta o banco de tradutores:
 - Se o pedido for para o imediato:

E houver disponibilidade de tradutor, estabelece a ligação, colocando em conferência telefónica o tradutor e o profissional de saúde (se necessário pode pedir para juntar à conferência telefónica o utente, dando para tal o telemóvel do mesmo ou outro número fixo).

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
A	Nº		3/4
2009	700	2012	

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE	Procedimento Multisectorial		COM.105
	SERVIÇOS DE INTÉRPRETE DISPONÍVEIS		

Se não houver disponibilidade de tradutor, procura agendar o serviço para uma hora compatível com a disponibilidade da bolsa de tradutores, adiando-se assim o serviço para essa hora.

- Se o pedido for para agendar, verifica a disponibilidade da bolsa de tradutores e faz a marcação. Na hora agendada o **profissional de saúde liga**, o operador coloca-o em espera, contacta o tradutor e cria uma conferência entre ambos. (Se necessário, o utente pode juntar-se à conferência telefónica, dando para tal o telemóvel do mesmo ou outro número fixo).
- O operador da STT mantém-se em linha até ao final da conferência, garantindo a boa execução do serviço. No final da conferência o operador fará um breve questionário de qualidade ao qual deve responder.

Como usar os Serviços de intérprete de Consulados, Embaixadas e Associações

Os profissionais poderão contactar por telefone ou e-mail qualquer dos serviços gratuitos de acordo com a listagem anexa (Anexo 1).

Segue-se uma listagem dos Consulados, Embaixadas e Associações, que têm serviços de intérprete, por ordem alfabética, com nome, morada, contactos telefónicos e horário de expediente, para onde se poderá contactar.

No caso de serviços remunerados deverá ser obtida, previamente, autorização do Conselho de Administração, utilizando para o efeito o “Pedido de Compra”

8. ANEXOS

8.1. Impressos

8.2. Outros

Anexo 1 - Listagem dos Consulados, Embaixadas e Associações, que têm serviços de intérprete, por ordem alfabética, com nome, morada, contactos telefónicos e horário de expediente, para onde se poderá contactar.

Anexo 2 - Lista oficial de Tradutores/Intérpretes da Embaixada da Holanda, contactáveis 24 horas (serviço remunerado).

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A	Nº		4/4
2009	700	2012	

Listagem dos Consulados, Embaixadas e Associações que têm serviços de intérprete

Associação Guineense

Av. João Paulo II, Lote 528 – 2º A Zona J de Chelas, Tel. 218 370 436.

Expediente: 10h -17h (Sra. D.ª Ana Correia); só asseguram o serviço conforme disponibilidade e também têm uma intérprete de russo, para as populações de Leste.

Arábia Saudita (Serviço gratuito)

Tel. 213 010 317

Expediente: 9:30h – 15:30h; fora deste horário ligar para o Dr. Badr pelo TM 919 512 610.

Alemanha

Campo Mártires da Pátria, 38, 1169- 043 Lisboa, Tel. 218 810 210.

Expediente: 8h - 14:15h; fora desta hora será o atendedor de chamadas que informará o número directo e a pessoa a contactar (o número é alterado todas as semanas).

Argélia (Serviço gratuito)

Rua Duarte Pacheco Pereira, 58, 1400-140 Lisboa, Tel. 213 016 356

Expediente: 8, 30 h - 12, 30 h e 14 h - 17 h. Não tem ninguém de referência; na altura indicam.

Bulgária (Serviço gratuito)

Rua Sacramento, 31 Lapa, 1200-792 Lisboa, Tel. 213 976 364

Expediente: 9h – 17h; fora deste horário, solicitar pelo mesmo número, para falar com o Senhor responsável pelos Assuntos Consulares.

China

Expediente:

Tel. 213 928 430 / 213 931 640 / 213 931 649 – Ver com a Embaixada o tipo de dialecto.

Coreia

Av. Miguel Bombarda, 36 – 7º, 1050-165 Lisboa, Tel. 217 817 130.

Expediente: 9h - 17:30h; Fora deste horário ligar para a Sr.ª D. Luisa Andrade, pelo Tel. 219 317 105.

Não é gratuito, quando se trate de internamento que exija várias deslocações ao Hospital.

Croácia

Rua D. Lourenço de Almeida, 24, 1400-126 Lisboa, Tel. 213 021 033

Expediente: 10h-16h; fora deste horário ligar para a Dr.ª Arna, pelo TM 917 765 713

Dinamarca (Serviço gratuito)

Rua Castilho, 14 C – 3º, 1269- 077 Lisboa, Tel. 213 512 960 e TM 916 137 005

Expediente: 9h - 16:30h; depois fica uma gravação com o número do telemóvel de quem fica de serviço.

Egipto (Serviço gratuito)

Av. Vasco da Gama, 8, 1400-128 Lisboa, Tel. 213 018 301

Expediente: 9h - 16:30h; fora deste horário, solicitar pelo mesmo número a ligação ao tradutor.

Eslovénia

Av. da Liberdade, 49 – 6º, 1250-139 Lisboa, Tel. 213 423 305.

Listagem dos Consulados, Embaixadas e Associações que têm serviços de intérprete

Estónia (Serviço gratuito)

Rua Camilo Castelo Branco, 34 – 4º, 1050-045 Lisboa, Tel. 213 194 150
Expediente: 10h - 12h e 14h -16h; fora deste horário ligar para o Dr. Paul Lettens, pelo TM 969 086 376.

Finlândia

Rua Miguel Lupi, 12 – 5º, 1249-080 Lisboa, Tel.213 904 758
Expediente: 8:30h - 12:30h e 13:30h – 17:30 h; às 6.ªs feiras só até às 14:30h.

Grécia (Serviço gratuito)

Rua D. Cristóvão Gama, 41 – 1º D, 1400-115 Lisboa, Tel. 213 032 042
Expediente: 9h – 15:30h; fora deste horário ligar para a Sr.ª D.ª Lisa Madureira pelo TM 914 113 681 ou Tel.213 031260.

Holanda

Av. Infante Santo, 43 – 5º, 1399-011 Lisboa, Tel. 213 914 900
Expediente: 9h - 12:30 h e 13:30 - 17h.
Não prestam serviços de intérprete, forneceram lista oficial de intérpretes (ver anexo 2), que terão que ser remunerados pelo HDE e prestam serviço 24 horas por dia.

Hungria (Serviço gratuito)

Calçada de St.º Amaro, 85, 1349-042 Lisboa, Tel. 213 645 929
Expediente: 8h - 14h; fora deste horário ligar para o Tel. 213 630 395 (telefone de serviço 24 horas).

Índia

Rua Pêro Covilhã, 16, 1400-297 Lisboa, Tel. 213 041 090
Expediente: 12h - 13h e 16h - 17h
Não prestam serviço de intérprete; na altura e conforme a disponibilidade indicam.

Irão (Serviço gratuito)

Rua Alto do Duque, 49, 1400-009 Lisboa, Tel.213 010 871
Expediente: 9h – 13:30h e 14:30h - 17:30h; fora deste horário ligar para o Senhor Goharpay, pelo TM 938 444 897.

Iraque

Rua Arriaga, 9, 1200-608 Lisboa, Tel. 213 960 944

Israel (Serviço gratuito)

Rua António Enes, 16 – 4º, 1050- 025 Lisboa, Tel. 213 553 640
Expediente: 8:30 h - 17h; fora da hora do expediente contactar a Sr.ª D. Miriam Svirsky pelo Tel. 217 588 162 ou TM 935 590 797.

Jugoslávia (Serviço gratuito)

Av. das Descobertas, 12, 1400-092 Lisboa, Tel. 213 015 311
Expediente: 8:30h - 15:30h; fora deste horário, encaminharão para a pessoa indicada.

Letónia

Av. Miguel Bombarda, 36 – 5º C, 1050-165 Lisboa
Expediente: 9h - 17h; fora deste horário contactar o Senhor Embaixador pelo TM 962 523 636.
Serviço gratuito, excepto se for necessário um tradutor por um período superior a 24 horas.

Listagem dos Consulados, Embaixadas e Associações que têm serviços de intérprete

Líbia (Serviço gratuito)

Av. das Descobertas, 24, 1400-092 Lisboa, Tel. 213 016 301
Expediente: 9h - 15h; fora deste horário ligar para o Dr. Sande, pelo Tel.219 314 278.

Lituânia (Serviço gratuito)

Av. 5 de Outubro, 81 – 1º E 1050- 050 Lisboa, Tel. 217 990 110
Expediente: 10h - 13h e 14h - 17h. Não é possível contactar fora deste horário.

Marrocos (Serviço gratuito)

Rua Alto do Duque, 24, 1400-009 Lisboa, Tel.213 020 842
Expediente: 9h - 16h.

Nepal

Rua Padre Américo, 20 – G, 1600-548 Lisboa, Tel. 217 110 022

Noruega (Serviço gratuito)

Av. Vasco da Gama, 1, 1400-127 Lisboa, Tel. 213 015 344
Expediente: 9h - 15h (15 de Maio a 15 de Setembro) e 9h -16h (16 de Setembro a 14 de Maio); fora deste horário ligar para a Dr.ª Lemos pelo TM 918 465 527.

Palestina (Serviço gratuito)

Rua 22, 2º, Bairro de Belém, 1400-140 Lisboa, Tel. 213 621 098.
Expediente: 9h -16h; fora deste horário contactar o Sr. Conselheiro Diplomata Salah El-Qatta peloTel.219 661 988.

Paquistão

Av. da República, 20 – 1º, 1050-192 Lisboa, Tel. 213 538 446.

Polónia (Serviço gratuito)

Av. das Descobertas, 2, 1400-092 Lisboa, Tel. 213 014 200
Expediente: 9h - 16h; fora deste horário ligar para Tel. 213 010 202, pois fica sempre alguém de prevenção.

República Checa (Serviço gratuito)

Rua Pêro Alenquer, 14, 1400-294 Lisboa, Tel. 213 010 487
Expediente: 9h - 12h; fora deste horário contactar o mesmo número telefónico e solicitar ligação para o Senhor Embaixador.

República da Eslováquia (Serviço gratuito)

Av. Fontes Pereira de Melo, 19 – 7º D, 1050-116 Lisboa, Tel. 213 549 838.
Expediente: 8:30h - 17h; fora deste horário ligar para o Senhor Rehak pelo TM 917 340 255.

Tailândia

Calçada da Palma de Baixo, 6 - º A, 1600-176 Lisboa, Tel. 217 274 873.

Tunísia (Serviço gratuito)

Rua Alcolena, 35, 1400-004 Lisboa, Tel. 213 010 330.
Expediente: 9h -15h (em Julho e Agosto) e 9h - 13h, 15h - 18h (resto do ano). Fora deste horário ligar para o Senhor Chokri Letaief, pelo TM 963 765 106.

Ucrânia


Rua Rodrigo Sampaio, 19 – 4º, 1150 Lisboa, Tel. 213 530 046.

**Lista oficial de Tradutores/Intérpretes da Embaixada da Holanda,
contactáveis 24 horas (serviço remunerado)**

<p><u>N.J.M. POELMAN</u> <i>Rua Frei Amador Arrais, 3-r/c D</i> 1700-202 LISBOA Tel. 217 975 265 / Fax: 217 960 194 e-mail: nico.poelman@ip.pt</p>	<p><u>in Nederland beëdigd tolk/vertaler</u> tradutor/intérprete ajuramentado nos Países Baixos (N-P-N)</p>
<p><u>L. CAENEN</u> Praça António Nobre, Torre 4 – 13ºD 2670-037 SANTO ANTÓNIO DOS CAVALEIROS Tel. 219 880 708 Telemóvel: 937 012 707 e-mail: lutcaenen@hotmail.com</p>	<p><u>tolk/vertaalster (N-P-N)</u> tradutora/intérprete (N-P-N)</p>
<p><u>K. BROOTHAERS</u> Urbanização Ar e Sol, 15-3º C 3020-205 COIMBRA Telemóvel: 919 355 181 e-mail: karen.broothaers@mail.telepac.pt</p>	<p><u>vertaalster (N-P-N)</u> tradutora (N-P-N)</p>
<p><u>A.POS</u> Quinta das Esmoutadas Cête 4580-312 PAREDES Tel. 255 752 315 e-mail: nop28899@mail.telepac.pt</p>	<p><u>vertaler; gespecialiseerd op het gebied van Portugese literatuur</u> tradutor; especializado em literatura portuguesa</p>
<p><u>J. DEWULF</u> Rua dos Gaiatos, 171-2º Esq. Frente Aguda 4405-008 ARCOZELO VNG Tel. 227 534 716 e-mail: dewulf.jeroen@clix.pt</p>	<p><u>tolk/vertaler (N-P-N)</u> tradutor/intérprete (N-P-N)</p>
<p><u>J.M.F. VAN DER PUT</u> Largo das Fontainhas, Lote 1 – B – 1º Esq. 2750-623 CASCAIS Tel. 214 835 672</p>	<p><u>vertaler (N-P-N)</u> tradutor (N-P-N)</p>
<p><u>S.M. CANHOTO PINA</u> Rua Prof. Queiróz Veloso, 78 – r/c Dto. 1600-658 LISBOA Tel. 217 598 077 Telemóvel: 966 715 138 e-mail: susana.canhoto@ip.pt</p>	<p><u>vertaalster (P-N-P)</u> tradutora (P-N-P)</p>

Listagem dos Consulados, Embaixadas e Associações que têm serviços de intérprete

<p><u>F.M. MADEIRA</u> Rua de Almeida e Sousa, 9-2º 1250-064 LISBOA Telemóvel: 919 629 512</p> <p><u>L. VAN LOOCK</u> Rua General Garcia Rosado, 37-2º Dto. 1150-173 LISBOA Telemóvel/Fax: 966908068/213582203 Tel. 213 582 202 e-mail: lieve.van.loock@netc.pt</p> <p><u>S. VAN OSCH</u> Rua Santo António, 89 4405-784 MADALENA – V.N. da Gaia Telemóvel: 966 322 217 Tel/fax: 227 132 657 e-mail: sjvanosch@hotmail.com</p>	<p>tolk/vertaler; bekend <u>met juridische terminologie (P-N-P)</u> tradutor/intérprete; especializado em terminologia jurídica (P-N-P)</p> <p>vertaalster; bekend <u>met juridische terminologie (N-P-N)</u> tradutora; especializada em terminologia jurídica (N-P-N)</p> <p><u>vertaalster (N-P-N)</u> tradutora (N-P)</p>
---	---

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	Procedimento Sectorial	COD.000
	A Criança/Família oriunda dos PALOP: Acolhimento da Criança/Família oriunda dos PALOP, ao Abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde, no SUP do HDE	

Anexo III- Guia de Acolhimento

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
	Nº		

Os pais/acompanhantes devem respeitar as regras do Hospital e cumprir as orientações dadas pelos Enfermeiros

Visitas

Visitas de familiares todos os dias **das 14 às 16h e das 18 às 19h**, podendo permanecer **duas** visitas em simultâneo.



Fonte: unmultimedia.org

Telefones

O Hospital dispõe de **cabinas públicas** em vários pontos do Hospital. A utilização do telemóvel não é permitida dentro dos serviços porque pode interferir com o equipamento médico. Mantenha o seu telemóvel desligado quando permanecer junto da criança.

Ocupação do Tempo

Os serviços de internamento dispõem de **educadoras de infância**. As crianças em idade escolar dispõem do apoio de professores do ensino básico, 1º, 2º e 3º ciclos e podem manter a sua escolaridade frequentando a **Escola do Hospital** ou, no caso de não se poderem deslocar, junto ao leito.

Opiniões, Sugestões, Reclamações

Pode dar a sua opinião/sugestão/crítica contactando o gabinete do Utente, usando as caixas de sugestões ou o livro de reclamações.



Fonte: construirnoticias.com.br

Informação para crianças e acompanhantes oriundos dos PALOP

Guia de Acolhimento

Elaborado por: **Enf.ª Anabela Namora**

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria



Hospital Dona Estefânia -Serviço de Urgência Pediátrica
Rua Jacinta Marto
1169-045 Lisboa
Telef.: 213 126 600



HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA
SERVIÇO DE URGÊNCIA
PEDIÁTRICA

Revisão:

Sejam bem-vindos ao Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital Dona Estefânia

Este folheto contém informação útil

O **Hospital Dona Estefânia** é um hospital central especializado no atendimento materno-infantil, que recebe crianças de todo o país e também dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, ao abrigo dos Acordos de Cooperação no domínio da Saúde estabelecidos entre o Governo Português e o Governo destes países.

O **Serviço de Urgência Pediátrica** localiza-se no piso 0, na ala direita do edifício principal, encontrando-se dividido em Urgência Médica e Urgência Cirúrgica. Recebe todas as crianças desde o nascimento até aos 18 anos de idade menos um dia, funcionando como a “*porta de entrada*” da criança/família no Hospital.

Após transferência da criança do Serviço de Urgência Pediátrico para o **serviço de internamento** existem algumas informações úteis que facilitarão a adaptação ao hospital.

As crianças podem utilizar a sua própria **roupa** durante o internamento, embora o Hospital forneça roupa quando necessário.

Pode trazer:

- Roupas confortáveis para dia e noite
- O brinquedo preferido
- Pente ou escova
- Escova de dentes e pasta dentífrica
- Chucha
- Livros ou jogos



Fonte: vozporextenso.blogspot.com

Acompanhamento

Os pais/acompanhantes, se assim o desejarem, podem acompanhar a criança durante todo o dia das **8h00m às 20h00m** e durante a noite, das 20h00m às 8h00m, mas neste período nocturno apenas poderá ficar **um dos pais/acompanhantes**.

Os pais/acompanhantes, se assim o desejarem, podem **brincar e colaborar** em alguns tratamentos com a ajuda do enfermeiro.

Sempre que se ausentem de junto da criança, devem informar o enfermeiro.

A criança **não deve comer alimentos** que não tenham sido fornecidos pelo hospital sem primeiro perguntar ao enfermeiro.



Fonte: nenemafricabrasil.blogspot.com

Refeições dos pais/acompanhantes

Tem direito a tomar as suas **refeições gratuitamente**, no refeitório que fica situado no 2º andar. Horários: Almoço: 14/14.45h Jantar: 19/20h. O bar funciona das 7.30 às 23h. Fica no 2º andar.

Em vários locais do Hospital existem máquinas de venda automática de comida e bebida.

Serviço Social

Após admissão ao Hospital, contacte o Serviço Social no período das 9h00m às 18h00m. Solicite a ajuda do enfermeiro para este procedimento.

Lave sempre as mãos antes e depois de sair do serviço

Sempre que tiver dúvidas esclareça-as com o enfermeiro

Pai ô mai debi respecta regra di hospital e cumpri orientaçon dada pâ infirmeru

Bizita

Bizita di famílias tudú dia di **14h00m ti 16h00m e di 18h00m ti 19h00m**, podi fica **dôis** bizita di kada bês.



Fonte: unmultimedia.org

Telefones

Hospital tem **cabini pública** em vários sítius de Hospital.

È ka permitido pâ bú usa bu telemóvel dentro di sirviçu pamodi podi interferir ku aparelhos dos médicos. Ka nhôs liga telemóvel kuando bú stâ djunto di bú criança.

Kusa pâ ocupa tempu

Sirviçus di internamento tem **educadoras de infância**. Mininus ki teni idade de bâ pâ escola tem apoio de professores de ensino básico, 1º, 2º e 3º ciclu ês pôdi fica na mesma classe.

Escola di hospital na casu di ês ka pôdi desloca djunto de cama.

Opiniõn, Sugestõn, Reclamaçõn

Bu pôdi dá bú opiniõn, sugestõn, ô fazi crítica si bú entra em kontaktu kon gabiti di itenti, desdi ki usa caixa de sugestõn ô livro de reclamaçõn.



Fonte: construirnoticias.com.br

Informaçõn pâ criança e alguém ki ta bêm kois de PALOP

Alguém ki tâ recebês

Elaborado por: **Enf.ª Anabela Namora**

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria



Hospital Dona Estefânia -Serviço de Urgência Pediátrica
Rua Jacinta Marto
1169-045 Lisboa
Telef.: 213 126 600



HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA
SERVIÇO DE URGÊNCIA
PEDIÁTRICA

Revisão:

Nhôs seja bem vindo à Sirviçu de Urgência pã criança do Hospital Dona Estefânia

O **Hospital Dona Estefânia** é um hospital ki é especializado na atendimento materno infantil e é tâ recebi mininus ki tâ bem di tudú País de África ki tâ papaia Português.

O **Sirviçu de Urgência di criança** tâ fica na res/tchõn na ladu dirêto de prêdio principal e é têm ladu pã urgência médica e urgência pã operaçõn. É tâ recebi tudú criança desdi ki naci até ki fazi dezoito ânus di idade mienus um dia, é tâ funciona comu “*porta di entrada*” di criança/família na hospital.

Depois di transfirir criança di Sirviçu de Urgência pã Criança para o **Sirviçu di internamento** tem alguns informaçõn úteis que ajudam a adaptaçõn na hospital.

As crianças podi utiliza ses propi roupa cukquanto êsta internadu, embora hospital tâ forneci roupa kuando algum precisa.

Podi trazi:

- Roupas ki mininus tâ xinti bem pã dia e pã noti
- O brinquedus kês gosta mais
- Pente ou escova
- Escova di denti e pasta di denti
- Xuxa
- Livros ou jogu



Fonte: vozporextenso.blogspot.com

Este fodja tem informaçõn útil

Kumpanhamentu

Pai ku mai ki tâ kumpanha, sês krê, ês pôdi kumpanha sês criança durante tudú dia di **8h00m ti 20h00m** i duranti nôti, di 20h00m ti 8h00m, mas nês hora di nôti **sô pôdi fica pai ô mai.**

Pai ô mai ki acumpanha, si ês krê, ês pôdi brinka e kolabora kualguns tratamentu ku ajuda di infirmeru.

Sempri ki bû sai di djuntu di bû criança, bû debi flâ infirmeru.

Bû criança **kâ debi kumi kumida ki ka hospital ki dâ** sem pergunta primero a infirmeru.

Kumida pã pai ô mai

Nhôs tem direto di **kumida di graça**, na kantina ki tâ fica na 2º andar.

Hora di kumida: Almoçu: 14h/14h45m, Janta: 19h/20h.

O bar tâ funciona di 7h30m ti 23h00m. É tâ fica na 2º andar.

Em vários sítiu di hospital tem máquinas de venda ôtomática di kumida e bebida.

Sirviçu Social


Depois di bu dimitidu na hospital, papapia ku Sirviçu Social, na período di 9h00m ti 18h00m. Pidi djuda di infirmeru pô podi pápia ku ês sirviçu.



Fonte: nenemajricabrasil.blogspot.com

Labá sempri bu mò antes e depois di bu sai di serviçu

Sempre ki bu tem dúvida papia ku infirmeru

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	Procedimento Sectorial		COD.000
	A Criança/Família oriunda dos PALOP: Acolhimento da Criança/Família oriunda dos PALOP, ao Abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde, no SUP do HDE		

Anexo IV- Folheto “Informação para estrangeiros de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa”

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
	Nº		



Os meus direitos na Saúde em Portugal

Informação para Estrangeiros de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa



CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA
CENTRAL E.P.E.



HOSPITAL
DE
DONA
ESTEFÂNIA

**Centro Hospitalar de Lisboa Central E.P.E.
Hospital de Dona Estefânia
Serviço Social**

Consulta de Cooperação Internacional

Revisão: Maio 2009

Este folheto é para si, que está em tratamento hospitalar e vem de um dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP). Juntámos as perguntas mais frequentes e damos as respostas

PERGUNTAS E RESPOSTAS FREQUENTES

O seu visto de estada temporária serve para?

Destina-se ao tratamento médico em estabelecimentos oficiais de saúde, sendo válido por um período inicial de 3 meses, sendo possível a sua renovação caso a sua situação clínica o justifique.

Como fazer para renovar o seu visto?

Efectuar marcação por telefone ou ir directamente ao SEF - Serviço de Estrangeiros e Fronteiras antes do seu visto terminar.

Quais os documentos necessários?

- Impresso próprio, assinado pelo requerente no caso de menor ou incapaz, assinado pelo respectivo representante legal (é adquirido e preenchido no SEF);
- Passaporte ou outro documento de viagem válido reconhecido;
- Comprovativo dos meios de subsistência (passado pela embaixada);
- Cartão Consular (passado pela Embaixada);
- Certificado do Registo Criminal, sempre que a estada requerida seja superior a 90 dias e com idade superior a 16 anos (Solicitar na Loja do Cidadão);
- Duas fotografias iguais, tipo passe, a cores e fundo liso, actualizadas e com boas condições de identificação;
- Comprovativo de que o requerente continua em tratamento médico e tem assegurado o internamento, o tratamento ambulatorio ou se encontra inscrito em lista de espera ou no sistema integrado de gestão para cirurgia. (Solicitar com 15 dias de antecedência ao seu médico assistente)

Nota: Entregar no SEF os originais e respectivas cópias de todos os documentos ficando com uma cópia para si.

Proteja a sua saúde fazendo uma alimentação saudável

Se está em Portugal ao Abrigo do Acordo de Cooperação saiba quais são os seus direitos e deveres.

Ao Abrigo do Protocolo quais os meus direitos e deveres?

A Portugal compete garantir-lhe:

Assistência médica hospitalar (internamento e consultas);

Meios complementares de diagnóstico e terapêutica quando realizados em estabelecimentos oficiais (exames necessários face à situação clínica);

Transporte em ambulância do hospital ao aeroporto, para regresso ao seu País.

Ao País Africano (sua Embaixada ou consulado) compete garantir-lhe:

Transporte de vinda e de regresso ao seu País;

Deslocação do aeroporto ao local de destino;

Alojamento a doentes não internados ou em consulta;

Medicamentos, produtos farmacêuticos e Próteses prescritos em ambulatório;

Funeral ou repatriamento do corpo em caso de morte.

Acesso à Saúde

De acordo com a Constituição Portuguesa todos os cidadãos mesmo estrangeiros têm o direito de serem assistidos num Centro de Saúde ou Hospital, independentemente das suas condições económicas, sociais e culturais, para a prestação de cuidados globais de saúde, necessitando para tal de um Cartão de Utente. (Despacho do Ministério da Saúde n.º 25 360/2001)

Quais os documentos necessários para obter o Cartão de Utente e aonde?

Pode pedir o cartão no Centro de Saúde da área de residência ou na Loja do Cidadão.

Precisa de Atestado de Residência (emitido pela Junta de Freguesia, desde que se encontre em Portugal à mais de 90 dias) e o respectivo documento de Identificação (Passaporte).

Que Serviços tenho que pagar?

Crianças menores de 12 anos de idade e pessoas com doenças crónicas legalmente definidas estão isentas do pagamento de taxas moderadoras, a todos os outros poderão ser cobradas as despesas efectuadas no SNS - Serviço Nacional de Saúde .

Proteja a sua saúde e a dos seus filhos, NÃO FUME!

Pode Pedir ajuda...

Hospital de Dona Estefânia

Rua Jacinta Marto 1169-045 Lisboa

Tel. Geral: 213126600

Hospital de Santa Marta

Rua de Santa Marta 1169-024 Lisboa

Tel. Geral: 213594000

Serviço de Estrangeiros e Fronteiros (SEF)

Rua Conselheiro José Silvestre de Ribeiro.

n.º 4. 1649-007. Lisboa

Tel. Geral: 217115000 / 808962690

Organização Internacional para as Migrações (OIM)

Rua José Estevão n.º 137, 8º, 1150-201 Lisboa

Tel. 213242940

Emergência Médica

Tel. 112

Emergência Social

Tel.144

Linha Saúde 24

Tel. 808242424

Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural, IP (ACIDI)

Rua Álvaro Coutinho n.º14, 1150-025 Lisboa.

Tel. 218106173

Centro Nacional de Apoio ao Imigrante de Lisboa (CNAI)

Rua Álvaro Coutinho n.º14, 1150-025 Lisboa.

Tel. 218106100

Linha SOS Imigrante

Tel. 808257257 /218106191

Centro Hospitalar de Lisboa Central

Hospital Dona Estefânia

Rua Jacinta Marto 1169-045 Lisboa

Telef: 21 3126600 S. Social: 213126678/81

Fax: 21 312 66 85

E-mail: ssocial@hdestefania.min-saude.pt

Elaborado por

Idalina Cabrita

Inês Espírito Santo

Luís Frederico



Nha Direitos na saudi na Portugal

Informação pa estrangeiros de países Africanos de Língua Oficial Portuguesa



Centro Hospitalar de Lisboa Central E.P.E.

Hospital de Dona Estefânia

Serviço Social



Consulta de Cooperação Internacional

Revisão: Agosto 2009

É Folhote i ba bo, que sta na tratamento qui bim de um dos países africano de língua mais frequente nona da resposta

PERGUNTAS QUE RESPOSTAS

Pa qué qui servi bu visto temporário?

I destina pa tratamento médico no estabelecimento oficial di saúde i tene validadi pa período di 3 mis i possível si renovação caso bu situação clínica intindi.

Como que bu pudi renova u visto?

Façi marcação (pessoalmente ou pa telefone) junto di sef antes di bu visto acaba.

Que tipo di documentação precisa?

- Impresso próprio, assinado pa bô na caso di menor ou incapaz, assinado pa respectivo representante legal (Pa Preenchi na SEF);
- Passaporte ou utru documento de viagem válido reconhecido;
- Comprovativo de cumo bu ta vivi na Portugal (embaixada que na passam el);
- Cartão de consular (embaixada que na passam el);
- Certificado de Registo Criminal, sempre que bu pedil visto superior a 90 dias i que idade superior a 16 anos (pedil na loja di cidadão);
- Dus fotografia qui pareci colorido que tene bons condições de reconheci;
- Comprovativo que doente continua tratamento medico i que tene assegurado internamento ou incontra na lista de espera ou sta integrado pa cirurgia (operação) pa pedi 15 dias anis bu médico qui assistiu).

Nota: Pa entrega na SEF originais e tudu cópias di documentos.

Protegi bu saudu i bu faci alimentação saudável

Si bu sta na Portugal na Abrigo de Acordo de Cooperação Sibi cal bu diritu e bu dever.

Cal qui nha diritus e nha deveres?

Deveres di Portugal:

Assistência médica hospitalar (internamento e assistência);
Tratamento na ambulância di hospital até aeroporto para riba bu país di origem.

Deveres di país africano:

Transporte di bim i dipus riba bu país di origem;
Bu deslocação du aeroporto pa bu local de destino;
Casa pa doenti não internado fica;
Medicamentos, produtos di farmácia prescrito na hospital e próteses;
Funeral ou ribanta curpu caso doenti murri.

Acesso á Saúdi

Di acordo com constituição portuguesa tudu cidadãos mesmo estrangeiro tene diritu de assistil na centro di saudi ou hospitalindependentemente di di si situação económica, social e cultural, pa apresentação di cuidados di saudi, necessita di um cartão di utente. (Dispacho di ministério di saudi 25360/2001)

Nundé quim pudi cartão di utenti?

I pudi atchado na centro di saudi di bu área que cu bu mora ou na loja di cidadão.

Que tipo di documento cu precisa?

Atestado de residência (emitido pa bu junta di freguesia desdi qui bu sa na Portugal há mais di 90 dias) cu bu documento di identificação (Passaporte)

Qui serviço que ntém qui paga?

Meninos até 12 anos di idade e pessoas que tene doença crónica legalmente comprovada é ca ta paga taxa moderadora, tudo outrus e pudi cobra eles despesas qué façi na serviço nacional di saúde.

Protegi bu saudi i bu fidjus ca bu fuma!

Bu pudi pidi ajuda...

Hospital de Dona Estefânia

Rua Jacinta Marto 1169-045 Lisboa

Tel. Geral: 213126600

Hospital de Santa Marta

Rua de Santa Marta 1169-024 Lisboa

Tel. Geral: 213594000

Serviço de Estrangeiros e Fronteiros (SEF)

Rua Conselheiro José Silvestre de Ribeiro.

n.º 4. 1649-007. Lisboa

Tel. Geral: 217115000 / 808962690

Organização Internacional para as Migrações (OIM)

Rua José Estevão n.º 137, 8º, 1150-201 Lisboa

Tel. 213242940

Emergência Médica

Tel. 112

Emergência Social

Tel.144

Linha Saúde 24

Tel. 808242424

Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural, IP (ACIDI)

Rua Álvaro Coutinho n.º14, 1150-025 Lisboa.

Tel. 218106173

Centro Nacional de Apoio ao Imigrante de Lisboa (CNAI)

Rua Álvaro Coutinho n.º14, 1150-025 Lisboa.

Tel. 218106100


Linha SOS Imigrante

Tel. 808257257 /218106191

Centro Hospitalar de Lisboa Central
Hospital Dona Estefânia
Rua Jacinta Marto 1169-045 Lisboa
Telef: 21 3126600 S. Social: 213126678/81
Fax: 21 312 66 85
E-mail: ssocial@hdestefania.min-saude.pt

Elaborado por:
Idalina Cabrita;
Inês Espírito Santo;
Luís Frederico

Maio 2009

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	Procedimento Sectorial	COD.000
	A Criança/Família oriunda dos PALOP: Acolhimento da Criança/Família oriunda dos PALOP, ao Abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde, no SUP do HDE	

Anexo V- Documento de notificação - Criança/Família oriunda dos PALOP

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
	Nº		

Documento de Notificação

Criança/Família oriunda dos PALOP

Enviar em carta fechada ao Serviço Social ao cuidado da Dr.ª Idalina Cabrita

Vinheta da criança

País de Origem

Cabo Verde

Moçambique

São Tomé e Príncipe

Angola

Guiné-Bissau

Acompanhante

Mãe Pai Avó..... Avô..... Tio Tia Irmão..... Outro

Nome do Acompanhante

Contacto

Diagnóstico/Breve Resumo da Situação Clínica

Serviço de Notificação

Serviço de Urgência Pediátrica do HDE

Encaminhamento

Internamento: Serviço

Transferência para outro hospital (especificar):

Observações


Notificação efectuada por:

Nome

Categoria Profissional

Data

Assinatura

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	Procedimento Sectorial	COD.000
	A Criança/Família oriunda dos PALOP: Acolhimento da Criança/Família oriunda dos PALOP, ao Abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde, no SUP do HDE	

Anexo VI- Check list “Acolhimento e encaminhamento da criança/família oriunda dos PALOP no SUP”

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
	Nº		

Acolhimento e Encaminhamento da Criança/Família oriunda dos PALOP no Serviço de Urgência Pediátrica


Procedimentos efectuados no Serviço de Urgência Pediátrica:

- ❖ Fornecido guia de acolhimento
- ❖ Fornecido Folheto “Informação para estrangeiros de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa”
- ❖ Enviada notificação para o Serviço Social
- ❖ Outros (especificar)

❖ Observações

Assinatura.....

Número Mecanográfico..... Data Hora.....

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	Procedimento Sectorial		COD.000
	A Criança/Família oriunda dos PALOP: Acolhimento da Criança/Família oriunda dos PALOP, ao Abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde, no SUP do HDE		

Anexo VII- Recursos da comunidade de apoio à criança/família oriundos dos
PALOP

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
	Nº		

Recursos da Comunidade

de Apoio à Criança/Família oriundos dos PALOP

Angola

Embaixada

Av. da República, 68

1069-213 Lisboa

Telf: 217961830 - 217967041/43 Fax: 217971238

E-mail: emb.angola@mail.telepac.pt

<http://www.embaixadadeangola.org>

Angola

Consulado Geral

Rua Alexandre Herculano, 352 - 5.º

Salas 52, 54

4000-053 Porto

Telf: 222058827 / 2058902 Fax: 222050328

Cabo Verde

Embaixada

Avenida do Restelo, 33

1449-025 Lisboa

Telf: 213041440 Fax 213041466

E-mail: info@embcv.pt

<http://www.embcv.pt/>

Guiné-Bissau

Embaixada

R. de Alcolena, 17

1400-004 Lisboa

Telf: 213030440 Fax 213030450

Moçambique

Embaixada

Av. de Berna, 7

1050-036 Lisboa

Tel. 217800378

E-mail: embmoclx@mail.telepac.pt

<http://www.mozambique.mz>

S. Tomé e Príncipe

Embaixada

Av. Gago Coutinho, 26 - 6.º

1000-017 Lisboa

Tel. 218461917 Fax 218461895

E-mail: embaixada@emb-saotomeprincipe.pt

<http://www.emb-saotomeprincipe.pt/>

ACIDI.I.P- Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, IP

Rua Álvaro Coutinho, 14 – 1150-025 Lisboa

Telf: 21 8106100 Fax: 21 8106171

E- mail: acidi@acidi.gov.pt

Instituto Apoio à Criança

Largo Memória, n.º 14, Calçada do Galvão, 1349-045 Lisboa

Telf: 213 617 880 Fax: 213 617 889

E-mail : <http://www.iacrianca.pt>

Linha SOS Imigrante/ Serviço de Tradução Telefónico

808257257 - a partir da rede fixa

21 8106191- a partir da rede móvel

CNAI- Centro Nacional de Apoio ao Imigrante

CNAI - Lisboa: Rua Álvaro Coutinho, n.º 14 - 1150-025 Lisboa

Telf: 21 8106100 Fax: 21 8106117

PADE- Programa de Apoio a Doentes Estrangeiros

Av. António Enes, n.º 31 Centro Comercial de Queluz sala F -8

Queluz (junto à estação de comboios de Queluz)

Telefone – 214353810 Telemóvel – 912344079 Fax – 214366483

E-mail: – olho-vivo@sapo.pt

OIM- Organização Internacional para as Migrações

Rua José Estevão, nº 137, 8º - 1150-201 Lisboa

Telf: 21 3242940

E-mail: www.iom.int/

Serviço Jesuíta aos Refugiados

Alto do Lumiar, Rua 8, lote 59

1750 Lisboa

Telf: 21 7552790

E-mail: jrs@jrportugal.pt

CEPAC- Centro Padre Alves Correia

Rua de Santo Amaro à Estrela, nº43, Piso 0

Telf: 21 3973030 Fax: 21 3951280

E-mail: cepac@sapo.pt

Ajuda de Mãe

Rua do Arco de Carvalhão, nº 282 – 1350-026 Lisboa

Telf: 21 3827850 Fax: 21 3827859

E-mail: ajudademae@ajudademae.com

Casa do Gil

Av. do Brasil, nº53 D, Parque da Saúde, Pav. 13 - 1700-063 Lisboa

Tel: 21 798 11 80 Fax: 21 798 11 89

E-mail: casadogil@casadogil.pt

Fundação do Gil

Av. do Brasil, nº53 D, Parque da Saúde, Pav. 13 - 1700-063 Lisboa

Tel: 21 355 24 50 Fax: 21 355 24 59

E-mail: geral@fundacaodogil.pt

AJPAS- Associação de Jovens Promotores da Amadora Saudável

Praceta Luiz Verney - Damaia de Cima

2720-342 Amadora

Telf: 21 4905426 / 21 4905427

E-mail: ajpas@sapo.pt

LIÁFRICA- Liga dos Africanos e Amigos de África

Rua Botelho de Vasconcelos lote 564, 1º piso B, Bairro do Condado,

Chelas 1950-045 Lisboa

Telf: 21 8145394 /21 8537389

E-mail: liafrica@oninet.pt

Associação Unidos de Cabo Verde

Rua Mário Viegas, nº1, Casal da Boba- Casal S. Brás

2700-899 Amadora

Telf: 21 4927071

E-mail: unidoscabo Verde@gmail.com

Associação da Comunidade de S. Tomé e Príncipe – ACOSP

Edifício das Portas de Benfica - Castelo Norte - Porta B

1500-496 Lisboa

Telf: 21 7648068

E-mail: acosp@hotmail.com

Solidariedade Imigrante, Associação para a Defesa dos Direitos dos Imigrantes

Rua da Madalena, 8, 2º

1100-321 Lisboa

Telf: 21 8870713

E-mail: solidariedade_imigrantes@hotmail.com

Conselho Consultivo para os Assuntos da Imigração (COCAI)

Representante da Comunidade Angolana

Urbanização Terraços da Ponte, lote 20, bloco 2 – R7c

2685-119 Sacavém

Telf: 21 9400600

Representante da Comunidade Cabo-verdiana

Rua do Antigo Olival, 8, E 11

2910-060 Setubal

Telf: 265 771002

Representante da Comunidade Guineense

Av. De Roma, 88, 7º Drtº.

1700-351 Lisboa

Telf: 21 8474933

Representante da Comunidade Moçambicana

Rua Nova do Seixo, 528/522 R7c, Centro Drtª Frente

4465-216 São Mamede de Infesta

Representante da Comunidade São Tomense

Urbanização PER da Ameixoeira, Zona 4, lote 16-B

1750 Lisboa

Telf: 21 7648068

Anexo XXI

Relatório da Formação em Serviço

“A Criança/Família oriunda dos PALOP:

Acolhimento da Criança/Família oriunda dos PALOP, ao Abrigo dos Acordos de Cooperação no

Domínio da Saúde, no SUP do HDE”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Mestrado de Enfermagem de Natureza Profissional
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

*Relatório da Formação em
Serviço*

Autora:

Anabela Namora

Aluna nº 192009030

Orientado por:

Prof. Lília Vara

Lisboa, Novembro de 2010

SUMÁRIO

- 1- PLANO DA FORMAÇÃO
- 2- DIVULGAÇÃO DA FORMAÇÃO
- 3- SUMÁRIO E PRESENÇAS
- 4- DIAPOSITIVOS APRESENTADOS NA FORMAÇÃO
- 5- ANÁLISE ESTATÍSTICA
- 6- UMA PEQUENA REFLEXÃO...

FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PLANO DE SESSÃO

Tema: A Criança/Família oriunda dos PALOP - Acolhimento da criança/família oriunda dos PALOP, ao abrigo dos acordos de cooperação no domínio da saúde, no SUP do HDE.

Local: Sala de Enfermagem do SUP – HDE **Data:** 10 /11 /2010 e 16/11/2010

Hora: Sessão 1: 8h00m e Sessão 2: 16h00m

Objectivos:

Que no final da sessão os formandos sejam capazes de:

- ❖ Promover a implementação de linhas orientadoras relativas ao acolhimento da criança/família oriunda dos PALOP, ao abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde, no Serviço de Urgência Pediátrica do HDE.

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	TEMPO	FORMADOR(ES)
<p><u>Introdução:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Apresentação do formador ❖ Exposição dos objectivos ❖ Contextualização do tema da sessão 	Expositivo	Recursos audiovisuais e multimédia	3min	Anabela Namora
<p><u>Desenvolvimento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ A necessidade de uma enfermagem transcultural; ❖ Apresentação do procedimento sectorial relativo ao acolhimento da criança/família oriunda dos PALOP ao abrigo dos Acordos de Cooperação, no Serviço de Urgência de Pediatria do HDE, que integra: <p>- Guia facilitador da comunicação com a população oriunda dos PALOP</p>	Expositivo Conversa breve Debate em grupo	Recursos audiovisuais e multimédia	17min	

<p>em Crioulo de Cabo Verde, para a triagem.</p> <ul style="list-style-type: none">- Utilização dos mediadores culturais de acordo com o preconizado pelo procedimento multissetorial “Serviços de Interpretes Disponíveis”.- Guia de acolhimento ao HDE, para a criança/família oriunda dos PALOP, para ser fornecido na Urgência, escrito em português e crioulo;- Preconização da entrega à criança/família oriunda dos PALOP, no serviço de Urgência, do folheto “Os meus direitos na Saúde em Portugal - Informação para Estrangeiros de PALOP”;- Articulação com Serviço Social (documento de notificação - Criança/família oriunda dos PALOP- Folha de Check-list “Acolhimento e encaminhamento da criança/família oriunda dos PALOP no SUP” relativa aos encaminhamentos iniciados no Serviço de Urgência;- Recursos da Comunidade de apoio às crianças/famílias oriundas dos PALOP;<ul style="list-style-type: none">❖ Diversidade cultural/conhecimentos e competências culturais.				
---	--	--	--	--

<p>Conclusão: Síntese dos conteúdos abordados, estabelecendo relação com os objectivos da sessão.</p>	<p>Expositivo Conversa breve</p>	<p>Recursos audiovisuais e multimédia</p>	<p>5min</p>	
<p>Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Discussão/esclarecimento de dúvidas/questões ❖ Preenchimento de questionário de avaliação da formação em serviço 	<p>Discussão/ Interrogativo</p> <p>Aplicação de questionário de avaliação</p>	<p>Avaliação oral</p> <p>Questionário de avaliação da formação em serviço</p>	<p>5min.</p>	

A CRIANÇA/FAMÍLIA ORIUNDA DOS PALOP

Acolhimento da criança/família oriunda dos PALOP, ao abrigo dos acordos de cooperação no domínio da saúde, no SUP do HDE.

DATA: 10 e 16 Nov. 2010 Sessão1: 08:00 Sessão2: 16:00

Formador: Anabela Namora *(Aluna de Mestrado de Natureza Profissional na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria) Sob orientação de Enf^a. Esp. Fátima Silva*

Destinatários: Enfermeiros do SUP Duração: 30 minutos

Local: Sala de Reuniões do SUP

FORMAÇÃO EM SERVIÇO - SUMÁRIO E PRESENÇAS**Área/Unidade/Especialidade:** Serviço de Urgência Pediátrica do HDE**Tema:** A Criança/Família oriunda dos PALOP - Acolhimento da criança/família oriunda dos PALOP, ao abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde, no SUP do HDE.**Data:** 10/11/2010 e 16/11/2010 **Hora:** Sessão 1: 8h00m e Sessão 2: 16h00m**Duração:** 30m**Local:** Sala de Enfermagem do SUP**SUMÁRIO:**

- A importância da prática da enfermagem transcultural;
- Apresentação do procedimento sectorial relativo ao acolhimento da criança/família oriunda dos PALOP ao abrigo dos Acordos de Cooperação, no Domínio da Saúde, no Serviço de Urgência Pediátrica do HDE;
- O conhecimento e a competência cultural.

Formador(es): Anabela Oliveira Namora

Nº mecanográfico 53339

PRESENÇAS

N.º MEC.	NOME (COMPLETO E LEGÍVEL)	CATEGORIA PROFISSIONAL	UNIDADE
	(em folha anexa)		

Responsável _____

Presenças:

Nº MEC	NOME	Categoria Profissional	Serviço	Observações
53087	Maria de Fátima Moraes do Silva	Enfermeira	SUP	—
52871	Miguel Pereira	n	SUP	—
52203	Rustina Maria Torres Lopes	Enfermeira	SUP	—
54239	Teresa Laura Bonares Alves	Enfermeira	SUS	
54269	Firmiano Miguel A.A. Pereira	Enf.	SUP.	—
40270	Susana Filipe Boninigo	Enf	SUP	—
40278	Nádia Alexandra Silva Correia	Enf	SUP	—
40305	João Santos	Enf	SUP	—
50945	António Malha	Enf.	SUP	—
53121	António O. Cruz	Enf.	SUP	—
54038	Silvia Sofia Marques Barre	Enf	SUP	—
54266	Trasel Maria de Sousa Koch Fátima	Enfermeira	SUP	
40939	Silvia Pinto Romalho da Queiroz	Enf	SUP	—
53054	António Romão Pinheiro Alves	Enf.	SUP	—
53340	Trina Alexandra Silva Alves	Enf.	SUP	
53088	Rosa (Carmen)	Enf	SUP	
53120	Maria (Teresa Moura)	Enfermeira	SUP	
	Tânia Sofia Santos	Aluna de Enfermagem	SUP	—
	Ana Lúcia Pinto Coelho	Aluna de Enfermagem	SUP	
	Mafalda Gonçalves	Aluna de Enfermagem	SUP	
53603	Jana Inês Arraia Jones	Aluna de Graduada	SUP	
80301	Maria Daniela Grecca Mendes	Enf.	SUP	




Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional
Área de Especialização em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria

A Criança/Família oriunda dos PALOP


Acolhimento da criança/família oriunda dos PALOP, ao abrigo dos acordos de cooperação no domínio da saúde, no SUP do HDE...



Elaborado por:
Anabela Namora
Orientado por:
Enf. Esp. Fátima Silva
e Prof. Lília Vara

Lisboa, Novembro de 2010

Objectivos



Que no final da sessão os profissionais de enfermagem sejam capazes de:

- ❖ Promover a implementação de linhas orientadoras relativas ao acolhimento da criança/família oriunda dos PALOP, ao abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde, no Serviço de Urgência Pediátrica do HDE.

Reflectindo um pouco...



Será possível cuidar da criança/família oriunda dos PALOP sem ter em consideração o seu contexto sociocultural?
 Estarão os enfermeiros conscientes das diferenças culturais? Ou estaremos nós a cuidar de crianças/famílias oriundas dos PALOP, com uma cultura diferente da nossa, de forma indiferenciada?
 Quais os direitos de acesso destas crianças aos cuidados de saúde em Portugal?
 Promovemos a saúde destas crianças/família? Que encaminhamentos efectuamos?

Fonte: imgprocandmccr.com.br

O que nos diz a Estatística...



❖ Nº de estrangeiros em Portugal (2004): 444 194, representando os imigrantes oriundos dos PALOP cerca de 30,1% deste valor.

Correspondendo a 45,5% de cidadãos não comunitários, em situação regular em Portugal (BACKSTROM, 2009:166).

❖ PADE (2009): Portugal recebe uma média de mil doentes estrangeiros, por ano que vêm ao abrigo dos acordos.

No SUP do HDE...

Admissão de Crianças oriundas dos PALOP (período de 1 de Janeiro de 2009 a 26 de Outubro de 2010)

- ❖ Angola: 37 
- ❖ Cabo Verde: 143 
- ❖ Guiné Bissau: 86 
- ❖ Moçambique: 2 
- ❖ São Tomé e Príncipe: 105 

Total : 373



Fonte: SONHO em 26 de Outubro de 2010

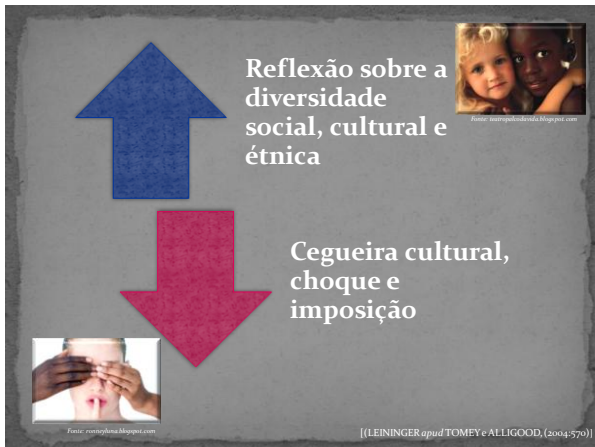
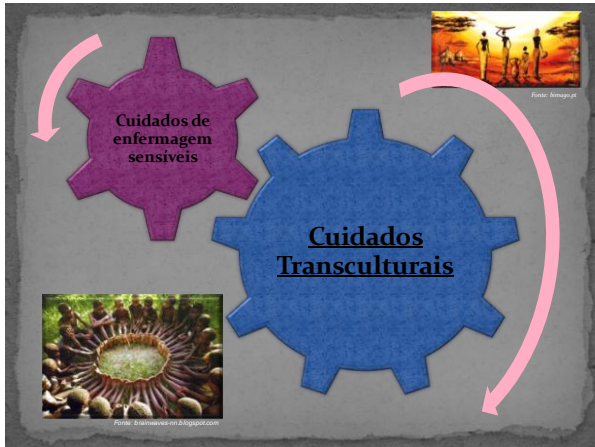
A necessidade de uma Enfermagem Transcultural...

“(...) por volta do ano de 2010, todas as enfermeiras irão precisar de possuir um conhecimento básico acerca das diversas culturas do mundo e um conhecimento profundo de pelo menos duas a três culturas”

LEININGER apud TOMEY e ALLIGOOD, (2004:580).

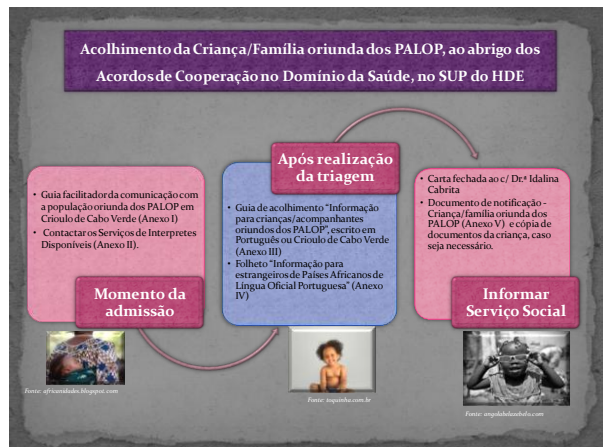



Fonte: shaded.com.br



A Criança/Família oriunda dos PALOP - Acolhimento da criança/família oriunda dos PALOP, ao abrigo dos acordos de cooperação no domínio da saúde, no SUP do HDE.

Procedimento Sectorial



Acolhimento da Criança/Família oriunda dos PALOP, ao abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde, no SUP do HDE

Serviço Social


- Encaminhamento do processo da criança/família para a Consulta de Cooperação Internacional (Dr. Luis Varandas)

Transferência da criança

- Folha de check-list "Acolhimento e encaminhamento da criança/família oriunda dos PALOP no SUP" (Anexo VI)


Em caso de necessidade...

- Informar sobre os recursos da comunidade de apoio à criança/família oriundas dos PALOP (Anexo VII)





Acolhimento da Criança/Família oriunda dos PALOP, ao abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde, no SUP do HDE

Guia facilitador da comunicação com a população oriunda dos PALOP em Crioulo de Cabo Verde (Anexo I)



Serviços de Interpretes Disponíveis (Anexo II)




Acolhimento da Criança/Família oriunda dos PALOP, ao abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde, no SUP do HDE

Guia de acolhimento "Informação para crianças/accompanhantes oriundos dos PALOP" (Anexo III)





Folheto "Informação para estrangeiros de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa" (Anexo IV)





Acolhimento da Criança/Família oriunda dos PALOP, ao abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde, no SUP do HDE

Documento de notificação - Criança/Família oriunda dos PALOP (Anexo V)

Acolhimento da Criança/Família oriunda dos PALOP, ao abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde, no SUP do HDE

Folha de check-list "Acolhimento e encaminhamento da criança/família oriundas dos PALOP no SUP" (Anexo VI)

Acolhimento da Criança/Família oriunda dos PALOP, ao abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde, no SUP do HDE

Recursos da comunidade de apoio à criança/família oriundas dos PALOP (Anexo VII)

Embaixadas

ACIDI, I.P.

IAC

Casa do Gil

Ajuda de Mãe

Consulados

CNAI

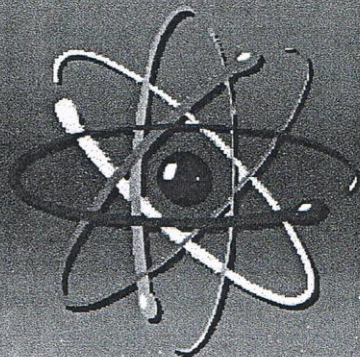
Linha SOS Imigrante

Representantes das Comunidades em Portugal

PADE

Associações





Avaliação de Formação

Análise Estatística N=28

Formação	A Criança/Família oriunda dos PALOP - Acolhimento da criança/família oriunda dos PALOP, ao abrigo dos acordos de cooperação no domínio da saúde, no SUP do HDE
Data	10/11/2010 e 16/11/2010 às 8h00m e 16h00m
Grupo	
Formadores	Anabela Namora

1- Conteúdo

Classifique a Formação segundo os seguintes critérios, de acordo com a escala apresentada:

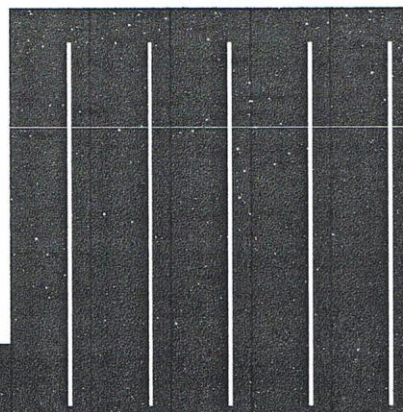
<i>Muito Negativo</i>	1
<i>Negativo</i>	2
<i>Suficiente</i>	3
<i>Bom</i>	4
<i>Muito Bom</i>	5

Critérios de avaliação	Escala de avaliação			
Apreciação global da formação	5- 75%	4- 21%	3-4%	
Aquisição/Consolidação de conhecimentos	5- 50%	4- 43%	3-7%	
Partilha de experiências	5- 46%	4- 39%	3-11%	1-4%
Pertinência dos conteúdos para a tua prática	5- 82%	4- 18%		
Rácio teoria/prática	5- 57%	4- 43%		
Satisfação das expectativas face à formação	5- 64%	4- 29%	3-7%	
Suporte bibliográfico fornecido	5- 79%	4- 10%	3-7%	1-4%

2- Actuação dos Formadores

Classifique a actuação dos formadores segundo os seguintes critérios, de acordo com a escala apresentada:

<i>Mau</i>	1
<i>Insuficiente</i>	2
<i>Suficiente</i>	3
<i>Bom</i>	4
<i>Muito Bom</i>	5



Critérios de avaliação			
Domínio dos conteúdos apresentados	5- 86%	4-14%	
Facilidade de transmissão de conhecimentos	5- 96%	4-4%	
Clareza na transmissão de conhecimentos	5- 89%	4-11%	
Capacidade de motivar, despertar interesse dos formandos	5- 82%	4-14%	3-4%
Assertividade	5- 93%	4-7%	
Criação de bom ambiente de trabalho	5- 86%	4-14%	
Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas	5- 86%	4-14%	
Pontualidade/Assiduidade	5- 89%	4-11%	

3- Estrutura/Organização Formação

3.1 Classifique a organização da Formação segundo os seguintes critérios, de acordo com a escala apresentada:

<i>Desadequado</i>	1
<i>Pouco Adequado</i>	2
<i>Adequado</i>	3
<i>Muito Adequado</i>	4

Critérios de avaliação	Escala de avaliação		
Duração do programa	4- 46%	3-50%	2-4%
Qualidade da sala e equipamento utilizado	4- 25%	3-64%	2-11%
Divulgação da formação	4- 43%	3-57%	

3.2 Considerei a **Duração do Programa**: Curta - 7% Adequada - 89% Longa – 4%

4- Comentários

4.1 Consideras que esta formação irá melhorar a qualidade da tua
Prestação de Cuidados

SIM 100%

NÃO

4.2 Aspectos Positivos da Formação

Clareza, pertinência, abordagem e apresentação do tema; ferramentas fornecidas claras relativas ao preenchimento; temática actual apelando à desejável autonomia do enfermeiro; conhecer novos recursos a oferecer às pessoas vindas dos PALOP; recursos disponíveis; partilha de experiências, reflexão sobre as necessidades das crianças/famílias dos PALOP; dar a conhecer a existência de protocolos desconhecidos; suporte bibliográfico disponível para o serviço; esclarecimento de dúvidas e aquisição de conhecimentos.

4.3 Aspectos a Melhorar na Formação

Promover a continuidade da temática

4.4 Sugestões para futuras Formações

Abordagem do tema: *Multiculturalidade*

Anexo XXII

Reflexão Crítica

*“Serviço de Urgência Pediátrica do HDE:
A Prática baseada na Evidência...”*



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Mestrado de Enfermagem de Natureza Profissional
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Reflexão Crítica

***Serviço de Urgência Pediátrica do
HDE:
A Prática baseada na Evidência...***

Autora: Anabela Namora

Aluna nº 192009030

Enf.^a Orientadora: Fátima Silva

Docente: Prof. Lília Vara

Lisboa, Novembro de 2010

SIGLAS

HDE- Hospital Dona Estefânia

SIP- Saúde Infantil e Pediatria

SO- Sala de Observação

SUP- Serviço de Urgência Pediátrica

ABREVIATURAS

Enf^o - Enfermeiro

A reflexão que me proponho a realizar para esta semana, tal como já sucedeu em estágios anteriores, por necessidade própria, irá abranger diversos aspectos que considero importantes reflectir, nesta primeira semana de estágio que decorreu no SUP do Hospital Dona Estefânia. Ao longo desta reflexão pretende-se efectuar uma articulação entre a prática experienciada no decorrer do estágio e a teoria consultada para a realização desta mesma reflexão.

Este é, sem dúvida, um campo de estágio pelo qual nutro uma curiosidade especial, uma vez que estando a minha actuação, enquanto profissional de enfermagem direccionada ao longo de 9 anos para o internamento pediátrico, e as crianças que recebemos provirem quer da consulta externa, quer do serviço de urgência, sempre senti necessidade de observar e compreender a actuação do enfermeiro perante a admissão no serviço de urgência, que considero a “porta de entrada” do Hospital, no qual é prestado todo e qualquer acto assistencial não programado (Benito, 1996) à criança e sua respectiva família. Evidencia-se este como o primeiro impacto com que a criança/família se deparam quando necessitam da prestação de cuidados de saúde mais ou menos emergentes, e refiro este aspecto, uma vez que “verifica-se actualmente uma procura crescente dos cuidados de saúde diferenciados, designadamente pediátricos, com o recurso indiscriminado do serviço de urgência” (Melo, 1999:59), promovendo nestes a superlotação, o ritmo acelerado e a sobrecarga de trabalho para os profissionais de saúde. Reflecto sobre este aspecto, pois tive oportunidade de observar a actuação da equipa de enfermagem no posto de Triagem, o qual considero bastante exigente devido à perspicácia que se exige do profissional para a detecção e determinação de prioridades para posterior encaminhamento. A maioria das situações que levaram as crianças/famílias ao SUP não eram consideradas urgentes, podendo ser solucionadas, quer no Centro de Saúde, Médico Assistente ou por contacto com a Saúde 24, evitando desta forma a sobrelotação do SUP de um hospital central a nível nacional, como é o caso do HDE, “podendo considerar-se que a utilização deste serviço de urgência altamente especializado foi desadequada” (Melo, 1999:62)

Considero que existe um grande caminho a percorrer que promova a mudança de atitude da população em geral, apostando-se na recorrência aos Cuidados de Saúde Primários

em detrimento dos Cuidados Diferenciados quando as situações não se manifestam urgentes, potenciando desta forma os serviços de saúde à disposição do cidadão e rentabilizando recursos humanos e materiais.

Uma possível solução passará por efectuar uma forte aposta na educação para a saúde, uma vez que cada ser humano tem o direito de viver numa comunidade de conhecimento e ter acesso à melhor informação, adaptando-se a cada situação e lidando com as oportunidades, dificuldades, limitações e frustrações (Rodrigues, Pereira e Barroso, 2005), mas para isso torna-se fundamental fornecer-lhe “ferramentas” que lhe demonstrem como gerir a informação que lhe é dada e de que forma pode promover, proteger e potenciar a saúde e a qualidade de vida (Rodrigues, Pereira e Barroso, 2005). Este foi um aspecto que me encaminhou a uma reflexão no decorrer da semana transacta, pois apesar do SUP ser um local de permanência de curta duração da criança/família, com um nível de stress superior a um serviço de internamento e uma sobrecarga de trabalho considerável, verifica-se a realização permanente, quer na triagem, quer na sala de tratamentos e no SO, de educação para a saúde à criança, uma vez que a “(...) educação para a formação de uma cultura de valorização da vida, preservação da saúde e prevenção da doença deve iniciar-se na infância e na adolescência” (Vargas, 1996) e também à sua família. Deste modo, no SUP os enfermeiros, numa perspectiva de promoção e educação para a saúde orientam e planeiam a sua acção para a dimensão doente (exemplo: hidratação em caso de vómitos/diarreia, controlo da febre, etc) e também saudável dos indivíduos (prevenção de complicações futuras), capacitando-os assim para uma atitude positiva que previna a doença e promova a adopção de estilos de vida saudáveis.

A criança no SUP: estratégias de intervenção para redução da ansiedade/stress...

Whalley e Wong (1999) refere que “(...) uma das experiências hospitalares mais traumáticas para a criança e seus pais é uma admissão de emergência. O início repentino de uma doença ou a ocorrência de uma lesão deixa pouco tempo para preparação e explicações. A criança vê-se assim exposta a um ambiente estranho e ameaçador que lhe pode gerar um aumento da ansiedade e stress.

Durante a permanência da criança no SUP, tal como tive oportunidade de observar, o seu comportamento é fortemente influenciado pelas atitudes dos pais, sendo a confiança que os pais depositam nos profissionais, um factor determinante no estabelecimento de um ambiente mais seguro para eles próprios e principalmente para o seu filho. Para comprovar este facto, foram realizados diversos estudos que comprovam a existência de uma forte relação positiva entre a ansiedade dos pais e o sofrimento do seu filho durante os tratamentos (Whalley e Wong, 1999).

Também perante a admissão do seu filho no SUP, os pais vêm-se confrontados com um momento de crise, pois deparam-se com uma diminuição das suas capacidades para a resolução de problemas, podendo mesmo culpabilizarem-se pela situação clínica actual do seu filho, referindo que “*falharam na sua protecção*”. Decorrente deste aspecto, no momento da admissão ao SUP, mais precisamente na triagem, os pais encontram-se extremamente ansiosos, não assimilando muitas das informações que lhes são fornecidas, sentindo-se impotentes perante a rapidez dos acontecimentos que não conseguem prever (Santos, 1996; Whalley e Wong, 1999). Neste sentido, torna-se importante permitir e incentivar os pais na expressão das suas emoções, receios e medos, e desmistificar a “*culpabilidade e perda de controlo*” dos mesmos, de forma a contribuir para o controlo da sua própria realidade e superação do acontecimento negativo, como é o caso da doença do seu filho. Para isso, torna-se fulcral a envolvimento dos pais como “(...) parceiros no cuidar” (Guerra, 2006:15), tal como se sucede no decorrer da prestação de cuidados de enfermagem no SUP, em que apesar da escassez de tempo e rapidez dos acontecimentos, tenta-se sempre o estabelecimento de uma relação empática, favorecedora de um clima de confiança mútuo entre a criança/família e o profissional, contribuindo para o sucesso dos cuidados.

Reflectamos agora um pouco sobre as estratégias que podemos promover para diminuir o stress/ansiedade da criança enquanto se encontra no SUP.

De acordo com Guerra (2006:15): a presença de pelo menos um dos pais, a preparação do ambiente, a comunicação e informação, o cuidar com humor, a distração comportamental, a distração cognitiva e a administração de terapêutica analgésica são um conjunto de estratégias que permitem a redução do stress na criança. De ressaltar

que a utilização destas estratégias tem que ser adequadas à idade da criança. A título de exemplo: o adolescente poderá não pretender a presença dos pais no SUP, e a sua opinião deverá ser respeitada, tal como está consagrado no artigo 38º do Decreto-Lei n.º 59/2007 de 4 de Setembro: “A partir dos dezasseis anos, o adolescente apresenta autonomia para efectivar decisões sobre os seus tratamentos, de acordo com a sua maturidade e capacidade”, cabendo ao enfermeiro contribuir para o processo de “ (...) tomada de decisão responsável” por parte do adolescente (Ordem dos Enfermeiros, 2009:23).

No contexto de urgência, a prestação de cuidados à criança, tendo em especial atenção as especificidades de cada etapa do desenvolvimento, constituem um forte desafio para a equipa de enfermagem, não só pela necessidade de um nível deveras elevado de disponibilidade, mas também de conhecimento, competência técnica e, essencialmente, relacional. Neste sentido, emerge a importância do papel do enfermeiro especialista em SIP, profissional “com entendimento profundo da situação da criança/ adolescente que fornece resposta de elevado grau de adequação às necessidades da criança/adolescente/família, ao longo das suas fases de desenvolvimento” (Ordem dos Enfermeiros, 2006:31) e que no contexto de SUP, depara-se com o árduo papel de tomar a decisão mais adequada na presença de situações complexas, stressantes, às quais deve ser dada de forma sistemática e sistematizada uma sequência de prioridades (Nunes, 2007:8), mobilizando “(...) conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória” e demonstrando “(...) conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico” (Ordem dos Enfermeiros, 2009:22). Para além do referido anteriormente, o enfermeiro especialista em SIP no SUP, apresenta um papel determinante no desenvolvimento da capacidade de tomar decisões, promovendo a negociação e o desenvolvimento do papel parental, impulsionando o desenvolvimento do conhecimento disciplinar, trabalhando activamente na protecção dos direitos da criança e efectuando uma abordagem específica, aprofundando conhecimento/intervindo nas diferentes fases do desenvolvimento e dinamizando o trabalho em rede (Alegre, 2006:7).

Termino esta reflexão reportando-me ao início da mesma... Reflecti sobre as diversas experiências que tive ao longo da semana e constato que em todos os aspectos sobre os quais me debrucei, verifica-se uma adequação entre a prática e a teoria, surgindo estas em concordância.

Foi-me, desta forma, fornecida, no SUP do HDE, a excelente oportunidade, de experienciar a tão desejada nos nossos dias: *prática baseada na evidência*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEGRE, Conceição - *O enfermeiro terá em consideração o "público-alvo" que deseja cuidar?* Revista da Ordem dos Enfermeiros, nº 22, Julho 2006, p.4 a 7

BENITO Fernández J. - *Urgencias de Pediatría: buscando una atención más especializada.* *An Esp Pediatr* 1996; 44: 312 – 6.

GUERRA, Alberto – *Estratégias de Intervenção do Enfermeiro para a Redução do Stress da Criança Pré-Escolar no Serviço de Urgência.* Revista Nursing. Brasil. ISSN 0034-7167. Ano 16. Edição 213 (Setembro 2006). p. 13-18.

MELO, Elsa – *Acessibilidade/Utilização do Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra.* Revista Referência. Nº3 (Novembro, 1999) p. 59-62.

NUNES, Fernando – *Tomada de Decisão de Enfermagem em Emergência.* Revista Nursing. Brasil. ISSN 0034-7167. Ano 17. Edição 219 (Março 2007). p. 7-11.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE), Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem, Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista - Conselho de Enfermagem.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009. 46p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Modelo de Individualização das Especialidades.* Revista da Ordem dos Enfermeiros, nº 22, Julho 2006, p.31

RODRIGUES, Manuel; PEREIRA, Anabela; BARROSO, Teresa. - *Educação para a Saúde. Formação Pedagógica e de Educadores de Saúde*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde Lda., 2005. 156p. ISBN 978-972-848-5528.

SANTOS, Isabel *et al* – *A criança dentro de uma sala de operações*. Revista Nursing. Brasil. ISSN 0034-7167 (Janeiro, 1996). pp. 22-24.

VARGAS, H. S. - *Manual de Prevenção ao abuso de drogas pela educação*. Curitiba: Imprensa Oficial, 1996.

WHALLEY, Lucille & WONG, Donna L.- *Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efectiva*. 2ª Edição. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1999. 910p. ISBN 85-277-0506-0.

Legais:

PORTUGAL. Decreto-Lei n.º 59/2007 de 4 de Setembro D.R. I Série, 170 (04/09/2007) 6181-6258 (Consentimento)