

Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

Relatório Final de Estágio

**Enfermagem transcultural no cuidado de
Famílias ciganas: olhar do enfermeiro de família**

Paula Cristina Vale Brito Parreira

Leiria, março de 2023

Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

**Enfermagem transcultural no cuidado de
Famílias ciganas: olhar do enfermeiro de família**

Trabalho apresentado para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar

Paula Cristina Vale Brito Parreira, nº 5210039

Unidade Curricular: Estágio de Natureza Profissional, em Enfermagem de
Cuidados de Saúde à Família, em Contexto de USF/UCSP,

Professora orientadora: Doutora Teresa Madalena Kraus Brincheiro
Hüttel Barros

Leiria, março de 2023

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Professora Doutora Teresa Madalena Kraus Brincheiro Hüttel Barros, por me ajudar a descobrir e desenvolver aptidões desconhecidas.

Agradeço à enfermeira Sofia Carneirinho, pela disponibilidade, pelo empenho, por toda a confiança em delegar-me os seus utentes, e pelo carinho com que sempre me recebeu, assim como os restantes profissionais da Unidade de Saúde Familiar Stephens.

À minha Família, o meu obrigado eterno... por nunca me deixarem desistir, pelo tempo roubado... em especial à minha filha, que mo dispensou na fase mais conturbada da sua vida.

À colega de serviço, o tempo que lhe foi roubado da minha presença, que se traduziu em sobrecarga na prestação de cuidados de enfermagem.

Aos colegas de Curso por serem prestáveis e partilharem conhecimentos e dificuldades.

A todos os utentes/famílias com quem trabalho, pois fazem-me acreditar que é para lhes prestar cuidados de excelência, que é necessário ir mais além nos conhecimentos académicos.

Os anos dedicados à Enfermagem, somam conhecimentos, experiências e exigências pessoais e profissionais, que me ajudam a crescer e a querer mais.

OBRIGADA

RESUMO

O presente relatório enquadra o Curso de Mestrado de Saúde Familiar conducente à atribuição do título de Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária na área de Saúde Familiar. A cultura é um fenómeno universal, com impacto na sociedade moderna, que impõe reajustes nomeadamente ao nível dos cuidados de enfermagem às famílias, considerando-as unidades sistémicas e em desenvolvimento. As famílias de cultura cigana são consideradas uma minoria étnica, com padrões culturais distintos; nem sempre compreendidas e aceites pela sociedade considerada maioritária. Os cuidados de enfermagem culturais às famílias ciganas assumem expressões e significados, que podem ser significativos na relação terapêutica enfermeiro-utente, fundamentada no respeito pela diferença, valores e crenças. Os enfermeiros de família têm a perceção de que precisam melhorar os cuidados e identificam determinantes que influenciam e promovem os cuidados culturalmente competentes. A Revisão Integrativa (II Parte) constitui uma estratégia de pesquisa subjacente à questão de investigação: quais os determinantes aos cuidados culturalmente competentes a desenvolver pelo enfermeiro de família, junto de famílias de cultura diversa, em especial cigana?

Cujo objetivo configura da seguinte forma: identificar os determinantes da prática de enfermagem transcultural pelos enfermeiros de família, junto de famílias de cultura diversa, em especial cigana.

A Revisão integra quatro estudos, publicados entre 2016 e 2022. Os resultados revelam que existem determinantes que condicionam os cuidados de enfermagem culturalmente competentes, uns que os condicionam outros que os promovem, conduzindo à discussão com base no Modelo de Sunrise de Madeleine Leininger.

O Modelo de Sunrise relaciona-se com os determinantes promotores dos cuidados culturais e permite descobrir, conhecer e explicar a interdependência dos fenómenos culturais com os cuidados de enfermagem, conferindo satisfação das famílias, numa base de preservação, negociação e/ou RE padronização.

Palavras-chave: ciganos; enfermagem familiar; enfermagem transcultural; cuidados competentes; cuidados saúde primários

ABSTRACT

This report is part of the Family Health Master Course leading to the title of Nurse Specialist in Community Health in the area of Family Health. Culture is a universal phenomenon, with impact on modern society, which imposes readjustments, namely at the level of nursing care to families, considering them as systemic and developing units. Gypsy families are considered to an ethnic minority, with distinct cultural patterns that are not always understood and accepted by the majority society. Cultural nursing care to gypsy families assumes expressions and meanings, which can be significant in the therapeutic nurse-patient relationship, based on the respect for difference, values and beliefs. Family nurses have a perception that they need to improve care and identify determinants that influence and promote culturally competent care. The Integrative Review (Part II) is a research strategy underlying the research question: what are the culturally competent care to be developed by family nurses to Roma families? Whose objectives are: identify determinants of cross-cultural nursing practice by family nurses with families of different culture, namely Roma families. The Review integrates four studies, published between 2016 and 2022. The results reveal that there are determinants that condition culturally competent nursing care, some that condition it and others that promote it, leading to the discussion based on Madeleine Leininger's Sunrise Model. The Sunrise Model relates to the determinants promoting cultural care and allows discovering, knowing and explaining the interdependence of cultural phenomena with nursing care, conferring family satisfaction, on a basis of preservation, negotiation and/or RE standardization.

Keywords: Roma; family nursing; transcultural nursing; competent care; primary health care

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

- ACES-** Agrupamentos de Centros de Saúde
- ACCS-** Administração Central do Sistema de Saúde
- ARS-** Administração Regional de Saúde do Centro
- CIPE-** Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- CS-** Centro de Saúde
- CSP-** Cuidados de Saúde Primários
- EE-** Enfermagem Especializada
- EESF-** Enfermeiro Especialista Saúde Familiar
- EF-** Enfermeiro de Família
- ESF-** Enfermagem de Saúde Familiar
- USF-** Unidade de Saúde Familiar
- UCC-** Unidade de Cuidados da Marinha Grande
- EESF-** Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar
- IDG-** Índice de Desempenho Global
- INE-** Instituto Nacional de Estatística
- MDAIF-** Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar
- OE-** Ordem dos Enfermeiros
- OMS-** Organização Mundial de Saúde
- PL-** Pinhal Litoral
- PA-** Plano de Ação
- REPE-** Exercício Profissional dos Enfermeiros
- RI-** Revisão Integrativa
- SNS-** Sistema Nacional de Saúde
- UCSP-** Unidade de Cuidados de Saúde Partilhados
- USF-** Unidade Saúde Familiar
- SBC-** Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças

ÍNDICE

ÍNDICE FIGURAS.....	VIII
ÍNDICE GRÁFICOS.....	IX
ÍNDICE QUADROS.....	X
ÍNDICE TABELAS.....	XI
INTRODUÇÃO.....	12
PARTE I- PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	16
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL.....	16
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	29
3. COMPETÊNCIAS E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR.....	47
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS.....	47
3.1.1. Responsabilidade ética, legal, profissional e deontológica.....	47
3.1. 2. Melhoria continua da qualidade.....	50
3.1. 3. Gestão de Cuidados.....	53
3.1. 4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	54
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS.....	57
3.2. 1. Cuidar da Família como Unidade de Cuidados.....	57
3.2. 2. Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar.....	61
Parte II- PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA	63
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO- REVISÃO INTEGRATIVA.....	63
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	69
3. METODOLOGIA.....	83
4. ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....	89
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	99
6. SÍNTESE DO CONHECIMENTO.....	105
CONCLUSÃO.....	112
CONCLUSÃO INTEGRATIVA.....	114
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	117
APÊNDICES	
APÊNDICE I- Conversas sobre estomoterapia	
APÊNDICE II- Procedimento Visitação Domiciliária- USF Stephens	
APÊNDICE III- Procedimento Consulta de vigilância de Diabetes- USF Stephens	

APÊNDICE IV- Formação na Área da Prevenção e Controlo da Infeção

APÊNDICE V- Avaliação Crítica da JBI

APÊNDICE VI- Sínteses dos resultados descritivos

APÊNDICE VII- Estratégias de pesquisa

ANEXOS

ANEXO 1- Certificado de formação- Rede Cuidados Continuados

ANEXO 2- Consentimento para divulgação de dados

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Print screen- População residente na Marinha Grande

Figura 2- Print screen- Agregados domésticos na Marinha Grande

Figura 3- Print screen- Pirâmide etária: população da UFF Stephens

Figura 4- Print screen- Índice de dependência: da população da UFF Stephens

Figura 5- Print screen- Patologias de maior prevalência na USF Stephens

Figura 6- Print screen- Pirâmide de casos sociais da USF Stephens

Figura 7- Print screen- Índice Desempenho Global USF Stephens

Figura 8- Leininger's Sunrise Enabler Model Diagram

Figura 9- Fluxograma Prisma

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Determinantes identificados como barreiras aos cuidados culturais

Gráfico 2- Determinantes promotores/estratégias influenciadores no cuidado/práticas culturais

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Critérios definidos de elegibilidade dos estudos

Quadro 2- Termos e Descritores

Quadro 3- Conjugações das palavras-chave nas bases científicas

Quadro 4- Artigos incluídos para avaliação da qualidade metodológica

Quadro 5- Resultado da qualidade metodológica dos estudos

Quadro 6- Síntese do conhecimento- Etapas da RI

Quadro 7- Síntese do conhecimento- Interpretação dos resultados E1

Quadro 8- Síntese do conhecimento- Interpretação dos resultados E2

Quadro 9- Síntese do conhecimento- Interpretação dos resultados E3

Quadro 10- Síntese do conhecimento- Interpretação dos resultados E4

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Grupo etário da população da USF Stephens

Tabela 2- Principais problemas ativos no ACES PL

Tabela 3- Problemas ativos na USF Stephens

Tabela 4- Nº de Inscritos frequentadores no ficheiro de referência

Tabela 5- Nº Inscritos por Sexo e Grupo Etário, no ficheiro de referência

Tabela 6- Distribuição de utentes com programa de saúde associados

INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no âmbito da unidade curricular “Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família, em contexto de USF/UCSP” enquadrado no plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar realizado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

O plano de estudos do Curso de Mestrado contempla três estágios; o estágio I, com início a 13. 05. 2022 e o seu termino a 24. 06. 2022; o estágio II, de 27. 06. 2022 a 29. 07. 2022 e por fim o estágio III, que enquadra o presente relatório, de 06. 09. 2022 o a 31. 01. 2023; os três estágios somam um total de 810 horas. A realização dos estágios ocorre na Unidade Saúde Familiar (USF) Stephens, na Marinha Grande.

O último estágio tem como objetivos gerais: desenvolver competências de enfermagem especializada nos domínios de competências comuns do EE e desenvolver competências específicas de enfermagem especializada na área de saúde familiar em contextos de vulnerabilidade (Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde de Leiria, 2018).

Como objetos específicos: executar processos de cuidados de enfermagem à família evidenciando um conhecimento avançado em referenciais teóricos de Enfermagem de Saúde Familiar (ESF); utilizar os conhecimentos científicos adquiridos ao longo da formação, em contextos práticos, desenvolvendo padrões de prática baseada na evidência; analisar a prática de cuidados tendo por base os conhecimentos teóricos e capacidade crítico-reflexiva; refletir acerca das práticas realizadas e resultados obtidos, evidenciando capacidade crítica acerca do desempenho e competências desenvolvidas (Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde de Leiria, 2018).

A análise crítico-reflexiva da prática clínica permite um conhecimento profundo integrativo do processo e dos resultados, assim como do cumprimento das competências especializadas em contextos de vulnerabilidade, na tomada de decisão e na resolução de problemas complexos.

Este percurso académico, surge da inquietação enquanto Enfermeira de família (EF) poder prestar cuidados de qualidade às famílias do ponto de vista sistémico e responder às suas necessidades, de forma holística.

Esta inquietação encontra fundamento no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar nº 367/2015 (2015) da Ordem dos Enfermeiros (OE).

A inclusão da família como alvo dos cuidados de enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) em Portugal tem enquadramento internacional e conceptual nas políticas de saúde da Organização Mundial Saúde (OMS) - Região Europeia (Decreto-Lei nº 118/2014, 2014).

O EF, na sua área de intervenção, é definido como um profissional que, integrado na equipa multidisciplinar de saúde, cuida da família como unidade de cuidados e presta-lhe cuidados gerais e específicos, assim como a cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital, aos três níveis de prevenção, em complementaridade e/ou articulação com outros profissionais de saúde (Decreto-Lei nº 118/2014, 2014).

“As transformações na sociedade portuguesa nas últimas décadas implicaram significativas mudanças na estrutura e na organização familiar, associadas a alterações sociodemográficas que conduziram a novas necessidades de saúde” (Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar nº 367/2015, 2015).

“A compreensão da estrutura, processos de desenvolvimento e estilo de funcionamento das famílias permitirá a efetivação de uma prática de enfermagem direcionada para a sua capacitação funcional face às exigências e especificidades” (Decreto-Lei nº 118/2014, 2014, p. 4070).

Desta forma, novos desafios colocam-se aos enfermeiros dos CSP, pelo reconhecimento do seu contributo na promoção da saúde familiar e coletiva, evidenciando-se o seu papel na gestão e organização dos recursos potencializadores da família, enquanto sistema transformativo (Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar nº 367/2015, 2015).

A consciência dos desafios e conhecimento dos recursos das famílias é um aspeto importante no cuidado centrado nas famílias (Domingues, 2022).

A prática especializada em enfermagem de saúde familiar, pretende dar relevo ao desenvolvimento de competências comuns de Enfermagem Especializada e competências específicas de Enfermagem de Saúde da Família, na prática clínica baseada na evidência.

O presente relatório está estruturado em duas partes, nomeadamente:

Na Parte I- é contextualizada a prática clínica de ESF na USF Stephens (descrição sumária do Sistema de Saúde Português, caracterização local e do ficheiro de referência); também faz alusão aos referenciais teóricos orientadores do conhecimento avançado de ESF, que sustentam a prática Especializada e por último são descritas as atividades desenvolvidas durante o ensino clínico, evidenciando as competências comuns e as específicas do

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar.

Este ciclo de estudos enquadra um trabalho de investigação, descrito no presente relatório, na parte II, que procura responder ao objetivo proposto e ir ao encontro do diagnóstico de situação local da USF Stephens.

A Parte II assenta numa realidade atual das Unidades de Saúde da Marinha Grande, nomeadamente a multiculturalidade, com grande impacto no setor da saúde.

Nas últimas décadas, nos países europeus, nomeadamente em Portugal, registaram-se mudanças rápidas nos padrões demográficos, evoluindo para sociedades multiculturais, que se esforçam para se adaptar às necessidades da sociedade (Antón-Solanas et al., 2022).

A multiculturalidade surge na Marinha Grande como consequência dos acontecimentos sociopolíticos a nível mundial, que provocam fluxos migratórios gigantescos; estes fluxos migratórios também se verificam na Marinha Grande, pela oferta razoável de empregabilidade; o referido fluxo aumenta a vulnerabilidade em saúde para as famílias e inevitavelmente sobrecarga para os serviços de saúde.

Sendo a diversidade cultural uma temática oportuna, as famílias de cultura cigana adquirem destaque no estudo, por se enquadrarem na diversidade cultural/multiculturalidade, por representarem um grupo minoritário com elevadas carências de cuidados de saúde, por não existir atualmente nenhum programa ou projeto dirigido aos cuidados em saúde culturalmente competentes, por representarem um dos grupos de maior vulnerabilidade, com marcadas desigualdades sociais e por reconhecer que estabelecem uma relação terapêutica com o EF insuficiente, desajustada e até conflituosa, o que compromete os ganhos em saúde com estas famílias.

Decorrente da experiência profissional enquanto enfermeira, também é visível, que os enfermeiros têm poucos conhecimentos sobre a cultura cigana e que a sua visão quanto à saúde não abrange todas as suas expectativas e que o acesso aos serviços de saúde e estratégias promotoras de saúde é limitado.

Mediante a perceção existente e decorrente da consciência de que as famílias de etnia cigana têm uma representação própria com a saúde e que assumem o processo de doença como biológico e cultural (Estanqueiro, 2020 as cited in Correia, 2011; Leininger, 1998).

As pesquisas científicas efetuadas durante o estágio, no âmbito dos cuidados de enfermagem culturalmente competentes com famílias de cultura cigana, revelaram que o fenómeno está escassamente estudado.

Nesse âmbito, o presente estudo assume relevância na investigação, dado que conhecer uma família culturalmente diferente implica conhecer a sua cultura, de forma a prestar cuidados de enfermagem culturalmente competentes ao indivíduo/família sustentados na evidência científica.

O desenho de estudo apresentado na Parte II corresponde a uma Revisão Integrativa (RI), com o seguinte tema: “Enfermagem transcultural no cuidado de Famílias ciganas: olhar do enfermeiro de família”.

O RI segue a seguinte estrutura: o primeiro capítulo contextualiza o estudo, com a apresentação do diagnóstico de saúde em contexto de estágio, assim como descreve as preocupações dos EF, no mesmo contexto; num segundo capítulo procede-se à fundamentação teórica que conceptualiza o fenómeno, com base na evidência científica; num terceiro capítulo descreve-se a metodologia do estudo, identificando as estratégias que conceptualizam os resultados; o quarto capítulo corresponde à análise e apresentação dos resultados; no capítulo seguinte procede-se à discussão dos resultados e por último a síntese do conhecimento.

Acredito que as competências específicas do Enfermeiro de Família (EF) constituem uma mais-valia na identificação, avaliação e intervenção sistémica junto das famílias ciganas, ao nível das necessidades, potencialidades, forças e recursos.

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019 (2019) e o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar n.º 428/2018 (2018) da OE, representam guias orientadores quer para a prática de enfermagem especializada (Bértolo, 2022).

O presente relatório segue as orientações do Instituto Politécnico de Leiria.

PARTE I - PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O Sistema de Saúde Português possibilita a coexistência de três sistemas articulados: o Serviço Nacional de Saúde (SNS), os Subsistemas de Saúde Públicos de apoio, as entidades privadas e os profissionais livres que acordem com o SNS a prestação de cuidados ou de atividade de saúde (Cantante et al., 2000).

Os CSP integrados nos Subsistemas de Saúde Públicos “...representam o primeiro nível de serviços de saúde pessoais na comunidade, garantindo cuidados acessíveis, contínuos e completos para as necessidades de saúde ao longo da vida de um indivíduo” Ordem dos Enfermeiros (OE, 2020).

Os profissionais que prestam cuidados em contexto de CSP trabalham com os seus utentes e com as suas famílias (OE, 2020). Os CSP constituem um importante foco de atuação na resposta à saúde-doença do indivíduo/família refletindo uma crescente perceção da necessidade de uma abordagem à família enquanto unidade de cuidados.

Estes serviços estão organizados em cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS) (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve), da qual fazem parte os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).

Os ACES são serviços de saúde constituídos por várias unidades funcionais, com autonomia administrativa, que agrupam um ou mais Centros de Saúde (CS) (Decreto-Lei nº 28/2008, 2008). As Unidades de Saúde Familiar (USF), enquadram-se nos CS e têm como missão garantir a prestação de cuidados de saúde à população da sua área geográfica, com qualidade e eficiência, na procura da equidade e acessibilidade, Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, 2022).

As USF são definidas como unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais ou familiares, com equipas multiprofissionais, que podem ser organizadas em 3 modelos de desenvolvimento A B e C; diferenciam-se entre si pelo grau de autonomia organizacional, modelo retributivo e de incentivos aos profissionais, modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico Regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (Decreto- Lei nº 298/2007, 2007).

A seguinte contextualização, tem como objetivo descrever o contexto de estágio na USF Stephens, sediada no CS da Marinha Grande, do Pinhal Litoral (PL), que pertence ao ACES da ARS do Centro.

O PL abrange a área geográfica dos concelhos da Batalha, Leiria, Marinha Grande, Pombal e Porto de Mós; esta área de abrangência, assume uma população residente de 257,615 indivíduos, segundo a plataforma de Estatística da Fundação Francisco Manuel dos Santos (2021) e ocupa uma área territorial próxima de 1743,7 Km, o que representa 8,7% da área da Região Centro.

Em termos de estrutura etária na Marinha Grande, a faixa etária dos 25 aos 64 anos, assume expressividade, como se pode confirmar no Figura 1, relacionando-se com a imigração nos últimos tempos decorrente da fragilidade económica a nível europeu e da possibilidade de emprego acrescida na Marinha Grande; relativamente aos agregados familiares, constata-se que a maioria são com três ou mais pessoas, como se confirma na figura 2, que correspondem a famílias clássicas, estes dados estatísticos encontram-se alinhados com os da região centro (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2021).

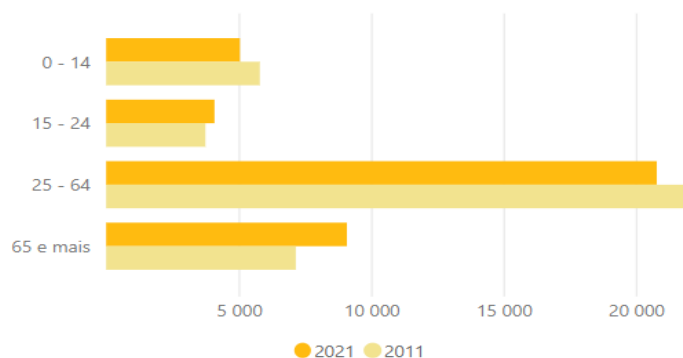
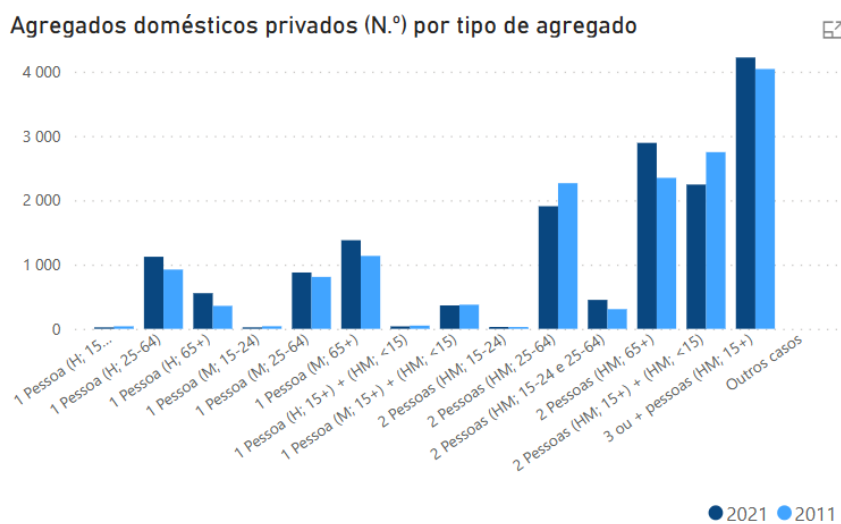


Figura 1- Print screen- População residente na Marinha Grande
Fonte: (Francisco Manuel dos Santos, 2021)



Nota: Nos Censos 2011 o conceito observado era famílias clássicas.

Figura 2- Print screen- Agregados domésticos na Marinha Grande
Fonte: (Francisco Manuel dos Santos, 2021)

Ainda a mesma fonte revela que a população de nacionalidade estrangeira regista um aumento de 37,5% desde 2011, na cidade. Estes dados justificam a multiculturalidade marcada nos ficheiros da USF Stephens e a quantidade de migrantes, nomeadamente no ficheiro atribuído à enfermeira supervisora.

Migrante é um indivíduo que reside temporária ou permanentemente fora do seu país de origem. Neste processo migratório global, os indivíduos passam por diversas transições que podem trazer desequilíbrios e potenciar problemas de saúde; esta população corre o risco de sofrer dificuldade na acessibilidade aos cuidados de saúde e ao tratamento médico, como consequência de múltiplos fatores, constituindo um desafio para os sistemas de saúde (Silva, 2022).

A densidade populacional estrangeira na cidade, incorpora também algumas minorias étnicas, nomeadamente as comunidades ciganas, que se encontram identificadas pelo município, no entanto não estão identificadas numericamente nas unidades funcionais do CS.

Segundo o Bilhete dos Indicadores- CSP (BI-CSP) referente a novembro de 2022, a USF Stephens registava 9.731 utentes inscritos, dos quais 4680 do sexo masculino e 5051 do sexo feminino (ACES, 2022); 2346 indivíduos têm mais de 65 anos e 7861,5 têm menos de 65 anos, destes últimos 766,50 têm menos de 6 anos de vida, ACES (2022), como se pode verificar na figura 3 e na tabela 1.

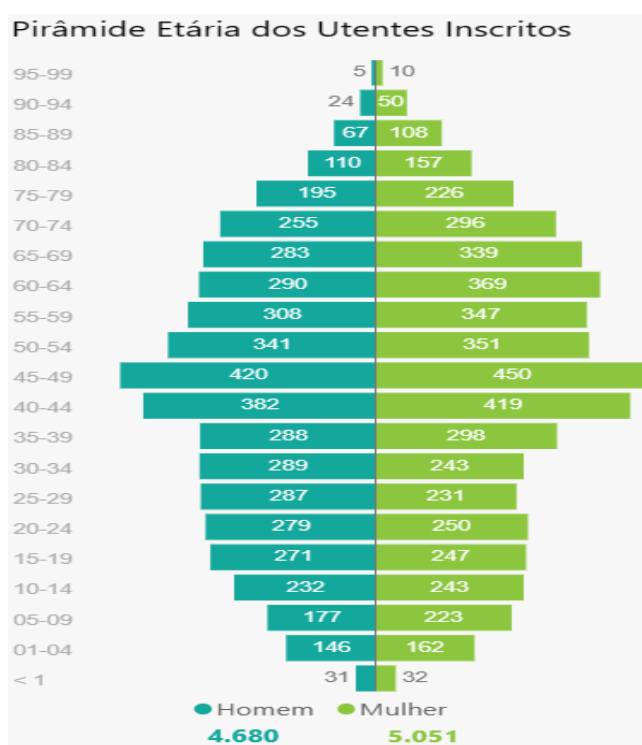


Figura 3- Print screen - Pirâmide etária: população da UFF Stephens
Fonte: (ACSS, 2022)

De realçar, o alargamento da zona central da pirâmide com estreitamento na base e do topo, com predomínio dos indivíduos em idade ativa, típica dos países desenvolvidos, tendencialmente envelhecida, o que reflete a tendência nacional.

O envelhecimento populacional agravou-se substancialmente desde o início do século, quase um quarto da população portuguesa tem mais de 65 anos (23.4%), o que faz de Portugal o terceiro país mais envelhecido do mundo (Azevedo, 2019).

A pirâmide etária representada mostra que a faixa de maior predomínio é a dos 45-49 anos, com distribuição idêntica por género. O grupo dos 7 aos 64 anos de idade apresenta o maior número de inscritos na USF Stephens, como se pode confirmar na tabela 1.

Tabela 1- Grupo etário da população da USF Stephens

Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total	UP
≤ 6 Anos	233	278	511	766,50
07 - 64 Anos	3.508	3.587	7.095	7.095,00
65 - 74 Anos	538	635	1.173	2.346,00
≥ 75 Anos	401	551	952	2.380,00

Fonte: (ACSS, 2022)

O Índice de Dependência total estabelece a relação entre a população jovem e a idosa, "população dependente e a população em idade ativa", e situa-se em 52,79%, que segundo o Perfil Local de Saúde, mostra uma tendência decrescente ao longo dos anos analisados, Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Litoral (ACES PL, 2022).

Relativamente ao índice de dependência dos idosos (≥65 anos), que representa a relação entre a população idosa e a população em idade ativa, situa-se nos 33,03% e dos jovens (< 15 anos), que representa a relação entre a população jovem e a população em idade ativa, é de 19,77%, como se pode confirmar na figura 4 (ACSS, 2022); que segundo o Perfil Local de Saúde apresenta tendência de crescimento (ACES PL, 2022).

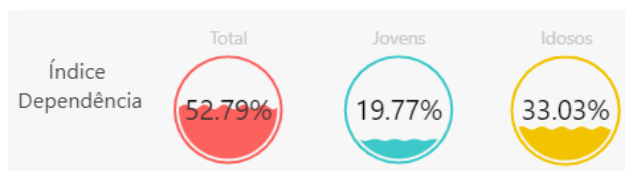


Figura 4- Print screen - Índice de dependência: da população da UFF Stephens
Fonte: (ACSS, 2022)

A USF Stephens tem como missão melhorar a saúde dos seus utentes e inerentemente melhorar o índice de desempenho do ACES PL, através de cuidados de saúde personalizados de excelência aos seus utentes e suas famílias numa perspetiva holística da saúde.

O foco de cuidados na USF Stephens maioritariamente é o indivíduo e não a família, o que reflete o nível I de cuidados segundo (Friedman, Bowden & Jones, 1998), e não o que defende o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar nº 428/2018 (2018) da OE, em que a família é considerada a unidade de cuidados.

A equipa da USF está organizada da seguinte forma: 6 médicos, 6 enfermeiros (1 especialista em saúde comunitária, 1 especialista em saúde materna e 4 sem especialidade) e 5 assistentes técnicos, que trabalham segundo a filosofia de equipa de saúde familiar (médico-enfermeiro-assistente técnico).

A filosofia de trabalho corresponde ao de médico e enfermeiro de família, que estão identificados na plataforma de registos de informação (S. Clínico). A identificação informática possibilita a identificação rápida da equipa de saúde de referência, atribuída ao indivíduo/família, por qualquer utilizador.

Os profissionais de enfermagem, em colaboração com os restantes membros da equipa exercem a sua atividade de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros do Decreto-lei nº 156/2015 (2015), que vai de encontro com o Plano de Ação da unidade funcional.

A organização e gestão da unidade são orientadas pelo instrumento de Diagnóstico para Aplicação do Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nos CSP, que impulsiona a unidade no sentido da melhoria contínua da qualidade e segurança de cuidados (ACSS, 2019).

A equipa orienta a sua assistência aos utentes/famílias, com base no regulamento interno da unidade; este documento serve de guia organizativo e promove o princípio da equidade e acessibilidade dos utentes/famílias aos cuidados de saúde, nas diferentes fases do ciclo vital.

A USFS Stephens tem um modelo de gestão por objetivos, definidos no Plano de Ação (PA), revisto anualmente; em que estão identificadas as metas e atividades a desenvolver de acordo com as características e necessidades da população; neste documento estão definidas as metas, o processo e os recursos disponíveis para alcançar os resultados.

Apesar de ser recente a formação da USF, a equipa desenvolve esforços para alcançar as metas definidas no PA; este documento é essencial para a unidade e resulta de um processo negociado com o ACES PL, que orienta e monitoriza a ação da equipa, com o objetivo da melhoria contínua da qualidade e da resposta às necessidades da população.

Para responder ao PA, a USF disponibiliza consultas de vigilância programadas, no âmbito dos Programas de Saúde, como: Saúde Infantil, Saúde Infantojuvenil, Saúde do Adulto, Saúde Materna, Planeamento Familiar, Rastreios (Cancro da Mama, Colo do Útero e do Cancro do Colon), bem como o acompanhamento de utentes com Patologias Crónicas (Diabetes, Hipertensão).

De acordo com os dados do MIM@UF, como se confirma na figura 5, existe uma grande expressividade nos problemas relacionados com a hipertensão, seguindo-se as doenças do aparelho circulatório e a insuficiência cardíaca.

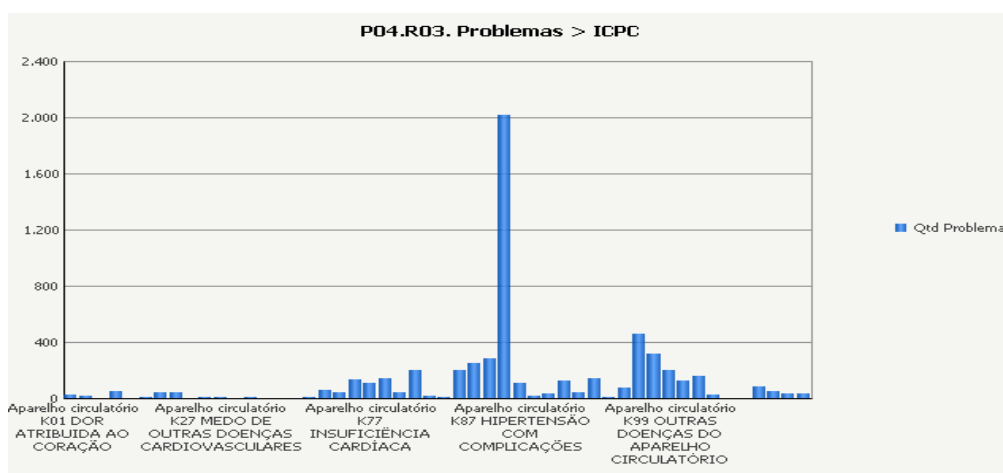


Figura 5- Print screen - Patologias de maior prevalência na USF Stephens
Fonte: MIM@UF (2015) - Hierarquia dos Locais 2022

Estes resultados vão de encontro às patologias de maior expressividade do PL, nomeadamente as doenças do aparelho circulatório, destacando-se a doença da hipertensão com complicações, o que reflete o número de doença cardiovascular existente.

De acordo com os dados da ACSS (2022), os problemas com maior prevalência no ACES PL, são: alteração dos lípidios, hipertensão sem complicações, excesso de peso, obesidade, síndrome da coluna com irradiação, perturbação depressiva, como se pode confirmar na tabela 2.

Tabela 2- Principais problemas ativos no ACES PL

ICPC	Nº Ut.	Proporçã
T93 - Alteração dos lípidos	539.195	33,62
K86 - Hipertensão sem complica...	384.362	23,96
T83 - Excesso de peso	381.651	23,79
T82 - Obesidade	254.959	15,90
L86 - Síndrome da coluna com ir...	237.582	14,81
P76 - Perturbação depressiva	230.576	14,38
A98 - Manutenção de saúde/me...	214.005	13,34

Fonte: (ACSS, 2022)

Os problemas ativos do ACES PL, encontram correspondência com os da USF Stephens, como se confirma tabela 3.

Tabela 3 - Problemas ativos na USF Stephens

Porção	Nº Ut.	ICPC
24,03%	2.138	T93 - Alteração dos lípidos
23,96%	2.132	T83 - Excesso de peso
22,67%	2.017	K86 - Hipertensão sem complicaç
18,64%	1.659	A29 - Sintoma/queixa geral outro
16,52%	1.470	L87 - Bursite/tendinite/sinovite N
15,80%	1.406	T82 - Obesidade
14,36%	1.278	P17 - Abuso do tabaco

Fonte: (ACSS, 2022)

Para responder às necessidades de situações agudas em que não é possível a programação da consulta, a USF disponibiliza o atendimento no próprio dia (consulta aberta) em horário definido para o efeito.

Para além das consultas programadas e das consultas abertas, a USF ainda garante a prestação de cuidados globais e contínuos, num mecanismo de intersubstituição dos diferentes grupos profissionais, que permite a resposta a situações agudas, que não têm enquadramento nas consultas abertas do médico e da enfermeira de família.

A equipa da USF Stephens também garante os cuidados domiciliários aos utentes inscritos dependentes da área de influência e familiares fora da unidade, que estejam temporariamente a residir nos domicílios das famílias inscritas na unidade.

Durante a minha permanência em estágio constatei que existe um especial cuidado por parte dos EF na prevenção da dependência e complicações inerentes à mesma, com os indivíduos/famílias, esse cuidado traduz-se no número reduzido de domicílios existente.

A unidade funcional possui uma carteira adicional de serviços, correspondente ao atendimento em estomoterapia, destinado a utentes ostomizados e suas famílias da área da abrangência da USF e pertencentes à zona de influência do ACES PL. Este atendimento é realizado unicamente pela enfermeira supervisora que possui conhecimentos avançados em estomoterapia.

Para garantir a acessibilidade aos utentes inscritos, a USF Stephens, funciona das 08:00 às 20:00 horas, de segunda a sexta-feira; fora do período de funcionamento, os utentes têm

como alternativa o Serviço de Atendimento Permanente, o Centro Hospitalar de Leiria e a Linha Saúde 24.

A nível de contactos, os utentes podem contactar a USF presencialmente, por telefone (nº 244572932) ou através do endereço eletrónico: usf.stephens@arscentro.min-saude.pt

O EF assume a lista de utentes/famílias atribuída ao médico com quem trabalha; o ficheiro de referência da enfermeira supervisora, está constituído com 1730 utentes, perfazendo um total de 948 famílias, tal como se pode comprovar na tabela 4, o que corresponde a 1982 unidades ponderadas.

Tabela 4- Nº de Inscritos frequentadores no ficheiro de referência

Frequentadores	
Nº famílias	Nº utente família
948	1730

Fonte: (MIM@UF, 2015)

O Rácio de enfermeiros contraria o adequado, de acordo com o Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem nº 743/2019 (2019), que determina um enfermeiro por cada 1.550 utentes, ou para 1.917 UP ou ainda para 350 famílias, comprometendo a dotação segura e de qualidade dos cuidados de enfermagem às famílias.

O número elevado de famílias encontra explicação, nas famílias monoparentais e no facto de um grande número de utentes estar sozinho no processo familiar, tais como migrantes.

A prestação de cuidados acontece num contexto de proximidade, numa premissa de resposta rápida, sendo o EF o profissional de primeira linha para essa mesma resposta, o que por vezes promove a sobrecarga de trabalho para o profissional.

Para além dos problemas apresentados, a USF Stephens apresenta um número considerável de casos sociais; através da análise da pirâmide da Figura 6, verificasse a existência de disparidades nos diferentes ficheiros.

Na prática poderão existir mais casos sociais do que os representados, considera-se que alguns ficheiros podem estar subdimensionados em termos de registos.

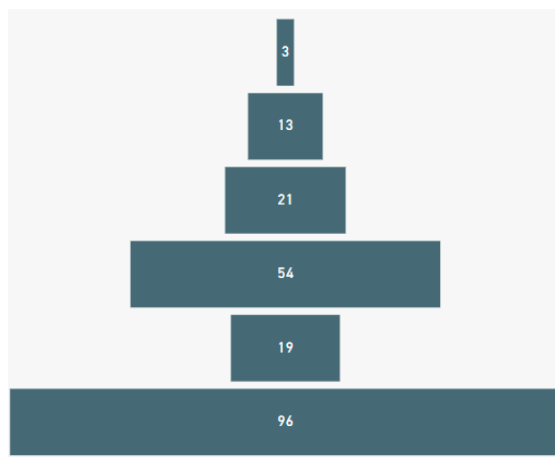


Figura 6- Print screen- da Pirâmide de casos sociais da USF Stephens
Fonte: (ACSS, 2022)

Verifica-se que os enfermeiros desenvolvem muitas intervenções, com base nos casos sociais identificados, no entanto o seu registo clínico é limitado, não transparecendo efetivamente o desempenho profissional e os ganhos em saúde com estas famílias.

Os casos sociais identificados na USF Stephens englobam famílias de cultura cigana, que não se distinguem numericamente de outras.

O indivíduo de cultura cigana quando se dirige ao EF, normalmente é por algum sintoma, normalmente sem a presença de outros elementos da família, ou com a mãe quando são crianças.

Segundo Friedman esta prática de cuidados, corresponde ao nível I da prática de enfermagem de cuidados à família, cujo foco é cada um dos membros da família, e esta surge como um recurso e fator contextual.

Já a prática da enfermeira supervisora (enfermeira especialista em saúde comunitária e saúde familiar) acontece maioritariamente ao nível II e III de cuidados, segundo o mesmo autor; em que o foco dos cuidados é cada indivíduo e todos os diferentes elementos da família (subsistemas familiares), com grande relevância nas consultas de vigilância e na carteira adicional (estomoterapia).

Bastos et al. (2022) referem que os enfermeiros têm vindo a alterar a maneira de trabalhar com as famílias integrando uma nova forma de pensar, mais inclusiva e solidária, em todos os contextos de cuidados.

A prática especializada em ESF assume como foco de cuidados a família, procura conhecê-la em todas as suas dimensões, o que se coaduna com ganhos para a unidade funcional (Lopes, 2022).

Os EF desempenham a sua atuação no sentido de promover estilos de vida saudáveis, promovendo a literacia em saúde aos utentes e suas famílias, em contexto de consultas, domicílios e comunidade.

Os projetos de saúde do indivíduo/família não se dissociam dos estilos de vida, estes podem ter um importante impacto nas comorbilidades; nesse âmbito, o enfermeiro interage com a família, no sentido de promover a sua capacitação nos projetos da sua própria saúde (Silva, 2021).

A Educação em Saúde assume um papel essencial na nossa sociedade levando a informação e o conhecimento à população, sobre como cuidar melhor da sua saúde, essencialmente de forma preventiva, de forma a evitar doenças, promovendo uma vida mais saudável e com qualidade.

As atividades desenvolvidas na USF Stephens, nomeadamente os cuidados de enfermagem são monitorizados através do Índice de Desempenho Global (IDG), descrito no BI-CSP; os objetivos globais da equipa encontram visão na plataforma dos indicadores através do IDJ, que reflete a melhoria contínua da qualidade da unidade e desenvolvimento sustentado em saúde.

O primeiro processo de contratualização da USF Stephens é recente, pelo que o IDG, ainda não descreve a produtividade da unidade, sendo esperado uma maior expressividade brevemente.

Atualmente estão contratualizados 112 indicadores, sendo que o IDG relativo a novembro de 2022 é de 37,10%, como se pode confirmar na Figura 7.



Figura 7– Print screen Índice Desempenho Global USF Stephens
Fonte: BI – (ACSS, 2022)

Alguns dos indicadores contratualizados são sensíveis aos cuidados de enfermagem; o EF desenvolve a sua praxis orientada pela qualidade dos cuidados que presta e pela oportunidade de melhoria continua dos indicadores de resultado.

O número de utentes inscritos no ficheiro de referência da enfermeira supervisora, segundo a leitura da tabela 5, apresenta maior expressão no grupo etário dos 7 aos 64 anos, seguindo-

se o grupo etário dos 0 aos 7 anos e por último o grupo correspondente aos indivíduos com mais de 65 anos (MIM@UF, 2015).

Tabela 5- Nº Inscritos por Sexo e Grupo Etário, no ficheiro de referência

Grupo Etário	Homens	Mulheres	Total
>=0 e <7 anos	71	70	141
>=7 e < 65 anos	757	668	1425
>= 65 e < 74 anos	47	53	100
>=75 anos	24	36	60
Total	899	827	1726

Fonte: Plataformas SINUS (s. d.)

Estes números relacionam-se com o facto de o ficheiro absorver um grande número de utentes que estavam sem médico de família, nomeadamente famílias de etnia cigana e famílias estrangeiras, em fase ativa e reprodutiva.

O ficheiro em causa incorpora novos subsistemas, alguns de cultura diversa (não identificados numericamente) o que traduz processos de transições isolados e/ou múltiplos, que se traduzem em desafios para a prática dos cuidados de enfermagem de família.

A tipologia familiar predominante no ficheiro de referência, corresponde a famílias nucleares, existindo algumas monoparentais e poucas famílias extensas.

O número considerável de famílias estrangeiras no ficheiro, como consequência da migração recente e da multiculturalidade expressiva, indicia fracas redes de apoio e vulnerabilidade em saúde.

Os principais problemas de saúde com registo por diagnóstico ativo, de acordo com a ICPC são: excesso de peso (270), abuso do tabaco (249), síndrome da coluna com irradiação (238), doença viral outra (202), sintoma/queixa geral (192), contraceção feminina (188) (ACSS, 2022).

Relativamente à distribuição de utentes com programas associados nos vários programas de saúde no S. Clínico verifica-se na tabela 6, que a maioria se enquadra no programa de saúde de adultos, com 748 utentes; seguindo-se o programa de saúde infantil e juvenil, com 396 utentes; depois o programa de planeamento familiar, saúde sexual e reprodutiva, com 235 utentes; a seguir o programa de rastreios oncológicos, com 216 utentes; seguindo-se o programa de tratamento de feridas, com 203 utentes; a saúde do idoso, com 142 utentes; depois o programa de hipertensão, com 76 utentes; 62 utentes no programa de diabetes; 52 no programa de saúde da família, entre outros de menor utilização (ACSS, 2022).

Tabela 6- Distribuição de utentes com programa de saúde associados

Programas de Saúde	Utentes com programas associados
Adulto	748
Saúde Infantil e Juvenil	396
Planeamento Familiar, Saúde Sexual e Reprodutiva	235
Rastreamentos Oncológicos	216
Tratamento de feridas	203
Saúde do idoso	142
Hipertensão	76
Diabetes	62
Família	52
Tabagismo	24
Inclusão escolar	18
Hipocoagulados	10
Intervenção precoce	6
Saúde Materna	6
Dependentes	5
Dependente	5
Cuidados continuados	5
Promoção da saúde oral	1
Ostomizados	0

Fonte: S. Clínico Enfermagem (dezembro, 2022)

A análise da tabela permite inferir que a enfermeira supervisora e única a prestar apoio à consulta de estomoterapia (carteira adicional), não tem nenhum utente com o programa associado de estomoterapia no seu ficheiro.

Da análise da tabela 6, os 52 processos/utentes com o programa da família associado correspondem aos avaliados em contexto do presente estágio, dado que não existiam avaliações e intervenções neste âmbito anteriormente.

A equipa de enfermagem representa uma força dinamizadora na unidade, assumindo o papel de gestores em diferentes processos, nomeadamente: contratualização de indicadores; gestão de materiais; dinamizadores da formação interna e externa; elaboração de documentos necessários e indispensáveis à recente organização (USF).

Os enfermeiros de família, nomeadamente os especialistas demonstram elevada competência na área da gestão e organização, o que revela a aplicabilidade das suas competências como enfermeiros especialistas, descritas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019 (2019), nomeadamente nos domínios da gestão de cuidados e na melhoria contínua da qualidade.

A possibilidade de poder participar ativamente nas reuniões de equipa, permite desenvolver competências na área da gestão e organização, que sustentam a prática de enfermagem especializada.

Na USF Stephens, os enfermeiros de família possuem uma vasta experiência de cuidados de enfermagem, o que lhes confere segurança e qualidade nos cuidados que prestam à população.

O EF assume-se, como um profissional de referência para a família, no que respeita à acessibilidade a cuidados globais, contínuos e integrados; este avalia globalmente as necessidades em cuidados de saúde à pessoa/família e mobiliza recursos internos e externos para satisfazer as mesmas; desta forma adequa os recursos e rentabiliza-os, de forma a evidenciar ganhos em saúde para as famílias, através dos indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem (Lopes, 2022).

O contacto com diferentes famílias e realidades, assim como formas distintas de cuidar da singularidade do indivíduo/família culturalmente diferente, exige uma abrangência de conhecimentos culturais, assim como exige sensibilidade e características especiais do EF.

O EF sustenta a sua prática em referenciais teóricos, de forma a garantir o máximo de qualidade dos cuidados sustentados na evidência científica.

O EESF promove o cuidado da família como alvo dos cuidados, integrando um conhecimento aprofundado das mesmas e dos seus elementos ao longo do ciclo vital.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A teoria confere significado ao conhecimento, assim como os referenciais teóricos orientam a conceção de cuidados em enfermagem, assumindo excecional importância como base epistemológica para a prática avançada de enfermagem na área de saúde familiar, de forma a melhorar a prática, descrevendo, explicando e antevendo os fenómenos.

O conhecimento teórico reforça o poder da profissão, uma vez que os métodos sistematicamente desenvolvidos orientam o pensamento crítico e a tomada de decisão na prática profissional e aumentam a sua eficácia (Tomey & Alligood, 2004).

“A teoria por si só não é suficiente, é sim, uma ferramenta primordial para explicar e prever, orientar o enfermeiro a solucionar os problemas, esta servirá de pilar para uma prática competente em enfermagem, na medida em que o conhecimento que envolve a prática, amplia e desenvolve a teoria, adaptando-a à prática dos cuidados de enfermagem” (Henriques & Santos, 2019, p. 40).

A integração das diferentes teorias na prática de cuidados com as famílias proporciona aos enfermeiros habilidades, para conjugar conhecimentos e sustentar a abordagem às famílias com base na ciência.

Mediante a necessidade de os profissionais de saúde reformularem a abordagem tradicional, centrada na pessoa, para uma abordagem centrada na família, a investigação na área da enfermagem de família tem vindo a desenvolver-se, pela emergência de modelos e teorias que sustentem essa mudança de paradigma, de modo a enfatizar a família como foco de cuidados (Figueiredo, 2012).

Teoria é entendida como um conjunto de pressupostos, princípios e/ou proposições que explicam ou guiam a ação social (Hartz & Silva, 2005 as cited in Chen, 1990).

Do ponto de vista conceptual e segundo Jordão (2019) a enfermagem de família sofre influência dos modelos de enfermagem, das teorias da terapia familiar e das teorias das ciências sociais da família.

As teorias das ciências sociais da família, os modelos conceptuais e as teorias de enfermagem, permitem desenvolver os fundamentos para a enfermagem de família e alargar as práticas dirigidas ao sistema familiar, dotando os enfermeiros de conhecimento para compreender a estrutura, a função e o processo, sobre o modo como as famílias são criadas, mantidas, alteradas e se reajustam em situações de crise (Hanson, 2005).

São vários os acontecimentos, ao longo do ciclo vital que sugerem alterações previsíveis na estrutura, funções e papéis da família, que se denominam fases do ciclo vital (Relvas, 1996); que podem ou não se configurar em situações de crise.

As alterações sociais, económicas, políticas, culturais, demográficas e tecnológicas conduzem a transformações na família, diversificando-a (Dias, 2011).

A autora caracteriza a família como um sistema em mudança, que se vai modificando para se adaptar à realidade e ao tempo; entendida como uma globalidade, em que o todo é mais do que a soma das suas partes (Relvas, 1996).

Existem muitas definições de família e as mesmas têm vindo a sofrer alterações e mudanças ao longo dos tempos e culturas.

“A família: grupo de seres humanos, vistos como unidade social ou um todo coletivo, composta por elementos ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, sendo vista para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea de parentesco, relação emocional ou legal, incluindo pessoas relevantes para o utente, que constituem partes do grupo” (OE, 2011, p. 6).

O conceito de família refere-se a dois ou mais indivíduos, que dependem um do outro, para dar apoio emocional, físico e económico, constituindo um sistema social, cujos membros agem de acordo com um conjunto de normas e valores interiorizados, principalmente através da socialização (Hanson, 2005).

A família é o lugar onde nascemos, crescemos e morremos, ainda que durante esse percurso, possamos ter mais do que uma família (Alarcão, 2002).

Relvas (2003) entende a família como um sistema, um todo, uma globalidade que só nessa perspetiva pode ser compreendida.

A família é uma unidade básica da sociedade, que canaliza o seu processo de desenvolvimento individual e social da pessoa humana para o seu bem-estar e dos restantes elementos que a compõem, perspetivada como sistema social, autopoiético e coevolutivo, que se autodefine e cresce, num contexto desenvolvimental ecossistémico (Marion & Pereira, 2021).

“Apesar dos diferentes conceitos de família, esta diversidade, não dissipa a importância que esta unidade tem no bem-estar dos elementos que a compõem, pois, é na família que crescemos, nos sustentamos física, psicológica e socialmente” (Henriques & Santos, 2019, p. 32).

Embora as famílias possam apresentar especificidades que as diferenciam, consoante as latitudes, a sociedade portuguesa, em geral acompanha as tendências de evolução da família europeia; é inevitável referir que se assiste a uma diminuição da dimensão média da família, a um retardamento da idade do casamento e dos nascimentos, a um aumento da família nuclear e das uniões de facto, do número de nascimentos fora do casamento, da taxa de divórcios e do número de pessoas a viver sozinhas (Araújo, Paúl & Martins, 2011).

Para além das transformações a nível da estrutura, é na família que se desenvolvem os vínculos afetivos, as principais transições de vida, os valores, os estilos educativos e de socialização, as relações pais-filhos e as relações entre irmãos (Relvas, 1996).

Ainda Marion & Pereira (2021) referem que a família garante a sobrevivência biológica dos seus membros, tal como serve de fonte de suporte para o desenvolvimento biopsicossocial, facilita o processo de aprendizagem dos seus membros, favorece o desenvolvimento cognitivo e as trocas com o mundo durante o ciclo vital.

As fases do ciclo vital consoante os autores podem variar entre cinco e oito, dependendo das características e durabilidade do ciclo.

De acordo com Relvas (1996), as etapas do ciclo vital podem ser consideradas com base numa família nuclear tradicional (pai, mãe e filhos), as seguintes: a formação do casal, a família com filhos pequenos, a família com filhos em idade escolar, a família com filhos adolescentes e a família com filhos adultos (Alarcão, 2002).

“O ciclo vital representa os períodos evolutivos de crise, que ocorrem em todas as famílias, e os eventos imprevisíveis, que podem ser caracterizados por conflitos e ansiedade, ocasionados pelas ruturas nas regras e padrões de funcionamento, até então estabelecidos”. (Mussumeci & Ponciano, 2019, p. 1176).

“No entanto, em todos os períodos, podem ser desenvolvidas habilidades que auxiliam na capacidade adaptativa” (Mussumeci & Ponciano, 2019, p. 1176).

A Família constitui um grupo institucionalizado, relativamente estável considerado uma base social importante e um espaço de vivências de relações afetivas profundas (Pires, Sousa & Magalhães, 2017).

O grupo institucionalizado, é composto por um conjunto de elementos interdependentes em interação com objetivos comuns, formando um todo organizado envolvido por um meio exterior, considerado como um sistema (Figueiredo, 2012).

O sistema familiar na perspetiva de Alarcão (2002) é composto por objetos, atributos e relações, constituído por vários subsistemas e faz parte de outros sistemas, neste caso suprassistemas, relacionados e organizados hierarquicamente.

A família na perspetiva sistémica possui limites ou fronteiras que a individualizam do meio envolvente (Alarcão, 2002). A definição clara de limites é fundamental para o funcionamento familiar e desenvolvimento da identidade e permite reconhecer: a individualidade dos vários subsistemas, o desempenho de tarefas de forma clara, o conhecimento que cada elemento tem de si próprio e o que podem os outros esperar dele, assim como as perspetivas formadas em relação aos outros (Alarcão, 2002).

A definição clara de limites possibilita também a delimitação do sistema familiar relativamente ao ambiente, permitindo a regulação de passagem de informação entre estes (Figueiredo, 2012).

Ao longo da vida familiar estes limites vão-se abrindo ou fechando, entre a família e o meio, ou entre os subsistemas que a compõem, em função da fase de desenvolvimento que se encontra a família (Santos, 2019).

A diferenciação e a permeabilidade dos limites permitem identificar dois tipos de famílias, as emaranhadas e as desmembradas; segundo Relvas (1982), as famílias emaranhadas são aquelas onde os limites entre os indivíduos são pouco claros, as personalidades dos diferentes membros são pouco diferenciadas entre si; já as famílias desmembradas definem-se pela independência dos membros, não existindo uma vida relacional própria na família, os limites individuais são bem marcados e os elementos têm uma vida no exterior da família muito intensa, satisfazendo a maior parte das suas necessidades, afetivas, sociais e culturais (Relvas, 1982).

Os indivíduos podem apresentar diferentes níveis de poder numa família, com regras estabelecidas que permitem delimitar as fronteiras, definindo quem e de que forma participa.

Minuchin & Alcides (1990) distinguem três tipos de limites: os claros (que delimitam o espaço e as funções de cada membro ou subsistema permitindo, a troca de influências entre os mesmos), os difusos (marcados por uma enorme permeabilidade que faz perigar a diferenciação dos subsistemas) e os rígidos (que dificultam a comunicação e a compreensão recíprocas).

Marion & Pereira (2021) as cited in Osório (s. d.), ressaltam que através dessas interações familiares, são transmitidos valores e condições para o indivíduo desenvolva a sua identidade.

O funcionamento saudável da família influencia de forma positiva a saúde dos seus membros, inclusive na promoção de valores e crenças relacionados com o amor, solidariedade, sexualidade e valor da vida (Friedman, 1998).

A família representa a fonte primária de prestação e transmissão de cuidados de saúde, dessa forma assume um papel fundamental na saúde dos seus membros, pode representar um espaço de proteção ou precipitação de doença (Figueiredo, 2012).

A família influencia a forma como os seus membros lidam com os seus processos de saúde, e é nela, que os indivíduos aprendem comportamentos de saúde e recebem cuidados de saúde (Figueiredo, 2012).

Bastos et al. (2022) as cited in Campos (2019) referem que a família constitui o contexto privilegiado de cuidados de suporte à vida e de saúde dos indivíduos, é nesta que as pessoas nascem, crescem, desenvolvem-se, vivem, adoecem e morrem; esta desempenha um papel de providência integral, ou parcial, de cuidados quando um dos seus membros enfrenta uma doença crónica ou incapacidade.

A abordagem sistémica da família, tal como a sua perspetiva ecológica, permite compreender a importância, a complexidade, e a interação dos diferentes sistemas. Nessa perspetiva urge a necessidade de os profissionais de saúde reformularem a abordagem tradicional, centrada na pessoa, para uma abordagem centrada na família, de maneira a apoiar as famílias nas diferentes etapas de desenvolvimento, no cuidado aos seus membros com doença crónica ou deficiência, e na prevenção de situações de stress e dificuldades relacionadas com a prestação e cuidados na família, pela família coletiva e distributivamente; dessa forma a enfermagem de família adota como pressuposto fundamental, que um sistema deve ser percebido como um todo, ao invés de partes individuais (Bastos et al., 2022).

“Em todos os contextos onde os enfermeiros desenvolvem a sua atividade profissional, o seu foco, direta ou indiretamente, é centrado na família, tendo em conta a sua saúde global, desenvolvimento, e a forma como a família contribui para a sociedade” (Figueiredo, 2009, p. 52).

A investigação na área de enfermagem de família é relativamente recente (finais do século XX). Vários são os modelos e teorias que sustentam a prática da profissão de enfermagem e que contribuem para o desenvolvimento do campo da enfermagem familiar.

Alguns dos contributos que fazem sentido descrever para justificar a prática baseada na evidência do estudo efetuado na II Parte do relatório, são descritos de seguida.

A **Teoria Geral dos Sistemas**, de Ludwig Von Bertalanffy, tem por base as ciências da biologia e da física, em que o sistema é designado como um conjunto de elementos em interação, dependendo do ambiente onde reside (Bértolo, 2022).

A Teoria Geral dos Sistemas é utilizada para compreender as famílias enquanto unidades sistémicas, pelos profissionais de saúde e dela emergem conceitos fundamentais para a terapia familiar (Figueiredo, 2012).

O conceito de sistema é definido por Relvas (2003) como um conjunto de elementos em inter-relações recíprocas.

A família é vista como um sistema, um todo, uma globalidade e desta forma possui como propriedades: a totalidade, a equifinalidade, a retroação e a auto-organização (Alarcão, 2002). A mesma autora refere que a família é vista como sistema aberto, dotada de propriedades como: **a)** totalidade (família é diferente da soma das suas partes, cada um dos seus membros influencia os outros, o comportamento de um membro é indissociável dos outros); **b)** equifinalidade (resulta da capacidade que a família têm para se organizar em torno de um objetivo, condições iniciais idênticas não significam resultados finais iguais, e vice-versa); **c)** retroação (o comportamento de um dos seus elementos não é suficiente para explicar o comportamento de um outro elemento, implica utilizar uma abordagem circular de interações, em que o sistema familiar reage à informação interna e externa, alterando o seu comportamento de forma a assegurar a sua continuidade); **d)** auto-organização (a família é autónoma na gestão da informação recebida do exterior, integrando-a; o sistema cria as suas próprias determinações e das suas próprias finalidades, de uma forma autónoma e espontânea, modifica a sua estrutura de forma a criar condições necessárias à sua sobrevivência, ou ficar estático (Alarcão, 2002).

Segundo o princípio hologramático na constituição da família existem totalidades mais pequenas, os subsistemas, que fazem parte do todo; o indivíduo inserido na mesma família, faz parte desta e da comunidade onde vive, e reconhece-se nestes mesmos sistemas. A família é entendida como um todo organizado e interdependente (sistema), cujos elementos (subsistemas) interagem de forma dinâmica, com a perspectiva de atingirem objetivos comuns, numa rede de relações de intercontextualidade ao longo do tempo (microsistema, mesosistema, exossistema, macrossistema e cronossistema) (Pinto, 2017).

O sistema pode ser considerado aberto, ou fechado, consoante as trocas de energia com o ambiente; Bertalanffy distingue sistemas fechados e sistemas abertos, caracterizando os primeiros pela entropia, o caos, a simplicidade, a homogeneidade, o determinismo e a causalidade linear; nos segundos existe uma interação dinâmica entre os seus componentes,

caracterizam-se pelas interações com o exterior, mantendo-se afastados do equilíbrio, num estado estacionário quer de fluxo, quer de mudança contínuas (Figueiredo, 2012).

Os sistemas para além das trocas de energia, também apresentam formas diferentes de funcionamento.

A **Teoria da Cibernética** constitui-se como a disciplina que pretende explicar as formas de funcionamento dos sistemas, quer a nível da regulação quer a nível da evolução (Alarcão, 2002).

A teoria cibernética desenvolve-se durante a Segunda Guerra Mundial, com o objetivo bélico de criar armas de guerra autorreguladas. Mais tarde foi adotada para explicar a perspetiva dos sistemas autorregulados, cujo objetivo era manter a homeostasia dos mesmos, ou seja, o mais importante no sistema era a estabilidade e não a mudança, Alarcão (2002), este conceito denomina-se como primeira cibernética.

Esta teoria estuda mecanismos de feedback em sistemas que se autorregulam, como é o caso das famílias; o circuito de feedback representa o processo pelo qual um sistema adquire informação necessária para seguir em frente, de forma estável (Costa 2010 as cited in Nichols & Schwartz, 2006; 2007).

O sistema de feedback inclui informações sobre o desempenho do sistema em relação ao seu ambiente externo e sobre as relações entre as partes do sistema. Os circuitos de feedback podem ser negativos ou positivos, essa distinção refere-se ao efeito que eles têm sobre os desvios em relação a um estado homeostático, não significando que são benéficos ou prejudiciais.

Os sistemas familiares perante a necessidade de mudança, a capacidade de se autorregularem e a necessidade de estabilização podem evoluir ou não. O sistema pode voltar ao seu estado de equilíbrio homeostático, havendo uma autoestabilização ou automanutenção do sistema (Cibernética de 1ª ordem), ou retroalimentar-se de forma positiva ou amplificadora de desvios, proporcionando a transformação do sistema, levando-o a um novo regime de funcionamento e capacidade de auto mudança (Cibernética de 2ª ordem) (Cesario & Cesario, 2019 as cited in Vasconcellos, 2002).

Na cibernética de segunda ordem, a transformação e evolução são aspetos positivos, ao contrário da cibernética de primeira ordem, e, a história do sistema é valorizada na compreensão do seu funcionamento atual (Domingues, 2022).

A teoria cibernética assenta na ideia de circularidade, ou seja, os elementos do sistema, sofrem compreensão e influências mútuas (Costa, 2010).

Na perspetiva de intervenção sistémica, o profissional reconhece a complexidade do sistema familiar e das suas potencialidades evolutivas, com base na Teoria da Cibernética de segunda 2ª ordem, compreendendo que os sistemas se transformam, mantendo a sua identidade, a sua organização e transformando a sua estrutura, para se conseguirem adaptar às inevitáveis situações de instabilidade (Alarcão, 2002).

O sistema familiar pode sofrer perturbações no seu funcionamento, resultantes das retroações negativas e positivas utilizadas pela família; e pode ocorrer mudança, mediante o desenvolvimento do sistema, de uma forma espiral, irreversível e imprevisível e não de forma linear (Alarcão, 2002).

O sintoma pode surgir como manifestação de necessidade de mudança e não como sinal de disfunção; considera ainda que as famílias são consideradas competentes para responder a situações de crise e acompanhar as mudanças (Alarcão, 2002).

Perante esta perspetiva, o profissional deve intervir no sentido de promover a(s) mudança(s) que considere necessárias em função da individualidade dos elementos/famílias, deve reconhecer as suas competências, sem se focar na identificação de razões da disfunção e na reposição do equilíbrio (Domingues, 2022).

Os circuitos de feedback da Teoria da cibernética relacionam-se intimamente com os processos comunicacionais, evidenciando a o contributo da teoria da Comunicação Humana.

A **Teoria da Comunicação Humana** relaciona-se com os aspetos comunicacionais do sistema familiar, que foram essencialmente estudados pela escola de Palo Alto, que considera a comunicação um processo social, que integra múltiplas formas de comportamento e interação.

Para Alarcão (2000) as cited in Watzlawick et al. (1993), a interação pode ser definida como um conjunto de mensagens trocadas entre indivíduos, já a comunicação refere-se a todo e qualquer comportamento, quer verbal, não verbal ou para verbal.

As mensagens comunicacionais, só fazem sentido quando entendidas no contexto em que ocorrem, o indivíduo participa no processo de comunicação criando com os outros e com ele próprio o contexto (Alarcão, 2002).

Os mesmos autores adaptam a premissa de que é impossível não comunicar e que a comunicação desempenha um papel fundamental na vida das pessoas e na ordem social, ressaltando que o importante não é tanto o que se comunica (processo consciente ou não), mas como se comunica, e de que forma ocorre influência mútua; é neste processo comunicacional que se origina um relacionamento. Partindo deste postulado, os mesmos

autores descrevem cinco regras básicas da comunicação funcional, conhecidos pelos 5 axiomas da pragmática da comunicação humana, são eles: é impossível não comunicar; toda a comunicação tem dois níveis (conteúdo e relação); a natureza de uma relação está na contingência da pontuação das sequências comunicacionais entre comunicantes; os seres humanos comunicam digital e analogicamente; todas as permutas comunicacionais são simétricas ou complementares, quer se baseiem na igualdade ou na diferença (Alarcão, 2000 as cited in Watzlawick et al., 1993).

Assim sendo, são descritos de seguida os respetivos axiomas, pelos mesmos autores:

1º Axioma diz que é impossível não se comunicar, todo o comportamento é uma forma de comunicação, que tudo o que dizemos e fazemos, de forma intencional ou não, constitui comunicação;

2º Axioma refere que toda a comunicação assenta em conteúdo e relação, ou seja, toda a comunicação para além do significado das palavras, assume mais informação; no processo comunicacional o emissor da informação dá a entender a relação que tem com o recetor da informação;

3º Axioma alega que a natureza de uma relação está dependente da pontuação das sequências comunicacionais entre os comunicantes; refere-se à maneira como cada interveniente integra a mesma informação, sendo que o modo como a sequência de acontecimentos é entendido está relacionada com a forma como é pontuada, sendo esta pontuação fulcral para a interação e reação mútua;

4º Axioma, diz que os seres humanos comunicam de forma digital e analógica, este integra dois tipos de código: o digital associado à comunicação verbal que assume um processo comunicacional mais objetivo (o que é dito e a forma como é dito) e o analógico associado à linguagem não verbal (simbolização, a linguagem corporal, a gestão dos silêncios, as onomatopeias) deixando espaço para interpretação pessoal e sendo por isso rica do ponto de vista afetivo-emocional;

5º Axioma, salienta que as permutas comunicacionais são simétricas ou complementares, segundo se baseiem na igualdade ou na diferença, existe tendência para minimizar as diferenças e ampliar as semelhanças, o comportamento dos intervenientes tende a ser influenciado mutuamente e a promover reações (Alarcão, 2000 as cited in Watzlawick et al., 1993).

A **Teoria de Martha Rogers** desenvolvida em 1970, tem por base o ser humano unitário, este é apresentado como foco e entendido como um sistema aberto, em constante troca com o

ambiente e a família é vista como um campo de energia, um sistema aberto em constante mudança com o meio ambiente (Hanson, 2005).

Martha Rogers considera que os indivíduos são mais do que a soma de suas partes (Alligood, 2014).

A **Teoria da adaptação Calista Roy** concebida em 1984, integra o conceito de que a pessoa é um sistema aberto, em constante adaptação e que reage a estímulos ambientais; este modelo é entendido como um sistema adaptativo de entradas, controle interno, processos de feedback e saídas, em que o objetivo central da teoria é compreender como as famílias se adaptam aos problemas de saúde (Kaakinen, Coehlo & Gedaly-Duff, 2018).

A **Teoria do Alcance de Metas de Imogene King** de 1987, baseia-se na Teoria Geral dos sistemas, refere que o sistema interpessoal e social é entendido como o conceito de família, realçando a importância na interação entre os diferentes sistemas, na consecução de objetivos. A família transmite valores e normas de comportamento ao longo da vida; dá relevo ao papel de um familiar doente e à função de cuidados de saúde à família (Kaakinen, et al., 2018).

No **Modelo de Sistemas de Betty Neuman** de 1982, a autora concebe o doente (indivíduos, grupos e comunidades) como um sistema aberto, em constante interação com o ambiente (as pessoas, os materiais e os diferentes contextos), possibilitando a troca de energia, assim como reações perante a exposição a elementos stressores e a utilização de processos adaptativos (Braga et al., 2018 as cited in Lowry & Aylward, 2015; Neuman & Fawcett, 2011).

Este Modelo é flexível o suficiente para lidar adequadamente com a complexidade da pessoa /família/comunidade e reconhecer os elementos stressores com que os elementos se deparam; essa conceção permite também interpretar como os elementos interagem e respondem aos fatores de stress e ainda identificar quais são as suas consequências para a dinâmica do processo saúde-doença (Braga et al., 2018 as cited in Lowry & Aylward, 2015; Neuman & Fawcett, 2011).

A **Teoria do défice de autocuidado de Dorothea Orem** de 1993, reconhece a família como apoio ao indivíduo e não como foco de cuidados; para a teórica o foco é o indivíduo e a família desempenha um papel importante na ajuda ao seu cuidado (Hanson, 2005).

A **Teoria da organização sistêmica da família de Marie-Luise Friedman** de 1995, descreve a família como um sistema social que tem o objetivo de transmitir cultura aos seus membros; o foco desta teoria é a estabilidade, o crescimento, o controle e espiritualidade familiar (Kaakinen, Gedaly-Duff & Coehlo, 2010).

A **Teoria da transição de Afaf Meleis** desenvolvida em 2000, entende transição como passar de um estado (lugar ou condição) estável, para outro também estável e requer por parte da(s) pessoa(s) a incorporação de conhecimentos, alteração do seu comportamento e mudança na definição do “self”; as transições resultam de mudanças na vida, na saúde, nos relacionamentos e ambientes (Guimarães & Silva, 2016).

A família ao longo do ciclo vital, vai sofrendo alterações mais ou menos padronizadas, previsíveis ou acidentais, que requerem ajustamentos nos seus membros, e perante essas crises o sistema familiar tem de aprender a adaptar-se e relacionar-se com outros sistemas, de forma a também ele se reorganizar internamente (Parker & Smith, 2015).

O Homem pode experienciar diversos tipos de transições, em função da sua natureza, podem ser do tipo: desenvolvimental, associada às fases do ciclo vital e acontece durante um período longo, no decorrer da etapa de vida, a pessoa vai assumindo e adaptando-se a papéis distintos na sociedade; situacional, associada a mudanças de papéis educacionais, familiares ou profissionais; e a situações de saúde/doença, consiste numa mudança na saúde ou uma situação de doença, normalmente de início súbito ou na alteração de um estado de saúde anterior; organizacional, relaciona-se com alterações ambientais que influenciam a vida da pessoa, assim como as regras e funcionamento da organização; estas transições assumem propriedades como: o conhecimento, o ajustamento, as alterações e diferenças, o período de experiência as situações críticas e eventos (Parker & Smith, 2015).

As transições podem acontecer num único momento, de forma simultânea ou numa sequência, estando ou não relacionadas entre si (Biencourt, Marques & Barroso, 2018).

O ciclo vital assume importância de relevo nas transições desenvolvimentais, dado que estas se relacionam com o percurso de vida da família, desde a sua formação até à sua dissolução. O ciclo vital da família refere-se às transformações previsíveis na organização familiar, em função de tarefas bem definidas (Relvas, 1996).

As transformações previsíveis na organização familiar devem ser avaliadas, através de indicadores que mostram como o indivíduo responde ao processo de transição, para que se possa identificar se o processo promove a sua saúde e bem-estar ou se leva a riscos e situações de vulnerabilidade (Biencourt et al., 2018 as cited in Meleis et al., 2000).

Estes indicadores relacionam-se com a forma como o indivíduo vivência esse processo, como interage e se relaciona com as pessoas à sua volta, com os familiares, com os profissionais de saúde e com as estratégias utilizadas no processo, em determinado tempo (Biencourt et al., 2018).

As etapas do ciclo vital variam de autor para autor, segundo Relvas o ciclo divide-se em cinco etapas, que são: formação do casal; família com filhos pequenos; família com filhos na escola; família com filhos adolescentes e família com filhos adultos (Figueiredo, 2012).

Os enfermeiros são os principais agentes facilitadores dos processos com utentes e famílias que experienciam transições, intervindo sobre as mudanças e necessidades inerentes às mesmas; assim ao avaliar os resultados do processo, é importante avaliar a forma como o indivíduo gere as novas habilidades e como reconstrói a sua identidade, de forma a evoluir para um processo de transição saudável (Biencourt et al., 2018 as cited in Meleis et al., 2000). O enfermeiro para garantir que os resultados são alcançados, deve estar presente durante todo o processo e dotar de conhecimento os indivíduos que o vivenciam, assim como aos que o rodeiam, promovendo saúde e bem-estar (Biencourt et al., 2018 as cited in Meleis et al., 2000).

As **Teoria do Cuidado Cultural, Teoria Transcultural e Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger** de 1991, surgem para explicar as diferenças comportamentais associadas a diferentes culturas e qualidade de vida.

A qualidade de vida é baseada na cultura e a enfermagem precisa integrar esta perspetiva, muitas vezes os enfermeiros centram-se em fatores biofísicos e psicológicos, o que limita a compreensão de significados, valores e expressões, alguns padronizados, pela perspetiva transcultural (Leininger, 1994).

A qualidade de vida é um fenómeno holístico, construído pela cultura, pela abstração de valores, crenças, símbolos e expressões, padronizada por culturas específicas que mantêm e promovem a saúde e o bem-estar (Vieira, 2021).

A teoria de Leininger será descrita na II Parte do relatório em pormenor, na medida que está intimamente relacionada com o objetivo do estudo.

A **Teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau** de 1990, baseia-se nas teorias de Sullivan e Freud. Para Peplau, as relações interpessoais são essenciais entre os utentes e os enfermeiros para estes possam progredir juntos.

As relações interpessoais constituem um processo dinâmico, em que a família, a cultura, a sociedade e o lugar onde essas mudanças ocorrem têm um papel fundamental; para que a relação interpessoal exista, Biencourt et al. (2018) as cited in Peplau (1990), propõem um processo de quatro fases: 1º orientação, 2º identificação, 3º exploração e 4º resolução, descrevendo-as da seguinte forma:

1º consiste no momento da primeira interação, em que o enfermeiro identifica as necessidades e recolhe informações dos utentes;

2º o enfermeiro colabora com o utente de forma a identificar as principais estratégias, para responder às suas necessidades;

3º nesta fase a relação mútua deve ser fortalecida e explorada o máximo possível, de forma a alcançar os melhores resultados e promover a sua autonomia;

4º o indivíduo gradualmente afasta-se e quebra laços com aqueles que o ajudaram, sentindo-se capacitado para resolver os seus problemas sozinho (Biencourt et al., 2018 as cited in Peplau 1990).

O Cuidar em enfermagem Baseado nas Forças (SBC) de Laurie N. Gottlieb corresponde à abordagem colaborativa em que é considerada a totalidade da pessoa, centrando-se no que está a funcionar bem e no que esta faz de melhor, tendo em conta os recursos disponíveis e que ajudam a pessoa/família a lidar de forma mais eficiente com sua vida, saúde e desafios dos cuidados de saúde (Gottlieb, 2016).

Este modo de avaliação requer do profissional de saúde uma apreciação profunda das pessoas/famílias, de forma a conhecer a sua história; consiste em desenvolver um trabalho colaborativo com as famílias com o enfoque nas suas forças, focando-se nas capacidades competências e recursos, não ignorando as fraquezas ou menosprezando as vulnerabilidades da pessoa; este método consiste em procurar forças humanas no meio dos problemas e fraquezas e trabalhar com as mesmas para mitigar a vulnerabilidade (Gottlieb, 2016).

Para Gottlieb o cuidado ser baseado nas forças, requer qualidades essenciais da parte do enfermeiro, tais como: - forças de mentalidade (humildade, abertura de espírito, atitude de não julgar, aceitar); - forças de conhecimento e saber (curiosidade, autorreflexão); - forças de relação (respeito e confiança, empatia, compaixão e bondade); - forças de defesa (coragem, autoeficácia); refere também que o enfermeiro deve identificar os valores subjacentes à sua prática, exigindo uma reflexão constante, relativamente à construção de significados na interação com as pessoas/famílias (Gottlieb, 2016).

A autora defende que só assim o enfermeiro, pode ajudar a família a agir de forma a atender às necessidades dos seus membros, com o seu saber técnico, científico e humano (Gottlieb, 2016).

No sistema de saúde ainda impera o modelo do défice, como modelo dominante dos cuidados, uma vez que os profissionais de saúde são treinados para tratar os problemas, corrigir as fraquezas e minimizar défices (Gottlieb, 2016).

O Processo em Espiral desenvolvido por Deborah Moudarr e Helene Ezer é utilizado para descobrir e desocultar novas forças da pessoa/família, e serve de guia à prática de enfermagem; este processo desenvolve-se em quatro fases: 1- explorar e ficar a conhecer, 2- aproximar do alvo, 3- pôr em prática, 4- rever; na primeira conhece-se a família, recolhem-se informações à cerca das suas preocupações e problemas específicos; na segunda fase identifica-se e prioriza-se as metas para atingir o objetivo; na terceira fase considerara-se as diferentes alternativas e aplica-se um plano de ação, tendo em conta as soluções, as forças e recursos disponíveis; na quarta fase o enfermeiro e a família examinam o que aconteceu, fazem um balanço de que está feito e como está feito, tomam consciência dos progressos, das aprendizagens e do que falta fazer (Gottlieb, 2016).

O **Sentido de Vida/Propósito de Vida de Viktor Frankl** desenvolvido entre 1905 e 1997, consta em encontrar um propósito, assumir responsabilidades individuais e para com o próprio ser humano (Pereira, 2008).

Para Viktor Frankl o que torna o ser humano único é o espírito, para ele todos podem elaborar um sentido que ajude nos momentos difíceis, e que, qualquer coisa que se faça, por mínima que seja, para que esse fio não se rompa, é de grande valor (Pereira, 2008).

O autor da Teoria concebe a logoterapia (escola de psicoterapia), com o método de superação dos conflitos humanos, que conferem sofrimento; este concentra-se nas vivências dos valores, permite encontrar sentido da vida nos acontecimentos, dá a possibilidade de viver uma vida plena (Pereira, 2008).

Os três princípios da logoterapia são os seguintes: 1- a liberdade de vontade, 2- a vontade de sentido e 3- o sentido de vida; o 1- dá liberdade perante 3 fontes de influência, que são: os instintos, na herança e no meio ambiente; o 2- está ligado à autotranscendência e o 3- relaciona-se com os anteriores, permite assumir uma posição perante as circunstâncias da vida, com total liberdade, a partir de um sentido que a convoca; este último pode ser conseguido através de três categorias de valores, tais como: 1- direcionar à realização dos valores de criação; 2- impactar com uma vivência, como quando assistimos a um pôr do sol ou alguém nos presenteia com uma carícia; 3- enfrentar as limitações da própria vida (a morte, o sofrimento, etc.) (Santos, 2016).

A **avaliação e intervenção da família** constituem importantes processos para a gestão do cuidado de enfermagem, independentemente do nível da prática de enfermagem de família; a avaliação e intervenção de enfermagem impõe a utilização de modelos que permitam a conceção de cuidados orientados para a colheita de dados e para o planeamento das intervenções (Figueiredo, 2012).

“Os modelos devem permitir a flexibilização aos diversos níveis de atuação e ainda às especificidades dos contextos, de forma que a intervenção seja caracterizada pela promoção de mudança que implique um funcionamento efetivo do sistema familiar” (Figueiredo 2009).

O processo de enfermagem constitui o ponto de origem da prática dos enfermeiros nos cuidados de saúde e no desenvolvimento do trabalho com a família; esta prática inclui cinco etapas, que se devem desenvolver de forma sequencial, são elas: avaliação inicial ou recolha de dados, o diagnóstico, o planeamento, a intervenção e avaliação final (Azevedo, Guedes & Araújo, 2019); estas etapas são independentes, mas intimamente relacionadas.

Existem na atualidade alguns modelos e instrumentos de avaliação familiar, que permitem identificar as necessidades da família, assim como conhecer a sua dinâmica e que permitem a intervenção dirigida às necessidades da família.

O Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção na Família (MCAIF), desenvolvido pelas enfermeiras Wright e Leahey entre 1994 e 2009, adaptado do Modelo de Avaliação da Família de Tomm e Sanders de 1983; integra a teoria geral dos sistemas, a cibernética, a teoria da comunicação, a teoria da mudança; foca-se na interação entre todos os membros da família possibilitando o conhecimento da dinâmica familiar, assim como a identificação as suas necessidades; trata-se de um modelo flexível, colaborativo e não hierárquico que se baseia nos pontos fortes da família (Wright & Leahey, 2002). Este modelo assenta em três categorias principais, que são: a) estrutural, b) desenvolvimento e c) funcional, sendo que:

a) na avaliação estrutural, o intuito é saber quem faz parte da família, quais os vínculos afetivos entre os diferentes membros e qual o contexto onde a família se insere; esta categoria divide-se em três subcategorias: a interna (avalia a composição da família e as características dos seus membros, é utilizado como instrumento de avaliação o genograma familiar); a externa (avalia as interações da família com os sistemas mais amplos, como: a família alargada, a comunidade, as comunicações internas entre os membros da família e é utilizado o instrumento de avaliação ecomapa familiar) e por último o contexto (avalia as características, da raça, etnia, classe social, ambiente, religião e espiritualidade relativamente à família) (Wright & Leahey, 2002);

b) na avaliação do desenvolvimento é efetuado o estudo do ciclo vital da família, em que se analisa o percurso familiar; nesta categoria definem-se três subcategorias: as etapas, as tarefas e os vínculos familiares (Wright & Leahey, 2002);

c) na avaliação funcional percebe-se a forma como os membros da família interagem; esta categoria é constituída pela subcategoria instrumental (relacionada com as atividades de vida diárias, que permite perceber a capacidade que a família tem em responder às suas

necessidades) e a subcategoria expressiva (relacionada com a comunicação e a interação entre os seus membros) (Wright & Leahey, 2002).

Os mesmos autores sublinham que este modelo baseia-se no pensamento sistémico e nas práticas da terapia familiar, e tem como objetivo desenvolver a relação das famílias com os enfermeiros, possibilitando a intervenção colaborativa, em três domínios, tais como: o cognitivo, o afetivo e o comportamental; no domínio cognitivo, as intervenções passam por elogiar os pontos fortes da família e dos seus membros, assim como oferecer informações importantes; a nível do domínio afetivo, as intervenções passam por validar ou normalizar respostas emocionais, como: incentivar narrativas, estimular o apoio familiar e por último no domínio comportamental, as intervenções assentam em incentivar os membros da família a serem cuidadores e apoiá-los, incentivar o descanso e planejar rituais (Wright & Leahey, 2002).

As intervenções de enfermagem com as famílias neste modelo, têm o propósito de promover, melhorar e apoiar o funcionamento familiar, de forma a encontrar soluções alternativas para reduzir e aliviar o sofrimento dos seus membros.

O Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar e Inventário das Forças de Pressão no Sistema Familiar (IFPSF) desenvolvido por Hanson e Berkley em 1991 e aprofundado por Hanson e Mische em 1996, baseia-se na teoria geral dos sistemas e o modelo de sistemas de Newman (Hanson, 2005).

Este modelo considera que as famílias estão sujeitas a tensões, cujas causas são fatores de stress, sendo que a reação da família a estas tensões depende da profundidade com que os fatores stressantes entram na própria família, assim com a capacidade que esta tem em manter a estabilidade; existem linhas de resistência que protegem a estrutura, a função e os recursos energéticos da família; a forma como a família se adapta, está relacionada com o modo com esta preserva ou restaura a estabilidade diminuída após o acontecimento dos fatores stressantes, que alteram as funções habituais da família (Hanson, 2005).

O presente modelo está direcionado para três áreas de atuação: 1- área da promoção da saúde (atividades de bem-estar, identificação de problemas e fatores familiares, nas linhas de defesa e resistência); 2- área da reação e estabilidade familiar (nas linhas de defesa e resistência) e 3- área do restabelecimento da estabilidade familiar e do funcionamento familiar (nos diferentes níveis de prevenção) (Hanson, 2005).

O objetivo do modelo é identificar situações de stress que ocorrem na família, assim como identificar os pontos fortes que a mesma utiliza para manter o seu funcionamento (Hanson, 2005).

O **Modelo de Avaliação Familiar de Friedman** de 1998, tem como base a Teoria Geral dos Sistemas, a Teoria do Desenvolvimento e a Teoria Estrutural- Funcional; neste existe uma visão macroscópica da família, sendo esta é considerada um sistema social, com exigências funcionais, que desempenha funções úteis ao indivíduo e à sociedade (Kaakinen & Birnbaum, 2011).

É na família que os indivíduos concebem e interiorizam normas e valores e esta é entendida como uma globalidade; esta abordagem guia a forma de fazer a entrevista à família, de forma a obter uma visão global do que está a acontecer (Kaakinen & Birnbaum, 2011).

O **Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF)** desenvolvido por uma enfermeira portuguesa, Maria Henriqueta Figueiredo e está adotado pela OE como referencial teórico e operativo para a prática dos enfermeiros portugueses, face aos cuidados com as famílias (OE, 2011).

Este modelo assenta num pensamento sistémico baseado em teorias de enfermagem (teoria geral dos sistemas, a cibernética e a teoria da comunicação humana) e tem como fonte o MCAIF.

O MDAIF surge como resposta às necessidades das famílias portuguesas, assim como dos próprios enfermeiros de CSP (Figueiredo, 2012).

Este modelo constitui um referencial teórico e operativo, que permite a interligação entre as etapas do processo de enfermagem, constituindo-se como um instrumento orientador e sistematizador das práticas de enfermagem de saúde familiar utilizando a terminologia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (Figueiredo, 2012).

Os indicadores de estrutura, de processo e de resultado no MDAIF possibilitam a identificação dos ganhos em saúde para as famílias, nos seus domínios de funcionamento sensíveis aos cuidados de enfermagem (Figueiredo, 2012).

O instrumento de colheita de dados do presente modelo, é constituído por uma matriz operativa, que inclui a dimensão estrutural (rendimento familiar; edifício residencial; precaução de segurança; abastecimento de água; animal de estimação); a dimensão do desenvolvimento (satisfação conjugal; planeamento familiar; adaptação à gravidez; papel parental); e a dimensão funcionamento do sistema familiar (papel de prestador de cuidados; processo familiar) (Figueiredo, 2012).

De todos os modelos de avaliação e intervenção familiar, o que mais se aproxima dos registos associados ao processo de enfermagem de saúde familiar, nomeadamente ao nível de focos

de diagnósticos e intervenções, é o MDAIF, pela sua forma de “linguagem” CIPE, concretizada no sistema informático S. Clínico.

Para além dos modelos de intervenção e avaliação familiar, existem instrumentos de avaliação familiar, como escalas, mapas, que são utilizadas na prática de enfermagem de família e que podem incorporar os modelos de avaliação.

Estes instrumentos de avaliação constituem suportes fundamentais para conhecer/identificar, diagnosticar e planear cuidados com as famílias, nomeadamente: o genograma (árvore familiar que retrata graficamente a família e as suas relações); o ecomapa (mapa que retrata graficamente as relações sociais e familiares com os sistemas externos, conferindo uma melhor compreensão da interação entre os elementos da família e rede social); escala de Graffar (permite a estratificação da classe social da família, possibilita antever situações de risco associadas ao estatuto socioeconómico); mapa de rede social (esquema gráfico da rede social da família, permite a perceção dos recursos e redes de suporte); escala de APGAR (escala de adaptação, participação, crescimento, afeto e decisão) avalia o funcionamento familiar com base na perceção individual dos membros, permitindo a identificação de situações de risco e necessidades; escala de FACES (avaliação da flexibilidade e coesão familiar), esta avalia áreas do funcionamento familiar, nomeadamente a coesão e adaptabilidade, identificando riscos nestas áreas; escala de Readaptação Social, esta avalia acontecimentos importantes no último ano e permite identificar o risco associado ao stress e à doença; a escala de Avaliação da Flexibilidade e Coesão Familiar IV (FACES IV) que está validada para a população portuguesa e é utilizada para compreender o funcionamento da família a partir de três dimensões, tais como: a flexibilidade, a coesão e a comunicação.

Sabendo que intervir na doença de um indivíduo ou manter a saúde da família em determinado contexto, significa intervir na sua estrutura, no seu funcionamento e desenvolvimento em relação ao processo saúde-doença. Com base nessa consciência, cada enfermeiro deve reconhecer, desenvolver e aplicar o modelo que mais se adequa ao estudo de cada família (Hanson, 2005).

3. COMPETÊNCIAS E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR

Os cuidados de saúde e inevitavelmente os cuidados de enfermagem, atualmente assumem grande importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019, 2019).

O mesmo regulamento reconhece ao enfermeiro especialista a competência científica, técnica e humana, para prestar cuidados especializados nas diferentes áreas de enfermagem.

Desenvolver os estágios numa USF com a supervisão de uma enfermeira especialista permite acompanhar e refletir sobre as práticas especializadas com indivíduos e famílias.

A reflexão e análise das competências do enfermeiro especialista na área de saúde familiar, tem como base alguns processos familiares desenvolvidos durante os estágios, nomeadamente com famílias de culturas diversa, inclusive famílias de cultura cigana.

As competências especializadas resultam do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretizam-se em competências comuns e específicas especializadas, com regulamentos próprios para cada área de especialidade.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS

As competências comuns são definidas como as “competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstrada através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019, 2019, p. 4745).

Segundo o mesmo Regulamento, os domínios das competências comuns correspondem a: a) responsabilidade profissional, ética e legal; b) a melhoria contínua da qualidade; c) gestão dos cuidados e d) desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

De seguida são abordados os domínios de competência comuns do enfermeiro especialista, em contexto da USF Stephens, que se configuram nas seguintes unidades de competências e intervenções:

3.1.1. Responsabilidade ética, legal, profissional e deontológica

Ao enfermeiro especialista é conferida a responsabilidade ética e legal, na sua área de especialidade, para desenvolver uma prática de cuidados segura, profissional e ética, com base num corpo de conhecimento a nível ético e deontológico, numa avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019, 2019).

Em todas as práticas, o enfermeiro promove princípios éticos e deontológicos da profissão, respeita a dignidade das pessoas e os seus direitos humanos, não emite juízos de valores e presta cuidados de enfermagem com a garantia da privacidade e da individualidade do indivíduo/família, com base no respeito pelas suas crenças e valores em conformidade com as normas legais e com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e o Código Deontológico do Enfermeiro.

Estes princípios assumem relevo na abordagem a algumas famílias de cultura cigana, em que as próprias assumem que o contacto com os serviços de saúde, nomeadamente com o EF será alvo de estereótipos e discriminação, gerando desconfiança numa primeira abordagem por parte do utente/família.

O enfermeiro, em contexto de proximidade com a pessoa/família, participa na construção de estratégias para a resolver necessidades, numa perspetiva global e orientada para a autonomia dos próprios, com base no respeito e dignidade pela pessoa humana. Este princípio constitui um pilar básico na resposta aos utentes/famílias na USF Stephens.

A pesquisa normativa e organizacional na USF Stephens associada aos conhecimentos académicos e científicos permite a tomada de decisão em contextos de vulnerabilidade.

A presença regular nas reuniões de equipa e a possibilidade de intervenção permite a participação na tomada de decisão conjunta a nível da organização global da USF, e constitui um importante momento de aprendizagem organizacional e análise global.

O conhecimento profundo que a enfermeira supervisora possui das famílias, relativamente à estrutura, dinâmica e diferenciação de papéis, permite uma aproximação às mesmas e facilita a tomada de decisão conjunta com as próprias, à cerca da resolução de problemas complexos, respeitando a sua autonomia e poder de decisão, assente na privacidade e confidencialidade dos processos de enfermagem.

A futura mestre em saúde familiar reconhece o papel de consultor e gestor no plano de cuidados à família relativamente a processo de vulnerabilidade complexa, como: conflitos familiares, vulnerabilidades socioeconómicas, dependência conjugal, famílias com culturas diferentes e desintegradas da sociedade (como as famílias de cultura cigana), refugiados de guerra, etc.

Toda a intervenção junto do indivíduo/família cursou após o consentimento relativo à minha presença e intervenção, enquanto aluna de mestrado na área de saúde familiar; numa primeira abordagem à pessoa/família assume uma posição de expectativa e receio do desconhecido, que manifesta através da comunicação não verbal (uma vez que está habituada ao EF, o que deixa de acontecer nas seguintes abordagens e desenvolve-se uma relação terapêutica efetiva.

As Teorias da Comunicação Humana, de Martha Rogers, de Betty Neuman, de Hildegard Peplau ajudam a perceber o comportamento de expectativa e receio do desconhecido por parte do utente/família, e a desenvolver estratégias para uma relação eficaz posteriormente.

A partilha dos processos familiares com a enfermeira supervisora e em contexto de avaliação com a professora orientadora, não obstante do dever de confidencialidade e ético pela pessoa/família, permite olhar noutra perspetiva para os processos familiares e validar as práticas especializadas desenvolvidas.

Durante a permanência em estágio, identifica necessidades e avalia os processos de tomada de decisão com a família, com base nas teorias: Geral dos Sistemas, de adaptação de Calista Roy, nos processos de evolução e de mudança da Teoria da Cibernética, da transição de Afaf Meleis e na Teoria da Comunicação Humana; o uso de ferramentas facilitadoras no processo ajuda a conhecer, diagnosticar e intervir com as famílias, tais como: o MCAIF, o MDAIF, IFPSF, formulário de Friedman de 2009, Escala de Resiliência Familiar, Questionário de Forças Familiares.

Em cada abordagem com a família, o EF com base nos conhecimentos e ferramentas de apoio, identifica novas necessidades e constitui novos diagnósticos de enfermagem, o que confere dinâmica e continuidade ao processo familiar.

Todo o processo de avaliação é validado com indivíduo/família e são integradas nos cuidados as intervenções auto concebidas pelos mesmos, reconhecendo o seu papel como promotor na gestão no processo saúde-doença.

A multiculturalidade existente na Marinha Grande constitui um enorme desafio para os cuidados de enfermagem. O EF promove os cuidados com base em princípios éticos e deontológicos, garantindo o respeito pelo outro, no entanto nem sempre ou quase nunca domina a língua e conhece a cultura dos indivíduos/família; verifica-se que a interação é difícil e coloca em causa a qualidade dos cuidados.

Na tentativa de facilitar essa interação são utilizadas plataformas informáticas de tradução ou tradutores informais, quase sempre familiares.

A Teoria de Madeleine Leininger de 1991, conceptualiza os cuidados de enfermagem no âmbito da diversidade cultural e serve de mote à investigação (II Parte). Durante os estágios houve alguma dificuldade em prestar cuidados culturalmente competentes a uma população tão diversa, com necessidades culturais tão diferentes; essa dificuldade foi ultrapassada com a pesquisa do fenómeno e conhecimentos especializados da enfermeira supervisora.

Durante os estágios identifica práticas de risco e reconhece a necessidade de prevenir outras, nomeadamente a quando das visitas domiciliárias, como por exemplo: a nível da estrutura (processo): existência de gás de botija no edifício residencial, barreiras de acesso, colchões inadequados para a prevenção de úlceras de pressão,... em relação ao desenvolvimento (processo): a não adesão ao regime medicamentoso, a inadequada gestão do regime medicamentoso, a não satisfação conjugal, parentalidade comprometida,... ; no que concerne à avaliação funcional, a não adesão do cuidador a processos terapêuticos, a falta de comparência às consultas de vigilância, entre outros.

Com base na Teoria de Afaf Meleis e na tentativa “constante” de conduta antecipatória, motoriza estratégias com o indivíduo/família para diminuir os riscos potenciais, sempre numa base colaborativa, de respeito e empatia, adequando os recursos às necessidades dos mesmos.

Promove um ambiente terapêutico seguro, em contexto de consulta e no domicílio, com o cumprimento das normas de higiene e segurança implementadas pelo ACES PL e disponibiliza recursos disponíveis para o efeito.

3.1.2. Melhoria continua da qualidade

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) do Decreto-Lei nº 161/1996 (1996) com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/1998 (1998) é dever do enfermeiro, a atualização contínua dos conhecimentos a utilização e a utilização competente das tecnologias, com ressalva para a formação continua das ciências humanas.

No presente domínio, participa ativamente nas reuniões de equipa e debate estratégias de melhoria da qualidade a nível de cuidados na USF e de melhoria da acessibilidade aos cuidados.

Percebe que os utentes recorrem indiscriminadamente ao secretariado, para fazer pedidos de receituário de forma desorganizada, na tentativa de corrigir e organizar essa prática elabora um flyer que é afixado na sala de espera; percebe que não é a sua área de trabalho, mas colabora no sentido de obter ganhos organizativos para a USF.

Concebe uma formação na área de estomoterapia em conjunto com a enfermeira supervisora, na tentativa de criar redes de apoio para os utentes/famílias (utentes/famílias com estomas, que recorrem às consultas de enfermagem, da carteira adicional da USF) com o tema: “Conversas sobre estomoterapia” (Apêndice I).

Avalia o impacto da sessão através de uma escala de Likert e divulga resultados em reunião de equipa, em conjunto com a enfermeira supervisora.

Analisa e avalia as práticas de enfermagem desenvolvidas segundo conhecimentos científicos, com base nos indicadores de resultados, normas clínicas, escalas de avaliação, registos informáticos e modelos de avaliação.

Reconhece que existem áreas de atuação que precisam de melhorar, nomeadamente rastreios oncológicos, vigilância de hipertensos, vacinação e define estratégias em conjunto com a enfermeira supervisora para as atingir.

Não integra auditorias clínicas, no entanto a prestação de cuidados, assim como os registos informáticos são dirigidos ao cumprimento dos indicadores de resultado e em conformidade com as exigências auditadas, diminuindo a probabilidade de incumprimento.

Identificou oportunidades de melhoria, nomeadamente na área da diabetes (área de domínio da aluna de mestrado), durante o seu percurso percebeu que a insulinoaterapia ainda é uma lacuna na unidade, assim promoveu uma ação de formação, que não chegou a ser concretizada por indisponibilidade da equipa, no entanto mostra-se disponível para a realizar.

Participa ativamente com os restantes elementos de enfermagem, na elaboração de documentos organizacionais necessários à recém-formada USF, como o Relatório de atividades da Unidade Funcional (RAUF), carta de compromisso (definição de metas para melhorar a qualidade e a acessibilidade dos utentes/famílias); estas intervenções estão alinhadas com ACESPL e constituem estratégias de desenvolvimento organizacional.

Colabora com a enfermeira supervisora na elaboração de um projeto de melhoria contínua, no âmbito da literacia em saúde, na área da especialidade de saúde comunitária.

Identifica oportunidades, prioridades e estratégias de melhoria; neste âmbito elabora um procedimento referente à visita domiciliar, de forma a uniformizar práticas, dado que não existe metodologia organizada nesta área (Apêndice II) e colabora na elaboração de outro na área da Diabetes (Apêndice III).

Identifica a necessidade de formação na área da prevenção e controlo da infeção, pós pandemia Covid- 19, de forma a uniformizar procedimentos, gerir recursos, atualizar práticas e procedimentos; neste âmbito desenvolve um projeto de formação em conjunto com a

enfermeira supervisora e a enfermeira responsável pela área do controlo e prevenção da infeção, que se concretiza numa formação para a equipa (Apêndice IV).

Fomenta a sensibilidade, consciência e respeito pela: identidade cultural, necessidades espirituais, perceções de segurança, do indivíduo/família/grupo; avalia as famílias de diferentes culturas e religiões, em vários contextos e vulnerabilidades, tendo em consideração a fase do ciclo vital em que se encontra, Friedman et al. (1998) antevendo transições e antecipando cuidados de enfermagem especializados à família (Guimarães & Silva, 2016 as cited in Meleis, 2000).

A perceção das vulnerabilidades associada à multiculturalidade, aos grupos minoritários e desfavorecidos constitui motivo de inquietação e um forte impulso para o estudo científico, que acontece numa segunda parte deste relatório.

Garante o respeito mútuo em situações de conflito verbal geradas por indivíduos culturalmente desfavorecidos, nomeadamente indivíduos de cultura cigana, percebe que a comunicação é um fator importante na interação, que dificilmente se consegue impor regras institucionais aos indivíduos/famílias de cultura cigana, e constata que os mesmos só recorrem aos cuidados de enfermagem enquanto existem sintomas, abandonando os mesmos quando os sintomas deixam de existir. Nesta situação, o EF dificilmente avalia se existem posteriormente mudanças de 1ª ou 2ª ordem, segundo a Teoria da Cibernética, uma vez que estas famílias podem não voltar.

Envolve as famílias no sentido de assegurar a satisfação das suas necessidades culturais e espirituais, nomeadamente famílias imigrantes, refugiadas de guerra, e com as famílias de cultura cigana sentiu desconfiança durante o processo colaborativo.

Fomenta a adesão à saúde e segurança ocupacional, nomeadamente a pessoas em idade de reforma (inativas), pessoas com depressão ou com risco de a desenvolver, cuidadores com risco de desenvolver exaustão pelo cuidado a outro;

Garante a proteção de dados e de registos inerentes aos utentes/famílias.

Colabora na organização do trabalho, definindo recursos adequados/disponíveis para prestar cuidados seguros, seguindo o princípio de menor custo e máxima eficiência.

Colabora na implementação de uma nova metodologia de gestão do armazenamento-armazém avançado, adquirindo conhecimentos de uma nova plataforma informática de gestão de material; esta metodologia é de extrema importância para a gestão eficaz dos recursos, minimizando os desperdícios.

Identifica recursos na comunidade e na própria família, que possam ajudar a melhorar e a evitar situações de risco.

Envolve cuidadores na gestão de risco, como: prevenir quedas, prevenir desnutrição/desidratação, prevenir úlceras de pressão, prevenir infeções, etc...nomeadamente em contexto domiciliário e atendimento em estomoterapia.

Previne riscos ambientais, garante a recolha de lixos adequada nos domicílios, identifica, avalia e promove mudanças nas condições de habitabilidade sempre que se justifique.

Não identificou nenhuma situação que se justificasse encaminhamento para a assistente social, ou para a UCC, no entanto algumas das famílias que acompanhou estão sinalizadas nestas entidades, que demonstram ser um recurso colaborativo importante nas situações de vulnerabilidade.

Toda a sua conduta se dirige para a redução de ocorrência de erro humano, sendo um princípio de toda a equipa.

Não existe plano de emergência e de catástrofe, no entanto conta como uma prioridade para a USF a sua elaboração.

3.1.3. Gestão de Cuidados

No domínio da gestão de cuidados, reconhece os momentos de aprendizagem na unidade e disponibiliza assessoria aos enfermeiros e à equipa.

Promove a partilha de conhecimentos científicos e relacionados com a experiência profissional, nomeadamente na área da diabetes (área de domínio) e também na organização da unidade, trocando experiências de forma otimizar as consultas e acessibilidade dos utentes, através de conversas informais e em reuniões de equipa.

Sente que é considerada um elemento válido pela equipa, para integrar as decisões a nível da gestão de cuidados da mesma, faz sugestões de melhoria e reconhece algumas fragilidades a nível da gestão, que podem ser otimizadas, como: acesso indevido do utente ao EF na tentativa de conseguir chegar ao médico de família; agendamentos de consultas de vigilância sem o cumprimento do calendário dos indicadores de resultado (ato administrativo), que depois acaba por não se traduzir em ganhos em saúde para a equipa; necessidade de otimização dos rastreios oncológicos.

Para colmatar estas fragilidades propõe, que o administrativo seja mais seletivo no encaminhamento do individuo/família para o EF; que seja o enfermeiro ou médico a agendar as consultas de saúde infantil/infantojuvenil e em relação aos rastreios oncológicos que se proceda ao agendamento consoante as idades dos utentes, em consulta definida para o efeito

e não oportunisticamente em consulta de Planeamento Familiar, até conseguirem uma meta desejável.

Reconhece o esforço da equipa para não deixar ninguém sem resposta na consulta aguda, quer a nível de enfermagem, quer médico.

Reconhece a necessidade de negociar com o utente/família o encaminhamento para outros prestadores de cuidados, de forma a garantir os cuidados de excelência e dignos de uma condição que possa exceder a sua competência enquanto futura mestre de ESF, com ganhos em saúde para o utente/família, numa perspetiva holística.

Delega tarefas, supervisiona e avalia, de forma a rentabilizar recursos e a otimizar cuidados, com a garantia de preservar a qualidade e segurança dos mesmos, através da instrução e demonstração prática, capacita cuidadores/familiares para a continuidade de cuidados.

A sua prática de gestão de cuidados assenta na legislação em vigor, cumpre normas e procedimentos, numa perspetiva de otimização de resultados e garantia da qualidade de cuidados de enfermagem.

Assume o seu papel enquanto aluna e reconhece os papéis dos elementos da equipa interdependente e os distintos, assim como os papéis de que cada um ocupa dentro da mesma. Considera que é fundamental uma gestão hierárquica, mas com um nível de gestão horizontal, para o bom funcionamento da organização (decisões em conjunto), em que cada um sabe exatamente o que tem de fazer, mas há uma coesão nas decisões da equipa da organização.

Fomenta um ambiente agradável de trabalho, no seu papel de aluna de mestrado e promove o papel da escola através de uma postura assertiva, ética e deontológica.

3.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Desenvolve o autoconhecimento e analisa fatores que podem interferir na relação com a equipa e com o utente/família, no sentido de reconhecer fragilidades e melhorar a qualidade da relação.

Gere características individuais/grupo na construção dos processos de ajuda, com consciência que as mesmas interferem nos processos de relação terapêutica.

Reconhece recursos individuais e limites pessoais e profissionais, demonstra assertividade na relação profissional e terapêutica como o utente/família.

Otimiza a congruência entre auto e hétero perceção, através da autoanálise e relação empática que estabelece com o utente/família.

Gere sentimentos, emoções e também reconhece que por vezes se torna difícil manter uma postura profissional isenta de emoções; baseia a sua praxis no SBC de Laurie Gottlieb, no Sentido de Vida de Viktor Frankl e na Teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau, para que possa progredir com a família e encontrar respostas eficientes para os seus problemas.

Atua de forma eficaz em momentos de pressão e reconhece as suas capacidades inerentes ao desempenho nestas condições, que podem estar associadas às competências desenvolvidas anteriormente, em meio hospitalar com inúmeras situações de emergências.

Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade, utilizando técnicas de resolução de conflitos, como: técnica de comunicação circular, comunicar num tom de voz baixo, devolvendo a pergunta, silenciando, etc.

Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Promove formação no âmbito da estomoterapia (carteira adicional), em conjunto com a enfermeira supervisora a utentes/familiares, capacitando-os em saúde e promovendo a formação de uma rede de apoio entre os formandos.

Desenvolve uma ação de formação em conjunto com outros elementos da equipa sob o tema: “Prevenção e controlo de infeção”.

Gere programas e dispositivos formativos, de forma dinamizar as ações de formação.

Avalia o impacto da formação, através de escala de liker (Apêndice 1).

Atua como dinamizador e gestor da incorporação de novos conhecimentos no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos utentes/famílias, sistematizando novos conhecimentos e definindo estratégias para a sua consecução, nomeadamente normas clínicas, legislação e orientações clínicas.

Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação, que analisa e debate com a enfermeira supervisora, no sentido de fazer pesquisas futuras, tais como: negligência parental; idade da reforma; gestão da saúde familiar; responsabilidade na adolescência; valores humanos na infância e na adolescência.

Desenvolve estudo de investigação, numa área sensível à comunidade da Marinha Grande/USF Stephens, cujo tema de investigação é “Enfermagem transcultural no cuidado de Famílias ciganas: olhar do enfermeiro de família”.

Pretende divulgar os resultados do trabalho de investigação desenvolvido na USF, após a sua publicação.

Demonstra conhecimentos de enfermagem, e de outras disciplinas, assim como conhecimentos decorrentes da sua experiência profissional, que contribuem para a sua prática especializada na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes.

Rentabiliza oportunidades de aprendizagem, fazendo a análise de situações complexas, em contextos de vulnerabilidade.

Identifica, avalia, define diagnósticos de enfermagem e perspectiva intervenções, com base nos modelos e escalas de avaliação.

Desenvolve e utiliza tecnologias de informação e métodos de pesquisa científica adequados, que considera fundamentais para uma pesquisa baseada na evidência.

Promove a elaboração de padrões e procedimentos para a prática especializada em ambiente de trabalho, nomeadamente: elabora um procedimento na área da visita domiciliar (Apêndice 2) e um procedimento para a consulta de enfermagem à pessoa com Diabetes em parceria com a enfermeira supervisora (Apêndice III) de forma a uniformizar práticas, dado que não existe metodologia organizada nestas áreas.

Contribui para o conhecimento e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.

3. 2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

O enfermeiro interage com a família, como unidade de cuidados, de acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar n.º 367/2015 (2015) e segundo o Regulamento das Competências Específicas em Enfermagem Comunitária, na Área de Saúde Familiar, em que o foco dos cuidados são as dinâmicas internas e as suas relações, a estrutura da família e o seu funcionamento, assim como o relacionamento dos diferentes subsistemas da família com o meio e que geram mudanças nos processos intrafamiliares (Regulamentos de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar n.º 428/2018, 2018).

O EESF para além das competências comuns, assume também “competências específicas”, definidas para cada área de especialidade, sendo que estas incorporam os seguintes domínios de competências:

- a) cuidar da Família como Unidade de Cuidados;
- b) prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária.

A avaliação e intervenção com as famílias em contexto clínico, nem sempre se concretiza em registos metodologicamente adequados, quer pela escassez de tempo na realização das consultas (rácio inadequado das dotações seguras preconizado pela OE), quer pelas lacunas existentes na plataforma informática (S. Clínico).

As unidades de competência estão mencionadas separadamente, numa tentativa lógica de descrição das competências, no entanto não se dissociam e interrelacionam-se nas intervenções colaborativas com as famílias.

3.2.1. Cuidar da Família como Unidade de Cuidados

Reconhece a complexidade do sistema autorregulado, segundo a Teoria Geral dos Sistemas, e a Teoria da cibernética, considera as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização que lhe confere uma organização estrutural específica, corroborando com Relvas (2003) e Alarcão (2002).

Identifica a família como um sistema, que sofre influências do meio e que também o influencia, consoante as trocas de energia com os outros subsistemas; nessa troca de energia são influenciadas as relações.

Reconhece a complexidade da família de cultura cigana como uma unidade sistémica inserida numa cultura minoritária com elevadas carências económicas, aumentando a sua vulnerabilidade em saúde.

Aborda a família com disponibilidade, respondendo de forma criativa às suas necessidades e reconhecendo-a como um sistema aberto, em constante adaptação sujeito a estímulos ambientais;

Estimula a família na consecução dos seus próprios objetivos em saúde, segundo o princípio de Imogene King, tendo em conta que é nesta que são transmitidos valores e normas que vinculam o comportamento do indivíduo.

Reforça os pontos fortes no âmbito da saúde, segundo o SBC de Laurie Gottlieb descultando forças e transformando-as em forças potenciais, através de técnicas comunicacionais adequadas e individualizadas a cada família, com base na Teoria da Comunicação Humana e nos seus axiomas, da escola de Palo Alto.

Define intervenções com a família, para a resolução dos seus problemas, de forma a promover o seu fortalecimento nas dimensões da estrutura, desenvolvimento e funcional, com base no MDAIF e nos referenciais Teóricos, como: Teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau, Propósito de Vida de Viktor Frankl, SBC de Laurie Gottlieb, Teoria das transições de Afaf Meleis, entre outros; com a consciência que os elementos interagem e respondem aos fatores de stress e que estes interferem na dinâmica do processo saúde-doença, segundo o Modelo de Sistemas de Betty Neuman.

Identifica a família e procede aos registos no S.Clínico no programa saúde da família, recolhe dados junto utente/família em diferentes contextos, através de entrevistas semiestruturadas, consulta de informação clínica no S.Clínico, com base nos modelos de avaliação familiar de Calgary e na matriz operativa do MDAIF e utiliza os instrumentos de avaliação que podem ou não integrar os modelos, tais como: escala de readaptação social de Holmes e Rahe; escala de Graffar adaptada Amaro, 2001; escala Duvall; escala de APGAR Familiar de Smilkstein; escala de avaliação da adaptabilidade e coesão familiar - FACES II (Family Adaptability and Cohesion. Evaluation Scales); ciclo vital familiar de Relvas; genograma e ecomapa.

A colheita de dados em ambiente familiar/visitação domiciliária permite uma maior proximidade com a família e possibilita a avaliação das condições de habitabilidade de forma mais credível na dimensão estrutural, tendo em conta o MDAIF.

Identifica crenças, valores e cultura familiar de forma a definir estratégias com a família para lidar com processos de saúde-doença, baseada nos seus objetivos e de acordo com as Teorias de Madeleine Leininger e Imogene King.

A abordagem com famílias de cultura diversa como: indiana, brasileira, cultura cigana, azebaquistã, romena, ucraniana, acontece em todas as áreas de intervenção de enfermagem, com ou sem tradutor presencial. A linguagem e o desconhecimento da cultura constituem as maiores barreiras nos cuidados de enfermagem culturalmente competentes. A necessidade de pesquisa científica relativamente a técnicas e ferramentas passíveis de ser utilizadas e o apoio da enfermeira supervisora acontece numa fase primária, até se devolverem competências que garantam a eficiência de cuidados transculturais, com base nas Teorias: de: Madeleine Leininger, Imogene King e de Hildegard Peplau.

Avalia a capacidade de união da família, identificando tarefas, papéis e relações, assim como identifica recursos que possam servir em processo de transições e/ou de crise(s), seguindo o princípio de Afaf Meleis, Calista Roy e de Betty Neuman considerando a família como um sistema que interage com outros subsistemas e responde aos elementos stressores numa perspetiva de continuidade.

Ao avaliar as várias famílias de cultura diversa percebe que existem definições de tarefas, papéis e relações muito dispare, de cultura para cultura, nomeadamente nas famílias de cultura cigana, em que a mulher tem o papel de cuidar da casa, educar, transmitir valores e cultura aos seus descendentes, já a figura masculina tem o papel de ditar regras; esta percepção permite entender algumas atitudes e comportamentos destas famílias nos cuidados de saúde, nomeadamente os pais nunca acompanham os filhos às consultas e as mulheres são submissas às regras dos homens.

Identifica de que forma a família responde aos processos de transição de vida, identificando os seus pontos fortes e fracos, segundo a Teoria das Transições e segundo o SBC; esta identificação permite aproveitar, desocultar e transformar forças, que ajudem o sistema a evoluir e lidar eficazmente com momentos de maior tensão, permitindo que ocorram mudanças de 2ª ordem, segundo a Teoria da Cibernética.

Fundamenta a tomada de decisão conjunta com a família, tendo em conta as características singulares de cada elemento, fundamentada na Teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau e nas suas quatro fases, necessárias para que possa ocorrer uma relação interpessoal efetiva que permita a progressão conjunta do enfermeiro-utente.

Nesse âmbito promove um ambiente para discussão de temas complexos e difíceis e orienta a discussão com base na orientação, na identificação, na exploração e na resolução do problema (Biencourt et al., 2018 as cited in Peplau, 1990).

Identifica padrões familiares e de que forma estes, no passado, contribuíram para superar situações complexas.

Analista a reciprocidade entre os elementos, a família, a saúde e o meio ambiente, interagindo de forma dinâmica com a família, no sentido de reestruturar intervenções colaborativas com a mesma.

Promove a capacitação da família com base que nos conhecimentos científicos e na sua experiência profissional anterior, na definição de metas para a sua saúde, em função das suas expectativas, crenças e religiosidade.

Elabora com a família um plano de cuidados, no sentido da concretização das suas metas para o binómio saúde-doença, após a análise dos fatores que o influenciam.

Utiliza técnicas motivacionais, como entrevistas motivacionais, coaching, sentido de vida (tendo em conta as crenças e religiosidade) de Viktor Frankl, conotação positiva, etc, de forma a estimular a participação dos membros.

Integra a investigação científica, assim como respostas biopsicossociais e cognitivas da família nas intervenções definidas e a implementar com a mesma.

Define com a família estratégias para resolver conflitos e lidar com situações difíceis, de forma promover a sua evolução positiva e promover mudanças de 2ª ordem, segundo a Teoria da Cibernética.

Promove ambientes seguros, quer para si quer para a família, com a garantia da segurança e a qualidade dos cuidados prestados, quer em contexto de consulta na unidade, quer em contexto de visita domiciliar.

Discute de forma regular o processo de transição com a família, através de técnicas de comunicação colaborativa e com base na pragmática da comunicação humana, analisando as suas estratégias para consecução de objetivos, com base no cuidado baseado nas forças e no sentido evolutivo, tal como defende o princípio da cibernética de 2ª ordem, sendo que o sistema tem a capacidade de se autorregular e evoluir positivamente.

Identifica e analisa as redes de apoio com base no ecomapa e as dinâmicas interativas existentes, de forma a identificar recursos colaborativos em eventuais situações de crise.

Analisa com a família a evolução do processo de transição, redefinindo estratégias com esta para melhorar na dinâmica familiar de forma alcançar os objetivos traçados por esta.

Valida as estratégias definidas com a família, assim como transmite o feedback avaliativo das intervenções definidas com a mesma.

Documenta o processo de cuidados no S. Clínico, no programa de saúde da família, que tem como base o MDAIF, seguindo a sua matriz operativa (modelo facilitador pela linguagem CIPE).

Move e avalia sua prática, enquanto enfermeira de família, no sentido de melhorar o seu desempenho, a sua efetividade e a qualidade dos cuidados.

Presta cuidados de enfermagem segundo os padrões de qualidade preconizados pela OE.

Analisa de forma crítica o processo de cuidados com a enfermeira supervisora, mantendo o dever de sigilo e de privacidade com a família, na tentativa de aferir a sua conduta e melhorar as suas intervenções.

Colabora com a equipa multidisciplinar na avaliação e intervenção de cuidados a família em situações complexas.

Consulta a família no sentido de perceber qual o seu grau de satisfação em relação à gestão dos cuidados prestados pelo EF.

Através da consecução dos objetivos avalia a eficácia das suas intervenções com a família, na gestão e resolução de problemas.

Analisa a resposta da família às intervenções colaborativas de enfermagem, para perceber o grau de efetividade das intervenções, para que possam servir para eventuais situações colaborativas com outras famílias.

3.2.2. Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar

Analisa e integra a dinâmica da organização da USF, assim como a sua articulação com as outras unidades e colabora ativamente com a equipa nos cuidados de saúde prestados à família.

Promove a continuidade de cuidados de saúde à família com outros profissionais, em função das necessidades identificadas com a própria e análise do processo, com base no consentimento informado, caso se justifique a referência; na USF Stephens, as referências para outros grupos profissionais acontecem de forma célere, dado que o edifício onde se aloja a unidade integra vários recursos partilhados.

Orienta a família e os cuidados de enfermagem numa base de qualidade e efetividade, tendo em conta um menor custo, gerindo recursos e desperdícios.

Participa no processo de programas de saúde, ao nível: planeamento, desenvolvimento e avaliação da família.

Participa ativamente na cultura organizacional, através da colaboração nas reuniões de equipa semanais, onde se discutem e definem estratégias conjuntas para melhorar indicadores de produtividade.

Participa em formações como formanda e como formadora, tais como: Rede Cuidados Continuados (Anexo I), Estomoterapia- Redes de Apoio (Apêndice I), Prevenção e Controlo da Infeção (Apêndice IV).

No âmbito da investigação incorpora a investigação no presente relatório, colabora na investigação com outros colegas através do preenchimento de questionários e de entrevistas.

Utiliza sistemas de informação e tecnologia disponíveis para melhorar os resultados na área da saúde familiar; sendo que esta formação académica contribuiu para melhorar significativamente os conhecimentos nesta área.

Participa em atividades de gestão com a enfermeira supervisora e a enfermeira coordenadora da unidade, em relação à análise de dados de produtividade, à implementação do armazém avançado, à gestão de vacinação Covid.

Na perspetiva do EESF, ainda há um percurso a percorrer ao nível da perspetiva do foco de cuidados, a mudança de paradigma nos CSP traz ganhos globais para as famílias e para cada um dos seus membros.

Apesar da plataforma S. Clínico se aproximar da prática do EF, os registos são dispersos em termos de processo familiar e inúmeros, o que pode dificultar o registo adequado e atempado; no entanto convicção de que é um processo contínuo e dinâmico o MDAIF constitui o modelo mais aproximado e eficaz à data na mesma plataforma.

Parte II- PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

Em Enfermagem, as questões formuladas no processo de investigação emergem da prática profissional e das necessidades identificadas; devem assim ser capazes de trazer novos contributos para a prática de cuidados, através do aprofundar de conhecimentos científicos, com vista à melhoria dos cuidados prestados e ganhos em saúde para as famílias.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO- REVISÃO INTEGRATIVA

O presente estudo emerge da prática profissional em contexto de estágio e da análise reflexiva à cerca das necessidades identificadas em contexto de USF Stephens, nomeadamente prestar cuidados culturalmente competentes a famílias com culturas diversas, nas diferentes fases do ciclo vital, por parte do EF.

A perceção por parte dos EF em contexto de estágio na USF Stephens, é que a cultura influencia os cuidados de enfermagem, quer de quem os recebe, quer de quem os pratica, nomeadamente com a cultura cigana.

Os enfermeiros de família em contexto da USF Stephens referem que o cuidado às famílias de cultura diversa, nomeadamente a cigana é comprometido por alguns determinantes, entre os quais, a comunicação e precisam de “ferramentas” que os ajudem a ultrapassar esses obstáculos.

Esta perceção vai de encontro ao que diz Martín & Martín (2020), que a diversidade cultural atual, impõe um desafio constante nos cuidados de saúde, pela diversidade de valores, crenças e práticas, inerentes ao respeito pela diferença.

Tendo em consideração que o ESF olha para a família como foco dos cuidados ao longo do ciclo vital e que a mesma canaliza o processo de desenvolvimento individual e social para o seu bem-estar e dos restantes elementos que integram o sistema familiar, esta assume grande relevância nos comportamentos de saúde-doença.

Perante a perceção do EF e tendo em conta o processo de desenvolvimento individual e social para o bem-estar da família, surge a necessidade de contribuir com evidência científica para os cuidados de enfermagem culturalmente competentes a indivíduos/famílias de cultura diversa, nomeadamente de cultura cigana, com base nos conceitos de Enfermagem Transcultural e Cuidados Culturalmente Competentes, através do presente estudo.

O presente estudo tem com objetivo: identificar os determinantes da prática de enfermagem transcultural pelos enfermeiros de família, junto de famílias de cultura diversa, em especial cigana.

O estudo também pretende contribuir para dar resposta às estratégias nacionais para a integração das comunidades ciganas, definidas pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 154/2018 (2018), com alargamento da vigência até 2022 e alinhadas com a Comissão Europeia, nomeadamente no que refere ao ponto 8 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 154/2018 (2018), que consta em:

8 - Garantir condições efetivas de ganhos em saúde ao longo dos ciclos de vida de pessoas ciganas;

8.1 - Promover condições de acesso de pessoas ciganas aos serviços de saúde;

8.2 - Capacitar profissionais de saúde dos CSP e dos Cuidados Hospitalares (Resolução do Conselho de Ministros n.º 154/2018, 2018).

De acordo com a problemática identificada, com os objetivos e com base nos referenciais teóricos, define-se a seguinte questão de investigação:

Quais os determinantes aos cuidados culturalmente competentes a desenvolver pelo enfermeiro de família, junto de famílias de cultura diversa, em especial cigana?

As famílias de etnia cigana são reconhecidas pelos estados-membros europeus como pertencentes a comunidades marginalizadas e com graves dificuldades de integração, o que as torna particularmente vulneráveis em saúde (Resolução do Conselho de Ministros n.º 154/2018, 2018).

Uma das comunidades residente no município está identificada pelo Alto Comissariado para as Migrações, como o grupo mais precário/primitivo a nível nacional, segundo UCC da Marinha Grande, expondo a sua pobreza e a falta de competências a diversos níveis, nomeadamente na saúde.

McFadde, Siebelt & Gavine (2018) corroboram com a ideia de que os indivíduos de etnia cigana, representam os grupos minoritários mais desfavorecidos na Europa, apresentando os resultados mais pobres em termos de saúde.

Em termos de habitabilidade, as famílias de cultura cigana não possuem condições de salubridade, vivem em locais deteriorados e são marcados pela precariedade, aumentando assim a sua vulnerabilidade em saúde (Estanqueiro, 2020).

A saúde é um indicador das desigualdades sociais nas comunidades ciganas, e que está relacionado com a baixa qualidade de vida, com a difícil acessibilidade ao mercado de trabalho, com a deficiência educacional, com o cuidado com a saúde, entre outros fatores que geram a invisibilidade e exclusão social (Oliveira, 2018).

A preocupação com estas famílias surge em 2009, altura em que exerci funções nos CSP na Marinha Grande (atualmente não configura no meu local de trabalho); na altura estas famílias não tinham médico de família (o método de trabalho não estava organizado por EF), quando recorriam aos CSP faziam-no sempre a nível de contexto, procurando cuidados curativos, provocando distúrbios frequentemente, o incumprimento de regras era recorrente e a não comparência aos agendamentos das consultas de vigilância impostas pelos CSP era constante.

Atualmente, a maioria dos elementos de cultura cigana, tem médico de família atribuído, distribuídos pelas três unidades funcionais no CS da Marinha Grande.

A opinião dos EF, à data atual, é que ainda existe um grande absentismo às consultas de vigilância; o que para além de constitui uma barreira à sua vigilância em saúde, influencia o IDG da unidade, necessário para os ganhos de produtividade da USF.

A não comparência às consultas de vigilância deixa os enfermeiros preocupados, nomeadamente nas consultas de saúde materna e saúde infantil, uma vez que assumem a responsabilidade pelos indicadores de saúde da sua população e procuram promover a vigilância das suas famílias, de modo a garantir os cuidados culturalmente competentes às mesmas ao longo do ciclo vital e adquirir ganhos em saúde.

Os EF referem que “não querem saber”, que “não valorizam as consultas”, as famílias de cultura ciganas “não comparecem e não avisam, por várias razões, como: falta de transporte, vão viver para outro local, etc”. Ainda referem que muitas vezes as mulheres aparecem tardiamente durante o período gestacional, influenciando o acompanhamento adequado de vigilância de saúde materna.

Os EF recorrem com frequência à assistente social e/ou à UCC da Marinha Grande, para articular contactos com estas famílias, ou para dar conhecimento da sua falta de comparência às consultas, dado que este organismo têm um contacto mais estreito com estas comunidades, através de uma pessoa (não cigana) que assume o papel de mediador, nomeadamente entre a comunidade residente no pinhal e outras entidades, como: a segurança social, a Comissões de Proteção de Crianças e Jovens, o município/ apoio veterinário (inúmeros animais) e UCC da Marinha Grande.

A conceção de saúde na cultura cigana é diferente da forma como é percebida pela sociedade em geral, não sendo percecionada como uma prioridade, mas sim entendida como a ausência de doença (Oliveira, 2018).

As comunidades ciganas têm outras prioridades, que não a saúde, tais como: habitação, situação económica, entre outras; como tal é fundamental compreender as suas especificidades (Oliveira, 2018).

O grupo sociocultural cigano é múltiplo e dinâmico dentro da sua própria comunidade, apesar das semelhanças em termos de estrutura e organização social, estas podem diferir ao nível socioeconómico, daí se considerar que o grupo da etnia cigana é constituído por várias comunidades (Luís, 2022).

Segundo os dados recolhidos, existem 6 grupos de cultura cigana identificados na cidade da Marinha Grande, constituídos por 29 agregados, 119 indivíduos, dos quais 55 têm mais de 18 anos e 64 menos de 18 anos.

Os grupos identificados são compostos maioritariamente por famílias nucleares numerosas, das quais fazem parte filhos e progenitores, sem que se aglomerem elementos de muitas gerações e laços distintos.

Segundo informação recolhida nas várias entidades municipais, as comunidades ciganas na cidade são distintas; algumas comunidades vivem no pinhal em barracas (sem água e sem luz), outras vivem em casas adquiridas e/ou construídas pelos próprios (com luz e algumas casas com água), o que revela a precaridade social destas famílias.

Existem algumas

“...ideias pré-concebidas sobre o facto de que a maioria dos ciganos mantém um estilo de vida nómada, quando na realidade apesar de ser por pressões de entidades públicas cada vez mais os ciganos têm vindo a assumir um estilo de vida sedentário, inseridos em bairros de habitação social” (Brito, 2016, p. 44).

As comunidades de cultura cigana residentes na Marinha Grande, para além da distinção habitacional, também são distintas ao nível dos conflitos sociais e consumos ilícitos; sabe-se que alguns indivíduos estão detidos, o que deixa as famílias em situação de maior vulnerabilidade económica e social, uma vez que alguns tem rendimentos sazonais.

A maior fonte de rendimento destas famílias é a segurança social, através do rendimento social de inserção. A mesma entidade dispõe de uma rede local de intervenção, que é integrada por um representante da saúde local (UCC da Marinha Grande), que serve de mediador com as restantes unidades funcionais.

O rendimento social de inserção constitui um apoio destinado a proteger pessoas que se encontram em situação de pobreza extrema, que visa satisfazer as necessidades mínimas dos indivíduos, através de um contrato de inserção, onde estão definidas ações de acordo

com as características do requerente e do respetivo agregado familiar, que se destinam à progressiva inserção laboral, social e comunitária dos mesmos (Decreto-Lei nº 90/17, 2017). Estes contratos de inserção, reproduzem obrigações para as famílias ciganas, dos quais o comprometimento com a vigilância em saúde.

Este comprometimento com a saúde configura numa maior responsabilização por parte destas famílias, no que confere ao cumprimento das consultas programadas de vigilância, mas está longe das expectativas.

Os EF reconhecem que o paradigma está a mudar, no entanto mostraram-se céticos em relação ao envolvimento destas famílias, referindo que se está longe de alcançar metas e indicadores em saúde com as mesmas.

O EF no âmbito das suas competências, nomeadamente a cultural, deve estar atento às famílias provenientes de contextos socioculturais e/ou que se constituem como uma minoria étnica, como é caso das famílias de etnia cigana e reconhecer as suas especificidades; tendo em conta que conhecer uma família implica analisar as implicações culturais nos seus membros (Estanqueiro, 2020).

Não existe Plano Local de Integração das Comunidades Ciganas na Cidade da Marinha Grande, tal como está definido pelo Alto-Comissário para Migrações, I.P. (s. d.), que tem como objetivo definir medidas concretas locais a diferentes níveis, nomeadamente na saúde, através de parcerias e sinergias locais.

Atualmente não existem programas ou projetos promotores de saúde específicos com estas comunidades na Marinha Grande. A UCC da Marinha Grande desenvolveu um projeto, denominado “Kalon” com as comunidades de cultura cigana ao nível da saúde, mas encontra-se suspenso desde a pandemia Covid 19.

O apoio a estas comunidades atualmente é disponibilizado pelo Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental, da mesma forma que a outras famílias em função das necessidades e/ou referenciações por outras entidades; através do município da Marinha Grande, que gere questões como: a recolha de lixo dos acampamentos, a vacinação dos animais e através da segurança social, com o rendimento social de inserção.

Existe um voluntário, que faz de mediador com a comunidade cigana do pinhal e as outras entidades municipais, inclusive da saúde; esta figura é referida como fundamental pelas diferentes entidades, para a articulação da informação com a comunidade do pinhal.

Perante a falta de estratégias para lidar com a transculturalidade, é imperativo que o EF encontre formas de transpor barreiras para prestar cuidados de qualidade (Domingues, 2022).

Para transpor barreiras e prestar cuidados de qualidade, é necessário ter em conta cada pessoa, cada grupo ou subgrupo ter em conta as suas próprias práticas, crenças, valores e tradições e não pretender homogeneizar os cuidados e pensar que os de uma cultura são válidos para outra (Martín & Martín, 2020).

A especialidade em ESF deve possibilitar ao enfermeiro uma abordagem transcultural, de forma a melhor compreender as dinâmicas específicas das famílias de etnia cigana (Estanqueiro, 2020).

Na perspetiva de prestar cuidados culturalmente competentes e garantir ganhos em saúde com as famílias de cultura cigana, o EF suporta a sua praxis em Teorias e Modelos que evidenciam a qualidade dos seus cuidados enquanto EESF.

Nesse âmbito e com conhecimento de que foi desenvolvida uma Revisão de Scoping em 2022, sobre os cuidados de enfermagem transculturais a famílias imigrantes, que identificou alguns fatores facilitadores, como: a promoção de atitudes; o desenvolvimento de unidades de saúde culturalmente recetivas, com profissionais capacitados para o cuidado na diversidade cultural; o modelo de Campinha-Bacote; a utilização consciente da comunicação; a mobilização de mediadores interculturais; o estabelecimento de uma relação mais próxima com a comunidade; a elaboração de guias de saúde nos diferentes idiomas; o uso da VaKE e a utilização de modelos de avaliação que contemplem a avaliação cultural; urge a necessidade de uma abordagem mais específica relativamente às famílias de cultura cigana; esta especificidade encontra reduzida resposta na literatura científica.

Assim de forma a amplificar o conhecimento relativo aos cuidados de enfermagem culturalmente competentes e conceptualizá-los teoricamente e contemplando as limitações do estudo anterior procede-se a seguinte Revisão Integrativa (RI).

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A teoria está intimamente ligada à investigação, permite a compreensão e aumento do conhecimento dos fenómenos estudados Fortin (2003), pelo que faz sentido um enquadramento teórico para a sua análise contribuindo para o estado de arte.

O enquadramento dos fenómenos pressupõe a definição de conceitos e princípios teóricos que guiam e explicam a ação social (Hartz & Silva, 2005 as cited in Chen, 1990).

Nesse sentido são apresentados os conceitos e princípios teóricos que guiam e fundamentam o tema: Enfermagem transcultural no cuidado de Famílias ciganas: olhar do enfermeiro de família.

Ciganos

Várias são as fontes que relatam a origem das comunidades ciganas e as suas denominações étnicas.

A sua origem remonta à Índia e as suas características mantem-se até ao dia de hoje (Carvalho, 2021); a sua expansão pela Europa tem início a partir do século XVI.

Estima-se que possam existir 12 milhões de ciganos no mundo, dos quais 6 milhões na União Europeia (Oliveira, 2018).

Segundo o Auto Comissariado para as Migrações, I. P. (s. d.) estima-se que existam em Portugal 37346 indivíduos ciganos, representando 0,35% da população portuguesa, em que 48% vivem em habitação social e 32% em alojamento não clássico (barraca, acampamento ou alojamento móvel); a população cigana que vive neste último, não está inserida nas cidades ou nas vilas, o que faz com que tenham enormes dificuldades no acesso a serviços públicos, nomeadamente serviços de saúde.

A perspetiva histórica destas comunidades em Portugal é pouco conhecida e permeada por lendas, contos, mistérios, invisibilidade, segregação social, que permanece até à atualidade (Oliveira, 2018).

Os indivíduos/ famílias ciganas, assumem diferentes designações e dialetos, assim “roma” refere-se aos ciganos da Europa Leste, com o dialeto romani; já a designação “sinti” refere-se aos ciganos predominantemente da Europa Central, com o dialeto sinti; na Península Ibérica designam-se “calé”, com o mesmo dialeto (Carvalho, 2021).

As comunidades ciganas, também são conhecidas por grupos étnicos, que remetem para a identidade e a pertença ao grupo (Medinas, 2018).

Pertencer a um grupo étnico “implica sentimentos de pertença e autoestima, o que remete para a socialização familiar e grupal” (Oliveira, 2018, p. 42, as cited in Manuela Mendes, 2000).

As famílias de cultura cigana perante a adoção de práticas culturais diferentes da sociedade majoritária, são percebidas como uma minoria que não se adequa aos padrões culturais da sociedade considerada majoritária (Brito, 2016).

“A etnia cigana apesar do seu contacto com não-ciganos há vários séculos continua a manter as suas especificidades culturais e tradições, cedendo aos poucos a certas características da sociedade majoritária” (Brito, 2016, p. 75).

Para além das práticas culturais diferentes da sociedade majoritária, muitas famílias são dinâmicas e quando se deslocam sofrem orientações de um chefe (eleito pela idade e prestígio) que pode ditar normas e atuar por forma a cumprir tradições e costumes (Correia, 2011).

Em relação à saúde, as comunidades ciganas revelam indicadores precários, exigindo cuidados de saúde adequados, com base na compreensão da sua cultura e nas diferenças culturais (Ramos-Morcillo, Leal-Costa & Hueso-Montoro, 2019).

“As comunidades ciganas apresentam uma dicotomia relativamente à visão do mundo, sendo dividida entre não-doença (saúde) e doença, mediada por atribuição causal; a sua visão perspectiva-se segundo dois valores: o não doente e o doente; quando a pessoa/família cigana não está doente, a felicidade e o otimismo são priorizados, desempenhando uma função física e social; quando é visível a doença, é entendida com um estado negativo e grave, reconhecendo o estado de agir apenas quando há implicações físicas visíveis; perante essa necessidade o comportamento desta comunidade é mediado por atribuições causais, como: a influência da natureza e religião, a influência do tempo, pela ocultação da doença e pela origem das informações em saúde” (Ramos-Morcillo et al., 2019).

Relativamente às suas prioridades, estas “...assentam no seu núcleo familiar constituído por norma, pelo marido, a mulher e um número considerável de filhos” (Correia, 2011, p. 27).

A cultura cigana é uma cultura agraça, em que atitudes são aprendidas durante a socialização na infância, em que a identidade dos indivíduos e do grupo é construída aos poucos, desenvolvendo estratégias de resistência à influência da sociedade majoritária, que lhe tem sido hostil (Medinas, 2018).

Para além da resistência à influência da sociedade majoritária, a linguagem/comunicação nos indivíduos/família cigana pode ser ainda mais exigente do que com outras culturas, uma vez

que estas comunidades podem assumir diferentes dialetos, decorrente do seu local de origem e dinâmica (Carvalho, 2021).

Neste âmbito e segundo as estratégias nacionais para a integração das comunidades ciganas, devem os profissionais de saúde promover relações de entendimento, de conhecimento e uma comunicação empática entre profissionais de saúde e as populações ciganas (Alto Comissariado para as Migrações, I. P., 2019).

A eficácia dessas relações de entendimento/interculturais e a possível alteração dos tratamentos passa por adotar regras de relação social, que envolvem comunicação verbal, não-verbal, emocional e postura (Brito, 2016).

No processo relacional com as famílias de cultura cigana, também se deve ter cuidado com as generalizações e simplificações associadas à cultura de um povo, uma vez que ela nunca é a única influência e não se pode esquecer que as diferenças entre membros de um grupo podem ser marcadas (Medeiros, 2011).

Cuidados Saúde Primários

Os CSP representam o primeiro nível de serviços de saúde na comunidade, que garante cuidados acessíveis, contínuos e completos que respondem às necessidades de saúde do indivíduo ao longo do ciclo vital (OE, 2020).

De acordo com a Declaração de Alma-Ata em 1978, os CSP consagram o princípio de saúde para todos (Estanqueiro, 2020).

Os CSP face às necessidades de saúde das populações reestruturam a sua estrutura, de forma a dar uma resposta eficaz às determinantes de saúde, emergentes na sociedade atual.

Os países europeus registam algumas mudanças rápidas nos padrões demográficos, em que as sociedades passam a ser caracterizadas pela sua homogeneidade e multiculturalidade (Antón-Solanas et al., 2022).

Nessa perspetiva são necessárias respostas adaptativas no que respeita à saúde e à enfermagem (Caria, 2022).

Este nível de serviços tem assumido ao longo dos tempos uma dimensão importante no tratamento da doença e na sua prevenção; esta importância materializa-se no papel atribuído ao EF, que se preconiza ser o eixo estruturante e funcional na garantia do acesso e prestação de cuidados (Regulamentos de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar n.º 428/2018, 2018).

Enfermagem Familiar

Em Portugal, a enfermagem familiar tem um percurso relativamente recente (Santos, 2021).

A importância da família como um parceiro nos cuidados de saúde, está devidamente reconhecida por organizações e entidades com responsabilidades políticas e civis, onde se destaca o Programa Operacional Saúde 21 da OMS, sendo que para atingir as metas, um dos imperativos é desenvolver a figura do enfermeiro de família, para promover a saúde na Europa (Santos, 2021).

Em Portugal, atualmente o EF integra-se numa equipa multidisciplinar de saúde, nos CSP e assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, numa área geodemográfica definida, em todos os processos de vida, nos vários contextos da comunidade (Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar n.º 367/2015, 2015, p. 17385).

A OMS reconhece que os enfermeiros de família, pela sua proximidade e competências no âmbito dos cuidados ao longo do ciclo vital, assim como na promoção das respostas adaptativas às transições, encontram nos CSP posição privilegiada para trabalhar com indivíduos e famílias, de quem têm um entendimento profundo à cerca dos determinantes dos problemas de saúde de grupos ou de uma comunidade na conceção do diagnóstico de saúde, podendo desenvolver projetos promotores da sua saúde (OE, 2017).

Com a inclusão da família como alvo dos cuidados de enfermagem, novos desafios se colocam aos EF, quer pelo seu contributo na promoção da saúde individual, familiar e coletiva, quer como elemento de referência e gestor de cuidados de enfermagem, potencializando a saúde individual no contexto familiar (Estanqueiro, 2018).

Zhang (2018) refere que a saúde individual pode estar afetada e que compreender a forma como a doença influencia o funcionamento familiar é essencial para a prestação de cuidados, centrados no indivíduo e na família.

Como gestor de cuidados de enfermagem, o EF estabelece uma relação com a família, presta cuidados a todos os elementos que a compõem, identifica as suas necessidades e potencialidades sempre na perspetiva da promoção da sua autonomia, num processo de desenvolvimento e crescimento entre a gestão das suas expectativas e os cuidados prestados (Domingues, 2022).

“Os EF prestam cuidados de enfermagem a todas as famílias pelas quais estão responsáveis, considerando as transições normativas que decorrem dos seus processos de desenvolvimento inerentes ao ciclo vital e relacionam os fatores de stresse familiares que implicam transições transacionais e de saúde/doença com ênfase nas forças e recursos da família e nas suas respostas a problemas reais e

potenciais...” (Regulamentos de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar n.º 428/2018, 2018).

A enfermagem de família pode ser praticada a diferentes níveis segundo Friedman, mediante a abordagem pelo EF, sendo que esta pode acontecer numa dimensão mais macroscópica, considerando a pessoa/família como um subsistema da sociedade.

Dessa forma, o nível de cuidados pode ocorrer a diferentes níveis, tais como:

- Nível I, a família é entendida como contexto e o indivíduo como cliente; sendo o foco cada um dos membros da família, e a família vista como um recurso e fator contextual (Friedman, 1998);
- Nível II, a família é percebida como a soma das partes, em que o foco são cada um e todos os elementos da família (Friedman, 1998);
- Nível III, o subsistema familiar é desenhado como cliente e foco dos cuidados, cujo foco são os subsistemas familiares, trabalha-se com dois ou mais elementos para obter compreensão e apoio mútuos (Friedman, 1998);
- Nível IV, a família é o foco dos cuidados e considerada um sistema interativo, em que o foco são as dinâmicas internas e as suas relações, a estrutura, o funcionamento e o relacionamento dos diferentes subsistemas, com o todo e com o meio envolvente (Friedman, 1998).

Para o mesmo autor a enfermagem de família pode e deve ser praticada por todos os enfermeiros de cuidados gerais, aos níveis I, II e III; sendo que o nível IV, está reservado à enfermagem avançada, detentora de conhecimentos e capacidades, que permitem dar resposta às necessidades dos sistemas familiares e às famílias com disfunções (Friedman, 1998).

Na enfermagem avançada, o EESF interage com as famílias a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a saúde familiar, através da identificação de problemas, a formulação de diagnósticos de enfermagem, prognósticos e objetivos, assim como o planeamento de intervenções ou negociações com a família, de acordo com os recursos/redes de apoio, para garantir o equilíbrio do sistema familiar e o seu funcionamento, Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar n.º 367/2015, (2015) e com base nas unidades de competências: I- Cuida da família como unidade de cuidados; II- Presta cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família (Regulamento de Competências Específicas

do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar nº 428/2018, 2018).

“Na sua prática, o enfermeiro de família depara-se com desafios particulares perante cada indivíduo/família, devendo reunir esforços no sentido de desenvolver competências e estratégias que permitam apoiar indivíduos/famílias de forma adequada às suas necessidades e capacidades singulares” (Domingues, 2022, p.71).

Uma das singularidades da sociedade contemporânea relaciona-se com a diversidade cultural, que conduz à adaptação cultural do enfermeiro, no sentido de prestar cuidados de qualidade à família enquanto unidade sistémica (Domingues, 2022).

A família enquanto unidade sistémica tem funções sociais e constitui um espaço privilegiado de suporte à vida e saúde dos seus membros (Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar n.º 367/2015, 2015).

No âmbito da adaptação profissional e competências culturais, Carneiro (2018) alega que a competência cultural melhora os resultados e a satisfação das famílias, uma vez que muitos grupos etnoculturais valorizam a qualidade relacional e, portanto, o cuidado altamente interpessoal.

No cuidado aos grupos etnoculturais, o enfermeiro tem como responsabilidade defender os que etnicamente são desfavorecidos e capacitá-los para participar nas decisões de saúde, independentemente da sua ascendência, promovendo a igualdade e o valor individual (Martín & Martín, 2020 as cited in Papadopolus (s.d)).

Na capacitação dos indivíduos/famílias culturalmente diferentes, o EF assume a responsabilidade de prestar cuidados transculturais, de modo a promover a qualidade dos mesmos e ir ao encontro das necessidades das diferentes culturas.

Enfermagem transcultural

A teoria dos Cuidados de Enfermagem Transcultural fundamenta-se em pressupostos com base na prática dos cuidados que se diversificam em função da cultura (Correia, 2011).

O cuidado é a essência da enfermagem e ajuda o outro a enfrentar as dificuldades (Domingos, 2019).

Leininger em 1979, definiu a “enfermagem transcultural como subcampo ou ramo da enfermagem que enfoca o estudo comparativo e a análise de culturas com respeito à enfermagem e às práticas de cuidados de saúde-doença, às crenças e aos valores, com a meta de proporcionar um serviço de atendimento de enfermagem significativo e eficaz para as pessoas de acordo com os seus valores culturais e o seu contexto de saúde-doença”

(Domingos, 2019, p. 32).

É fundamentada neste princípio e numa visão holística do Homem, que surge a Enfermagem Transcultural, de Leininger, com a base no cuidado cultural (cuidar), que ajuda a explicar, interpretar e prever os fenómenos do cuidado cultural, com o objetivo de orientar as práticas do cuidar em enfermagem (Domingos, 2019).

Para Leininger (1997), o que é importante para a enfermagem, é entrar no mundo cultural com as próprias pessoas, aprender o que é significativo para elas, sobre os seus modos de vida e os cuidados de saúde saudáveis.

Conhecer os seus modos de vida e os cuidados de saúde saudáveis, implica conhecer os valores, as crenças, o respeito pelas diferenças culturais, a aceitação, a sensibilidade para compreender como as diferenças influenciam as relações com as pessoas e a capacidade de oferecer estratégias que melhorem os encontros culturais, são requisitos essenciais para os cuidados transculturais; assim é fundamental ter em conta a diversidade cultural no planeamento de cuidados e programas de saúde, constituindo um elemento de avaliação na enfermagem (Martín & Martín, 2020).

Para melhorar os encontros culturais, está implícita a relação interpessoal que o enfermeiro estabelece com a pessoa, grupo, família e comunidades, e que ambas as partes são detentoras de um conjunto de crenças, valores e desejos da natureza individual, que resultam de experiências pessoais anteriores e que se refletem e influenciam a relação atual (Caria, 2022).

As experiências pessoais anteriores e as relações num determinado contexto, conjugadas com a teoria, devem conduzir a uma prática de enfermagem reflexiva, de forma que o enfermeiro possa ser capaz de observar, intuir e refletir, Domingos (2019), para prestar Cuidados de enfermagem culturalmente competentes.

Cuidados de enfermagem culturalmente competentes

Os cuidados de enfermagem culturalmente competentes, devêm ter por base a Teoria do cuidado cultural de Leininger de 1997, que prevê a existência de Diversidades e Universalidades, em relação aos significados, padrões e expressões do cuidado, nas diferentes culturas mundialmente.

Para desenvolver a consciência e o conhecimento cultural é importante conhecer os conceitos que fundamentam a teoria dos cuidados culturalmente competentes de Madeleine Leininger, descritos por Vieira (2021) as cited in Smith & Parker (2015), tais como:

visão sobre o mundo, forma como se olha para o seu mundo ou universo, formando uma imagem/valor ou posição, sobre a vida ou o mundo em redor;

cultura, definida como valores aprendidos, partilhados que guiam o pensamento, decisões e ações de formas padronizadas e intergeracionalmente;

cuidado, prestado por outros que ajudam, apoiam e permitem experiências a outros, com necessidades evidentes ou antecipadas;

cuidados culturais, subjetivos e que podem ser objetivamente aprendidos e transmitidos, tais como: valores, crenças e modos de vida padronizados que permitem ao outro o bem-estar;

etnohistória, relaciona-se com factos passados, experiências de seres humanos, grupos, culturas e instituições que aconteceram e explicam o passado e a vida atual;

contexto ambiental, acontecimento que dá sentido às expressões, interpretações e interações sociais das pessoas dentro de fatores geofísicos, ecológicos, espirituais, sociopolíticos e tecnológicos, em contextos específicos;

fatores de estrutura cultural e social, como: parentesco, educação, religião, política, questões jurídicas, economia, tecnologia, fatores políticos, filosofia de vida, crenças culturais e valores com diferença de género e classe;

cuidados culturais universais, cuidados culturais comuns ou parecidos dos seres humanos com significados habituais, padrões, valores, ou símbolos que servem de guia para os cuidadores;

cuidados genéricos, quando são facultados conhecimentos e práticas tradicionais para proporcionar apoio, capacitação e facilitação, de outros com necessidades de saúde;

cuidados culturais de diversidade (emic), referentes às diferenças entre os seres humanos, nomeadamente aos significados de cuidados culturais, aos padrões, aos valores, aos símbolos relacionados com a prestação de cuidados;

cuidados profissionais (etic) descritos como cuidados formais e práticas conseguidas através de instituições de ensino;

cuidados culturalmente congruentes, baseados em conhecimentos, atos e decisões culturalmente fundamentados, que são utilizados de forma sensível e conhecedora para se adequarem aos valores culturais, crenças e modos de vida dos clientes;

preservação de cuidados culturais, quando outros ajudam, apoiam, facilitam, ou permitem atos ou decisões, que contribuem para reter, preservar ou manter cuidados benéficos, crenças e valores ou enfrentar desvantagens e morte as diferentes culturas;

alojamento de cuidados culturais e/ou negociação, técnicas que ajudam, acomodam e facilitam nas decisões de prestação de cuidados de saúde, que também facilitam na adaptação ou negociação para cuidados culturalmente congruentes, com outros;

cuidados culturais que ressaltam e/ou reestruturam, cuidados que colaboram, apoiam, facilitam, ou permitem ações dos profissionais e tomadas de decisões mútuas que ajudam as a modificar ou reestruturar os seus estilos de vida das pessoas, para melhorar a sua saúde (Vieira, 2021 as cited in Smith & Parker, 2015).

Saúde, concebida como um estado de bem-estar culturalmente valorizado e reflete a capacidade dos indivíduos ou grupos para desempenhar as atividades diárias do seu papel em formas de vida culturalmente expressas, benéficas e padronizadas (McFarland & Wehbe-Alamah, 2019 as cited in Leininger, 1991, 2015).

O objetivo da teoria do cuidado cultural é fornecer cuidados de enfermagem culturalmente congruentes/competentes, que se referem a conhecimentos, atos e decisões sobre os cuidados com base cultural, usados de forma sensível, de forma a ajustar adequada e significativamente à pessoa/família em função dos valores, crenças e modos de vida culturais, pela saúde e bem-estar, ou para prevenir doenças, deficiências ou morte (Domingos, 2019 as cited in Leininger & McFarland, 2006, p. 15).

Leininger salienta que a imposição cultural, está muito presente nos cuidados de saúde, por influência do paradigma biomédico, com base no conhecimento científico para tratar e explicar as doenças, o que origina uma relação de poder marcada, chamada de desencontro entre as culturas do profissional e do paciente (Leininger, 1991).

Leininger conceptualizou e formulou quatro princípios principais na sua teoria do cuidado cultural, nomeadamente:

1º existem diversidades e universalidades de cuidados em diferentes culturas, no mundo (este princípio é fundamental na descoberta dos significados e cuidados culturais);

2º a visão do mundo e fatores sociais, influenciam nos cuidados culturais, tais como: economia, religião, parentesco/ambiente/fatores sociais, cultura, fatores biológicos, tecnologia, política/legal, economia e a educação; sendo que a linguagem e o contexto ambiental influenciam os cuidados genéricos (emic) e de cuidados profissionais (etic) através

de significados, expressões e padrões dos cuidados culturais, em diferentes culturas (McFarland & Wehbe- Alamah, 2019 as cited in Leininger, 2002).

3º tanto os fatores de saúde genéricos (emic) como profissionais (etic) em diversos contextos ambientais influenciam os resultados de saúde e de doença, McFarland & Wehbe- Alamah, (2019) as cited in Leininger (2002, 2006); McFarland (2018); McFarland & Wehbe- Alamah (2015); e precisam de ser ensinados, pesquisados e reunidos em práticas de cuidados de saúde;

4º corresponde à conceptualização das 3 principais decisões de cuidados culturais e modos de ação utilizados no planeamento de cuidados culturais congruentes, para a saúde e bem-estar ou para enfrentar a morte ou deficiências (McFarland & Wehbe- Alamah, 2019 as cited in Leininger 2002; McFarland, 2018).

Com base nos seus princípios, Leininger desenvolveu o modelo “The Sunrise Enabler”, que demonstra a interação dos mesmos; este Modelo “simboliza o nascer do sol”, Domingos (2019) cujo desenho se assemelha aos raios solares, como se pode verificar na figura 8.

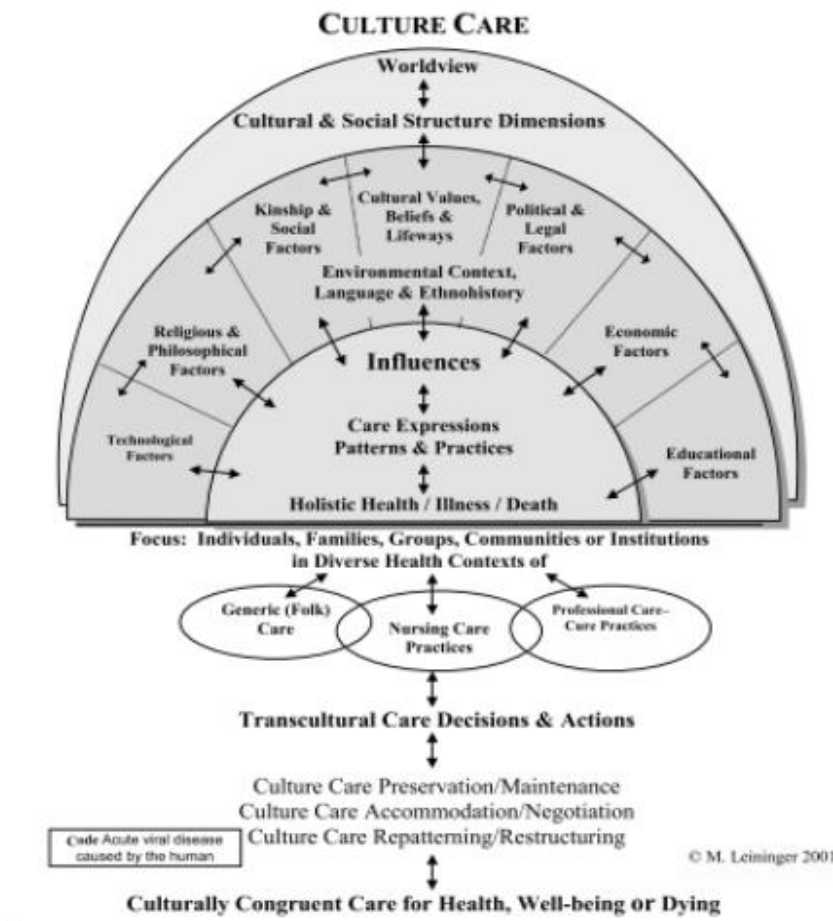


Figura 8- Leininger's Sunrise Enabler Model Diagram
Fonte: Retirado de Leininger (2002)

Este modelo serve de guia cognitivo e permite a reflexão sobre as diferentes influências previstas na base cultural, é flexível e reconhece a influencia dos fatores biológicos e de como influenciam e são influenciados pelas dimensões culturais e sociais, entre outros fatores (McFarland & Wehbe-Alamah, 2019).

No diagrama de Leininger, “A metade superior do círculo mostra componentes interdependentes da estrutura social e fatores da visão do mundo que influenciam o cuidar e a saúde por meio da linguagem, da etnohistoria e do contexto ambiental” (Domingos, 2019, p. 33).

Estes fatores da visão global do mundo fluem “...para o conhecimento sobre os indivíduos, as famílias, os grupos e as instituições em diversos sistemas de atendimento de saúde” (Domingos, 2019, p. 33).

No Modelo os fatores da metade superior influenciam os sistemas: popular, profissional e de enfermagem, que se encontram na parte média do mesmo, Domingos (2019), estas duas metades formam o “sol” correspondente ao universo, a considerar pelos enfermeiros no

conhecimento da saúde e no cuidado do indivíduo/família.

Na prestação de cuidados transculturais, Vieira (2021) refere que os enfermeiros estudam símbolos, expressões e significados do cuidado cultural de culturas específicas e diversas, sendo relevante considerar-se o tipo de cuidado; os cuidados genéricos, os identificados com por alguém que esteja por dentro do grupo cultural (dados énicos- emic) e os cuidados profissionais, os que são conseguidos por alguém com experiência profissional (dados éticos- etic) (Vieira, 2021).

Leininger, em 1985, refere que as tomadas de decisão e as ações de enfermagem, devem conduzir-se de três formas, nomeadamente:

1º o cuidado cultural deve ser mantido/preservado- as ações profissionais devem focar o apoio, a assistência e a facilitação/capacitação dos clientes na preservação ou assimilação da saúde favorável, na recuperação da doença ou no enfrentar de deficiências ou da morte, (George, 2000);

2º o cuidado cultural deve ser ajustado/negociado- os profissionais devem fazer esforços para facilitar, capacitar, assistir ou apoiar as ações que representam formas de negociação, adaptação ou ajustamento aos padrões de saúde e de atendimento do cliente, com vista a beneficiar a saúde e também ser satisfatório (George, 2000).

3º o cuidado cultural deve ser RE padronizado/reestruturado- as ações profissionais devem incidir na procura em ajudar os clientes a modificar os padrões de saúde e/ou de vida, para padrões mais saudáveis, respeitando os valores culturais do mesmo (George, 2000).

Algumas teorias não se podem dissociar da Teoria da Leininger, para que o cuidado cultural seja competente e que promova satisfação no indivíduo/família, como:

a **Teoria da Comunicação Humana**, que considera a comunicação um processo social, que integra múltiplas formas de comportamento e interação; em que a interação pode ser definida como um conjunto de mensagens trocadas entre indivíduos, Alarcão (2000) e a comunicação refere-se a todo e qualquer comportamento, quer verbal, não verbal ou para verbal (Watzlawick et al., 1993).

As mensagens comunicacionais, só fazem sentido quando entendidas no contexto em que ocorrem, o indivíduo participa no processo de comunicação criando com os outros e com ele próprio o contexto (Alarcão, 2002).

A comunicação desempenha um papel fundamental na vida das pessoas e na ordem social, ressaltando que o importante não é tanto o que se comunica (processo consciente ou não), mas como se comunica (Alarcão, 2000, as cited in Watzlawick et al., 1993).

A **Teoria da adaptação Calista Roy** de 1984, que integra o conceito de que a pessoa é um sistema aberto, em constante adaptação e que reage a estímulos ambientais; este modelo é entendido como um sistema adaptativo de entradas, controle interno, processos de feedback e saídas, em que o objetivo central da teoria é compreender como as famílias se adaptam aos problemas de saúde (Kaakinen et al., 2018).

A **Teoria do Alcance de Metas de Imogene King** de 1987, que realça a importância na interação entre os diferentes sistemas, na consecução de objetivos. A família transmite valores e normas de comportamento ao longo da vida (Kaakinen et al., 2018).

O **Modelo de Sistemas de Betty Neuman** de 1982, que conceptualiza a família como um sistema aberto, que integra vários subsistemas e responde aos elementos stressores do ambiente numa perspetiva de continuidade (Kaakinen et al., 2010).

A **Teoria da organização sistêmica da família de Marie-Luise Friedman** de 1995, que descreve a família como um sistema social que tem o objetivo de transmitir cultura aos seus membros; o foco desta teoria é a estabilidade, o crescimento, o controle e espiritualidade familiar (Kaakinen et al., 2010).

A **Teoria da transição de Afaf Meleis** que refere que transição é como passar de um estado (lugar ou condição) estável, para outro também estável e requer por parte da(s) pessoa(s) a incorporação de conhecimentos, alteração do seu comportamento e mudança na definição do “self”; as transições resultam de mudanças na vida, na saúde, nos relacionamentos e ambientes (Guimarães & Silva, 2016).

A **Teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau** de 1990, que se baseia nas relações interpessoais e que as considera essenciais entre os utentes e os enfermeiros para estes possam progredir juntos.

O **Cuidar em enfermagem Baseado nas Forças (SBC) de Laurie N. Gottlieb**, que se centra no que está a funcionar bem e no que a pessoa faz de melhor, tendo em conta os recursos disponíveis e que ajudam a pessoa/família a lidar de forma mais eficiente com sua vida, saúde e desafios dos cuidados de saúde (Gottlieb, 2016).

O SBC requer qualidades essenciais da parte do enfermeiro, tais como: - forças de mentalidade (humildade, abertura de espírito, atitude de não julgar, aceitar); - forças de conhecimento e saber (curiosidade, autorreflexão); - forças de relação (respeito e confiança, empatia, compaixão e bondade); - forças de defesa (coragem, autoeficácia); refere também que o enfermeiro deve identificar os valores subjacentes à sua prática, exigindo uma reflexão constante, relativamente à construção de significados na interação com as pessoas/famílias (Gottlieb, 2016).

No sistema de saúde ainda impera o modelo do défice, como modelo dominante dos cuidados, uma vez que os profissionais de saúde são treinados para tratar os problemas, corrigir as fraquezas e minimizar défices (Gottlieb, 2016). Para a consecução dos cuidados de enfermagem fundamentados nas teorias a avaliação e intervenção da família devem ser conduzidas por modelos orientados para a colheita de dados e para o planeamento das intervenções (Figueiredo, 2012).

3. METODOLOGIA

O presente estudo tem por base uma pesquisa livre no Google académico, de forma a ter a perceção do fenómeno já estudado e que constitui o ponto de partida para a conceção do problema de investigação.

A pesquisa efetuada tem como princípios os conceitos “cuidados de enfermagem” e “cultura cigana”; com a pesquisa reconhece-se que existe um número reduzido de literatura relacionada com o fenómeno na área da saúde, nomeadamente na enfermagem, dando ainda mais relevância para a continuidade do estudo.

Mediante os achados encontra-se pertinência para efetuar uma Revisão Integrativa (RI), de forma a responder ao seguinte objetivo:

identificar os determinantes da prática de enfermagem transcultural pelos enfermeiros de família, junto de famílias de cultura diversa, em especial cigana.

O estudo segue a metodologia proposta por Mendes, Silveira & Galvão (2008) as cited in Whittemore & Knafl (2005); Broome (2000); Beyea & Nicoll (1998); Ganong (1987); Cooper (1984), que integra 6 etapas metodológicas, que são as seguintes:

1ª identificação do tema e questão de pesquisa para a elaboração da RI;

2ª critérios para inclusão e exclusão de estudos;

3ª definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos;

4ª avaliação dos estudos incluídos na RI;

5ª interpretação dos resultados;

6ª apresentação da revisão/síntese do conhecimento, Mendes et al. (2008) as cited in Whittemore & Knafl (2005); Broome (2000); Beyea & Nicoll (1998); Ganong (1987); Cooper (1984).

Orientada pela proposta dos autores, prossegue-se com as etapas definidas:

O tema que guia a RI é: Enfermagem transcultural no cuidado de Famílias ciganas: olhar do enfermeiro de família.

O tema da RI, tem por base a seguinte questão de investigação:

Quais os determinantes aos cuidados culturalmente competentes a desenvolver pelo enfermeiro de família, junto de famílias de cultura diversa, em especial cigana?

Para auxiliar a segunda etapa da RI, utiliza-se a mnemónica PCC, em que P (população)= Enfermeiros de família; C(conceito)= Enfermagem transcultural/cuidados de enfermagem culturais; C(contexto)= CSP.

A presente mnemónica integra-se na metodologia de suporte da Joanna Briggs Institute (JBI) e colaboradores. Esta metodologia promove a síntese, a transferência e a utilização de evidência científica, por meio da identificação de práticas de saúde viáveis, apropriadas e eficazes na tentativa de promover a melhor qualidade dos resultados de saúde (Amendoeira, 2021).

A presente RI integra estudos primários, excluindo todo o tipo de revisões, sem limitador de idioma, com acesso livre e gratuito nas bases científicas e acesso ao texto completo.

Numa primeira fase de pesquisa, a Pubmed e Google Académico, revelam a escassez de literatura existente, relacionado com o fenómeno; mediante esta percepção não se balizou o friso cronológico, que inicialmente se tinha previsto (5 anos), na tentativa de conseguir uma maior disponibilidade de literatura.

Os critérios de elegibilidade definidos estão integrados no quadro 1, que orientam a seleção dos estudos da RI.

Quadro 1- Critérios definidos de elegibilidade dos estudos

	Critérios inclusão	Critérios exclusão
P	Enfermeiros que prestam cuidados a indivíduos/famílias com cultura diversa.	Outros profissionais, exceto enfermeiros (de família) que prestam cuidados a indivíduos/famílias com cultura diversa.
C	Cuidados culturalmente competentes/cuidados transculturais: Expressos por determinantes, como: padrões, práticas, expressões de cuidado e por influência nas várias dimensões da estrutura cultural e/ou social.	Estudos sem abordem clara dos conceitos: cuidados transculturais e/ou cuidados culturalmente competentes. Estudos que envolvam estudantes. Estudos no âmbito do Covid 19.
C	CSP	Estudos exclusivos de Hospitais

Para a extração da informação nas bases científicas, é fundamental o uso de vocabulário controlado, que serve de guia para a pesquisa nos descritores DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (Medical Subject Headings), para definir as palavras-chave.

As palavras-chave definidas para prosseguir com a pesquisa científica, são as seguintes: ciganos; enfermagem familiar; enfermagem transcultural; assistência à saúde culturalmente competente; cuidados saúde primários.

As anteriores têm a seguinte correspondência em inglês (keywords): roma; family nursing; transcultural nursing; culturally competent care; primary health care.

As palavras-chave e as keywords podem ser consultadas no quadro 2.

Quadro 2-Termos e Descritores

Termos português	Termos tradutor/Inglês	Google	Termos MeSH	Termos DeCS
ciganos	gypsies		roma	roma (grupo étnico)
enfermagem familiar	family nursing		family nursing	enfermagem familiar
enfermagem transcultural	transcultural nursing		transcultural nursing	enfermagem transcultural
cuidados competentes	culturally competent care		culturally competent care	assistência à saúde culturalmente competente
cuidados primários	saúde primary health care		primary health care	atenção primária à saúde

Para prosseguir com a busca avançada nas bases de dados, os operadores booleanos (delimitadores) “AND” e “OR” e truncadura (*), permitem obter conjugações com as palavras-chave/ keywords.

As bases de dados utilizadas para na pesquisa, são: PubMed central (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc>); Nacional Library of Medicine; EBSCO (<https://www.ebsco.com/pt>), que permite a utilização das seguintes bases de dados: Cinahl Complete, Medline Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, MedicLatina; ainda serve para a pesquisa os seguintes Repositórios: Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), Científicos dos Institutos Politécnicos de Santarém (<https://repositorio.ipsantarem.pt>), de Leiria <https://iconline.ipleiria.pt/> e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) (<https://bvs.saude.gov.br/>).

O uso de instrumentos que sintetizem e organizem as informações dos estudos incluídos na RI, mostra-se de extrema importância, de forma a facilitar a rápida consulta por parte dos revisores; nessa medida os seguintes quadros e tabelas suportam essa informação.

Nem todas as bases permitem a pesquisa com a totalidade das palavras-chave/conjugações, pelo que no quadro 3 se identificam as bases onde foi possível as conjugações com as palavras-chave, assim como o número de artigos extraídos. As estratégias de pesquisa nas bases de dados podem ser consultadas no Apêndice VII.

Quadro 3- Conjugações das palavras-chave nas bases científicas

Conjugações	Bases científicas	Nº artigos extraídos
roma AND "family nursing" AND "transcultural nursing" OR "Culturally Competent Care" AND "primary health care"	CINAHL complete	5
	MEDLINE Complete	25
	Cochrane Central Register of Controlled Trials	3
	Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	3
	MedicLatina	1
roma AND "transcultural nursing"	virtual em saúde	4
	Biblioteca	
roma* AND "family nursing"	RCAAP	8
"enfermagem transcultural"	RCAAP	95
roma and "family nursing" and "transcultural nursing" and "Culturally Competent Care"	Repositorio Leiria	9
	Repositorio Santarém	3
"culturally competent care" AND "transcultural nursing"	Pubmed	9 +1 *
"culturally competent care" AND "transcultural nursing" AND roma	Nacional Library of Medicine	2
Total:		168

* um dos estudos foi cedido pela Biblioteca do Instituto Politécnico de Leiria por especial favor/não possui acesso livre

A pesquisa bibliográfica gera um grande número de referências bibliográficas, que necessita de análise, para que seja possível a sua inclusão de acordo com critérios de elegibilidade. Este processo deve ser claro e conduzido, de forma a minimizar o risco de viés e de erros (Donato & Donato, 2019).

O processo de seleção das pesquisas segue a metodologia desenhada pelo Fluxograma Prisma, que evidencia o fluxo de informação nas diferentes etapas da RI, adaptado de Aromataris & Munn (2020) da JBI, que integra as seguintes etapas: 1- realização da pesquisa nas diferentes bases de dados; 2- remoção dos estudos duplicados; 3- leitura e seleção dos artigos pelos títulos; 4- leitura e seleção dos artigos pelo resumo e por fim a leitura e seleção dos artigos pelo texto integral, de acordo com os critérios pré-definidos, originando os artigos a incluir na RI.

A pesquisa inicial absorve 168 estudos, à qual se adiciona 2 estudos (literatura cinzenta- pela pertinência para a RI, nomeadamente pela possibilidade de resposta ao fenómeno em estudo e por especificarem cuidados de enfermagem a populações ciganas/populações minoritárias).

Após a remoção de 26 duplicados seguiu-se a análise pelo título de 144 estudos, destes excluíram-se 100, por não obedecerem aos critérios de inclusão e por se tratarem de revisões

(explicitadas no título); de seguida procedeu-se à leitura de 44 resumos e excluíram-se 36, dos quais: 6 revisões, 5 as amostras são elegíveis, 9 não enquadram os critérios de inclusão (conceitos), 1 por ser um *Workshop*, 5 por não responderem à questão de investigação e 10 pela antiguidade (mais de 10 anos); após a leitura do texto completo dos 8 estudos, foram excluídos: 1 por falta de acesso, 1 pelo contexto (hospital), 1 pelo conceito (objetivo é explorar os pontos de conflito nos cuidados de saúde da população cigana) e 1 pela amostra (diversa e não específica enfermagem).

Após concluída a pesquisa, ficam 4 estudos disponíveis, que passam a integrar a presente RI.

De seguida o Fluxograma Prisma (2020), demonstra o processo de tomada de decisão, com base nos critérios de elegibilidade definidos para a RI, e pode ser consultado na figura 9; garantindo a replicabilidade do processo de seleção.

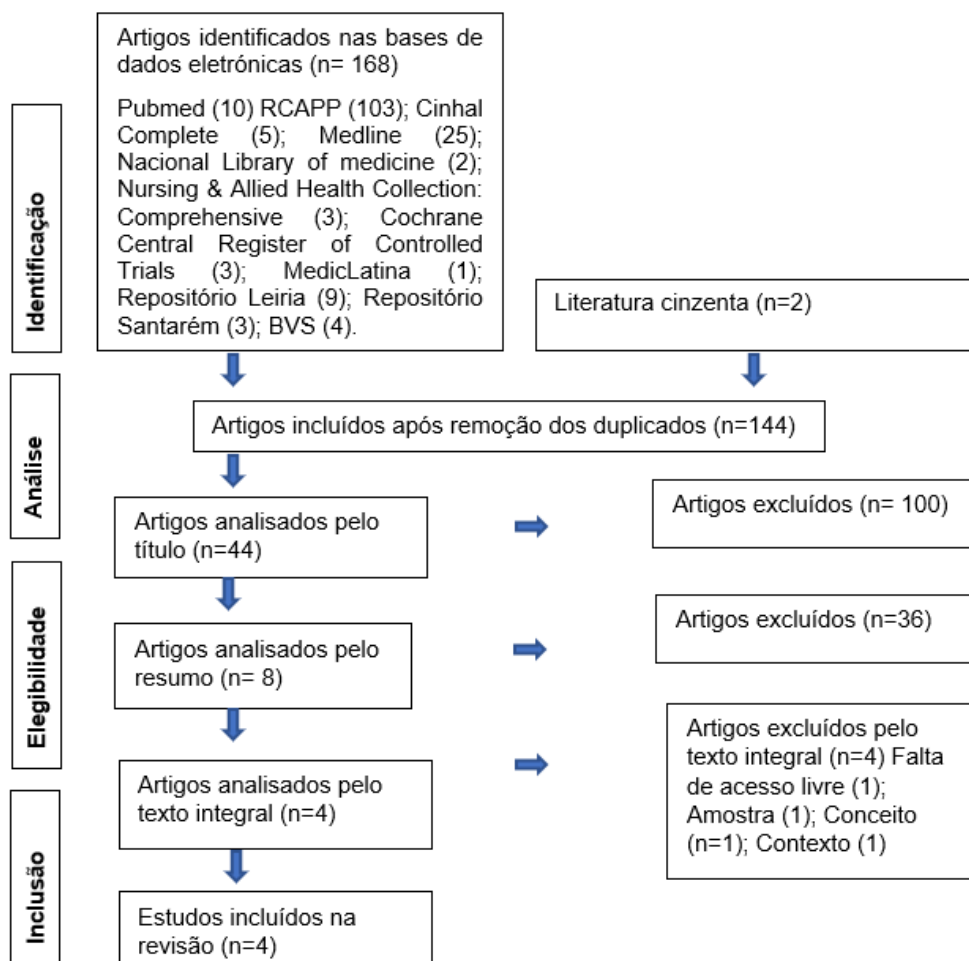


Figura 9- Fluxograma Prisma
Fonte: Adaptado The Prisma 2020 Statement (Page et al., 2020)

Os estudos selecionados que melhor respondem à questão de investigação, aos critérios de elegibilidade e aos objetivos da RI, estão expostos no quadro 4, onde se pode consultar o desenho do estudo, os títulos, os autores, o ano de publicação, o país de origem, a amostra/população, o(s) objetivo(s)/assunto de cada estudo.

Quadro 4- Artigos incluídos para avaliação da qualidade metodológica

Estudo	Desenho de estudo	Título; autor(s); ano, país de origem	Objetivo/assunto
E1	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	Qualified Nurses' Perceptions of Cultural Competence and Experiences of Caring for Culturally Diverse Patients: A Qualitative Study in Four European Countries (Antón-Solanas et al., 2022). Bélgica, Portugal, Espanha e Turquia	Analisar as perceções dos enfermeiros relativamente aos cuidados culturais e experiências com pessoas/ famílias de diversas culturas.
E2	Estudo transversal, descritivo	Competência Cultural nos Profissionais de Saúde Caso específico da relação dos profissionais de saúde com a comunidade cigana (Brito, 2016). Portugal	Reproduzir a questão da competência cultural dos profissionais de saúde em Portugal, incluindo os enfermeiros.
E3	Quantitativo, descritivo e exploratório	Experiência de enfermeiros no cuidado transcultural na atenção primária à saúde em um município de fronteira (Timóteo, 2021). Brasil	Perspetiva dos enfermeiros sobre a cultura e cuidado cultural. Identificar o cuidado de enfermagem transcultural, fundamentado no modelo Sunrise, a partir de experiências de enfermeiros. Identificar práticas culturais parentais no cuidado ao recém-nascido. Estratégias de cuidado de enfermagem transcultural adotadas por enfermeiros em CSP.
E4	Artigo	Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality: An Overview With a Historical Retrospective and a View Toward the Future (McFarland & Wehbe- Alamah, 2019)	Ajudar a descobrir, documentar, conhecer e explicar a interdependência dos cuidados e fenómenos culturais, ao mesmo tempo que se registam diferenças e semelhanças entre as culturas. Apresentar Modelo Sunrise, como um guia teórico conceptual e facilitador para prestar cuidados culturalmente competentes.

4. ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Os estudos selecionados foram sujeitos ao escrutínio de dois revisores independentes, para minimizar o risco de viés e garantir a importância dos mesmos.

Após a seleção dos 4 estudos, será necessário a avaliação crítica dos mesmos, de forma a garantir a fiabilidade e qualidade metodológica de cada um, excluindo ou reduzindo a possibilidade de viés (Aromataris & Munn, 2020).

Neste sentido procede-se à avaliação crítica de cada estudo, com uso de grelhas disponíveis pela JBI Critical Appraisal Checklist (JBI) (Aromataris & Munn, 2020).

A avaliação crítica está relacionada com a metodologia utilizada em cada estudo; nessa perspetiva a avaliação teve por base estudos transversais, qualitativos e descritivos.

Na avaliação de cada estudo, é gerado um score, que corresponde ao somatório de respostas afirmativas; a classificação da qualidade é obtida pela razão do score e o máximo aplicável ao tipo de estudo.

Os estudos com pontuação superior a 75% são classificados como sendo de boa qualidade, devem os de classificação inferior ser excluídos (JBI, 2014).

O resultado da qualidade metodológica dos estudos incluídos na RI assim como a síntese metodológica podem ser consultados no quadro 5. A avaliação crítica da JBI dos estudos selecionados na RI, encontra-se em consulta no Apêndice V.

Quadro 5– Resultado da qualidade metodológica dos estudos

Estudo	Desenho do estudo	Score de qualidade metodológica, JBI
E1	Estudo transversal, qualitativo e descritivo	87,5 %
<p>Síntese: os critérios de inclusão e de exclusão foram claramente definidos. O estudo descreve os sujeitos da amostra com detalhe, a nível sociodemográfico e cultural, assim como o contexto; trata-se de uma amostra mista (inclui enfermeiros dos CSP e do hospital). Foram usados critérios objetivos e padronizados para medir a condição, como entrevistas e questionários, com guias pré-definidos; no entanto os autores referem que houve inconsistência nas abordagens metodológicas na colheita de dados, nomeadamente: em Espanha, Portugal e Turquia foram utilizados grupos focais e na Bélgica foram realizadas entrevistas individuais, dada a situação pandémica Covid 19; não sendo possível garantir a solidez dos resultados. Os autores referem como limitação, a não inclusão dos gestores de enfermagem no estudo. Trata-se de um projeto financiado pelo programa Erasmus+ no âmbito da Ação-chave 203, com parcerias do Ensino Superior. A exposição foi medida de maneira válida e confiável, através de abordagem estatística descritiva por meio de valores de frequência e percentual para as variáveis qualitativas e de médias e desvios-padrão para as quantitativas. Através do score obtido é possível incluir o estudo na presente RI.</p>		
E2	Estudo transversal, descritivo	75%
<p>Síntese: os critérios de inclusão e de exclusão foram claramente definidos, a amostra é mista, foram incluídos outros profissionais de saúde da região centro (Portugal) para além dos enfermeiros, no entanto apenas serve de análise os resultados do grupo dos enfermeiros, correspondendo aos critérios de elegibilidade. O estudo descreve os sujeitos da amostra detalhadamente a nível sociodemográfico e profissional, assim como o contexto em que decorre. Foram usados critérios objetivos e padronizados para medir a condição, como questionários e entrevistas; foi garantido o anonimato. Os dados foram analisados de forma qualitativa e quantitativa; estes últimos com a utilização do programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), o que confere validade e fiabilidade aos resultados. Os fatores confusionais não são claramente identificados, nem as estratégias para lidar com os mesmos. Através do score obtido é possível incluir o estudo na presente RI.</p>		
E3	Estudo qualitativo, descritivo e exploratório	90%
<p>Síntese: existe no estudo congruência na perspetiva filosófica com a metodologia de investigação, da mesma forma que responde à questão de investigação. A metodologia de investigação representa coerência com os métodos utilizados na recolha de dados, nomeadamente entrevistas e questionários com guias semiestruturados. A interpretação dos resultados é congruente com a metodologia quantitativa. O investigador está localizado explicitamente no estudo, através de uma declaração. A influência do investigador no estudo e vice-versa, é pouco clara. A amostra está adequadamente identificada e representada nos estudos. Existe a confirmação da aprovação da comissão de ética para a realização do estudo. Por fim, as conclusões vão de encontro à análise e interpretação dos resultados. Através do score obtido é possível incluir o estudo na presente RI.</p>		
E4	Artigo	83%
<p>Síntese: A fonte de opinião está claramente identificada. O artigo relata a abordagem teórica de Madeleine Leininger em relação à Teoria da Diversidade e Universalidade dos Cuidados Culturais. O propósito dos autores ao descrever a Teoria relaciona-se com a questão de investigação e com os objetivos da presente RI, através da abordagem dos conceitos, quadro teórico, conceptual e critérios de inclusão, nomeadamente: cuidados competentes envolvendo: a preservação/manutenção, a adaptação/negociação e/ou RE padronização/reestruturação, expressos por padrões e práticas de cuidados de enfermagem, que sofrem influências das dimensões cultural e/ou social. O presente artigo não tem representação tendenciosa e inclusiva, limita-se à descrição da teoria e do modelo Sunrise, que apoiam a argumentação, conferindo robustez científica. Não se encontram incoerências na literatura. Através do score obtido é possível incluir o estudo na presente RI.</p>		

Feita a avaliação da qualidade dos estudos, os descritos passam a integrar a RI pela qualidade definida pelo score individual e procede-se à síntese dos estudos, de forma a facilitar a análise do revisor e a facilitar a discussão.

As seguintes sínteses, fazem alusão aos objetivos, aos métodos de investigação, às amostras, aos assuntos relevantes, às intervenções, aos resultados e às conclusões de cada estudo, que pretendem responder à questão de investigação; para responder à questão de investigação e conduzir a análise e posterior discussão, foram criados 2 subtemas, são eles: 1- Identificação de **determinantes/barreiras** aos cuidados culturalmente competentes e 2- **determinantes promotores/estratégias** aos cuidados culturalmente competentes.

As sínteses dos resultados descritivos podem ser consultadas no apêndice VI.

O estudo (E1) de Antón-Solanas et al. (2022), é um estudo transversal, qualitativo e descritivo.

A colheita de dados decorre entre maio e dezembro de 2020, com 5 grupos focais, com recurso a entrevistas e questionários e com a garantia de anonimato.

A amostra compreende 39 enfermeiros de hospitais e CSP (incluído no estudo por ser uma amostragem mista de CSP e hospital), dos quais 28,2% são gestores e 71,8% enfermeiros da equipa geral.

A média de idades corresponde a 39 anos, maioritariamente do género feminino (90%), o que pode significar que os enfermeiros já têm alguns anos de experiência profissional, 23% são solteiros, 77% casados ou em união de facto e 94,9% pertence à classe média.

Relativamente à etnia dos enfermeiros, 95% diz ser europeia; quanto à proximidade pessoal/familiar com culturas diversas, 80% refere que não pertence a família ou grupo de amigos culturalmente diversos e 10,3% refere que vive ou estuda no exterior há mais de três meses.

O objetivo definido do estudo consiste em analisar a perceção dos enfermeiros de quatro países europeus (Bélgica, Portugal, Espanha e Turquia) em relação à experiência e competência cultural no cuidado de doentes com culturas diferentes.

Os autores categorizaram o estudo da seguinte forma: 1) relevância da cultura para a enfermagem; (2) cultura no serviço de saúde; (3) qualidades dos profissionais de saúde; (4) desafios para um cuidado culturalmente competente e (5) tornar-se uma enfermeira culturalmente competente.

Os autores referem que a competência cultural é um constructo complexo, que engloba uma série de conceitos, que se relacionam, como: desejo cultural, consciência, sensibilidade, humildade, atitudes e valores como: empatia, respeito, assertividade, escuta ativa, motivação intrínseca para ajudar os outros e segurança.

O estudo revela que existem determinantes socioeconômicas, culturais, religiosas, entre outros, que podem influenciar os cuidados culturais. Os enfermeiros consideram que é difícil lidar com situações espiritualmente ou religiosamente significativas.

As dificuldades na linguagem e na comunicação, os preconceitos e estereótipos, a tendência para o etnocentrismo (origem racial, étnica), a falta de educação e formação em competências culturais, a falta de preparação dos serviços de saúde, o uso indevido dos serviços por parte

dos pacientes e frequentemente a pressão de tempo e de trabalho, também são referidos pelos autores como barreiras aos cuidados culturalmente competentes de enfermagem.

Achei interessante a referência ao Código de Ética e Conduta dos Enfermeiros Europeus, que obrigada os mesmos a prestar cuidados culturalmente competentes, respeitando a dignidade humana, os direitos humanos, o acesso justo e equitativo aos cuidados e tratamentos de qualidade para todos.

O estudo conclui que a perceção dos enfermeiros sobre a competência cultural, varia de inadequada a suficiente em que os participantes não se consideravam culturalmente competentes, ainda que estes considerem os encontros culturais, como positivos e enriquecedores; os autores referem que os serviços de saúde europeus não estão, de forma geral preparados para prestar cuidados seguros, equitativos e culturalmente congruentes a todos e que os enfermeiros precisam de se adaptar, é identificado o modelo de Campinha-Bacote como estratégia promotora para prestar cuidados culturalmente competentes, assim como: a presença de mediadores culturais, interpretes comunicacionais, a predisposição ou desejo cultural e a formação em competência cultural (nível profissional e/ou curricular), uma vez que 80% dos enfermeiros da amostra não tem formação prévia em competência cultural. Uma lacuna identificada no estudo, é que sugere a utilização do modelo de Campinha-Bacote, mas não o descreve com detalhe.

O **estudo (E2) de Brito (2016)**, corresponde a um estudo transversal, descritivo, com análise de dados estatística.

A colheita de dados tem por base a aplicação de questionários e entrevistas; este processo teve a parceria da Administração Regional de Saúde do Centro em Portugal.

O objetivo do estudo consta em reproduzir a questão da competência cultural dos profissionais de saúde em Portugal, incluindo os enfermeiros, com a etnia cigana.

A competência cultural é expressa por padrões e práticas de cuidados, que influenciavam as dimensões da estrutura cultural e/ou social.

A amostra é constituída por 196 indivíduos, 97 enfermeiros (49,5% da amostra), 85 médicos, 13 outros profissionais; verifica-se maior representatividade no grupo dos enfermeiros.

O estudo integra a RI, por ter uma amostra de enfermeiros representativa e pela sua pertinência local (representa a região centro de Portugal, local da presente RI).

Da amostra global, cerca de 75% são do género feminino e 25% do género masculino. Em relação à longevidade na profissão, 31,6% tem entre 21 e 30 anos e 27,6% entre 10 e 20 anos de profissão.

O estudo decorreu nas zonas geográficas: Coimbra (n=86), seguido de Viseu (n=48), Aveiro (n=21), Leiria (n=21), Castelo Branco (n=7) e da Guarda (n=5), Brito (2016), no período de 10 de março a 29 de abril 2016.

Os temas centrais de E2, são: 1) entendimento daquilo que é competência cultural; 2) representação e conhecimento da etnia cigana- entender o conhecimento que os profissionais de saúde têm relativamente às etnias ciganas relativamente à sua origem e às diferenças culturais, sociais e de saúde que estes indivíduos apresentam; tal como a sua perspetiva relativamente às queixas e à sua experiência com indivíduos ciganos.

Relativamente às perguntas fechadas, 86% dos enfermeiros consideram conhecer todos os valores e comportamentos do paciente e ter em conta a sua cultura; quanto à presença de um mediador cultural, 65% considera vantajosa a sua presença, desde que este não interfira com as decisões dos profissionais de saúde.

Em relação à disponibilidade para obter informação sobre determinada cultura, 71% dos enfermeiros respondem que fazem pesquisa sobre a cultura do paciente; esta resposta pode revelar o interesse pela adaptação e procura de cuidados culturalmente competentes por parte dos enfermeiros.

Esta prática pode sugerir o interesse holístico do enfermeiro em prestar cuidados culturais à família, correspondendo a necessidade de outro nível de cuidados, segundo Friedman (1998), mas que na verdade não acontece, uma vez que é reconhecido que a família serve de contexto aos cuidados culturais.

Os enfermeiros reconhecem que em caso de dúvidas 94% recorrem à família, sendo que 61% destes considera o valor cultural importante e que este deve ser respeitado e que deve ser permitida a presença da família.

O autor refere que 61% dos enfermeiros em algumas situações não sabem como agir. Esta perspetiva pode revelar a falta de competência cultural no domínio da enfermagem.

Os enfermeiros em 62% referem que as visitas aos cuidados de saúde são pontuais e espaçadas por parte da população cigana; no entanto o autor sugere que devido à situação socioeconómica, deve haver uma monitorização das famílias e um acompanhamento próximo, de preferência em conjunto com alguém da própria etnia.

Em relação aos determinantes que influenciam os cuidados culturais, 92% dos enfermeiros referem que existem estereótipos e 51% responde que são baseados em desconhecimento e são injustificados. Esta visão pode revelar a existência de preconceitos e discriminação relativamente à cultura cigana por parte dos enfermeiros. Contraditoriamente, 60% dos

enfermeiros referem que têm uma boa e normal relação com os utentes de cultura cigana e 43% que se sentem seguros.

No estudo são reconhecidos estereótipos sobre os portugueses ciganos, associados ao facto de serem nómadas, desrespeitosos, agressivos e colocam entraves à sua própria integração, podem mesmo ser “auto discriminadores”.

Em relação ao atendimento, 43% dos enfermeiros refere que adapta a sua intervenção às diferenças culturais e 43% que trata de igual forma um paciente cigano, como outro paciente. Esta ideia encontra contradição relativamente aos estereótipos reconhecidos.

Os questionários apresentam questões relacionadas com a situação socioeconómica, cultura e modo de vida e saúde; sendo que apenas a última tem interesse para a questão de investigação da RI.

Os resultados de E2 demonstraram que estes utentes se preocupam mais com a doença do que a prevenção e que existe um problema de iliteracia.

A conclusão do estudo revela que as culturas têm uma influência central na vida dos indivíduos, sendo constituída por estruturas e significados, que vão permitir a interpretação do mundo e que os estereótipos têm um impacto na forma como são atendidos nos serviços de saúde.

Existem determinantes promotores da competência cultural, os seguintes: ter em conta a diferença e respeito pelo paciente, evitar juízos de valor e adaptar a forma de agir (deve ser um processo nos dois sentidos), a forma como a informação é transmitida é fundamental, refere que a comunicação é essencial, que é necessário sensibilidade e empatia para prestar cuidados culturalmente competentes, que a presença de um mediador cultural nos serviços de saúde é importante para a negociação, que dar a conhecer casos de sucesso pode ajudar, assim como envolver um líder e ter tempo para refletir.

A reflexão dos enfermeiros deve possibilitar “...refletir sobre o porque dos pacientes ciganos quererem manter e acompanhar os seus valores e não cederem aquilo que lhes pedem e salientavam também a importância de haver um maior conhecimento”.

E2 revela que os profissionais continuam a agir de acordo com a formação em biomedicina, no entanto a experiência profissional dos enfermeiros em relação a determinados comportamentos dos utentes ciganos está a mudar, o que indicia que o processo está em desenvolvimento em Portugal; que também as políticas têm de se adaptar para lidar com a diferença sem cair no erro de segregar.

O estudo (E3) de Timoteo (2021), é um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, cujo local de origem é em Foz do Iguaçu (município com diversos grupos étnicos).

A amostra é constituída por 18 enfermeiros e a colheita de dados ocorre entre janeiro de 2020 e janeiro de 2021.

O estudo tem como referencial Teórico o Cuidado Transcultural, de Madeleine Leininger.

E3 teve como base o diagnóstico local, nomeadamente: a dificuldade de acesso e de utilização dos serviços de saúde, os problemas de comunicação/língua, de adaptação ao país/processos de aculturação, o medo, a desconfiança, as crenças, os valores culturais, os preconceito, os estereótipo, a discriminação, isolamento, fracas redes sociais, problemas psicológicos/doenças mentais, habitação precária, insalubre e sujeita a catástrofes naturais, violência, deficiência alimentar, uso de drogas e álcool, incidência de certas condições de trabalho, são fatores que tornam a população mais vulnerável.

Os objetivos do estudo consistem em compreender a perspetiva dos enfermeiros sobre cultura e cuidado cultural; identificar o cuidado de enfermagem transcultural, fundamentado no modelo Sunrise Enabler; conhecer a formação dos enfermeiros para realizar o cuidado culturalmente congruente; detetar práticas culturais parentais no cuidado ao recém-nascido.

A amostra refere que os indivíduos aprendem e reproduzem crenças, valores e costumes, vinculados na sociedade, grupos e família; esta perspetiva encontra relação no modelo de “Sunrise Enabler” de Leininger, que refere o valor das influências do meio, no indivíduo/família/grupo, nas dimensões da estrutura cultural e social.

Os enfermeiros referem que o conhecimento sobre a cultura e cuidado cultural advém das vivências e não da formação.

E3 identifica como determinantes/promotores do cuidado transcultural, os seguintes: o respeito, a criatividade, a flexibilidade, a abertura da mente dos profissionais para aceitar, o incluir e adaptar a prática de cuidado em enfermagem, valorizando a visão de mundo e as múltiplas dimensões de vida cultural e social dos indivíduos, realçando a comunicação e a compreensão cultural como pilares fundamentais para o cuidado culturalmente competente.

Os determinantes posicionam-se no modelo “Sunrise Enabler”, nas dimensões culturais e sociais, numa perspetiva holística e de influência nos cuidados de enfermagem, genéricos ou avançados, inferindo na adaptação/preservação ou (RE) padronização de acordo com a negociação e decisão do enfermeiro e utente. No que tange à preservação/manutenção do cuidado em saúde, os enfermeiros validam as expressões culturais dos indivíduos e incorporam-nas nos seus próprios cuidados. No que concerne à negociação/acomodação,

são referidas atitudes necessárias, como: o respeito pelas crenças, pelos valores, pelos costumes, de acordo com as expectativas dos indivíduos e recursos dos serviços de saúde. Nas ações de RE padronização/reestruturação, os enfermeiros devem utilizar ferramentas de negociação, na certeza de que podem não ser aceites, no entanto devem garantir o respeito pelos valores culturais.

O E3, conclui que o cuidado de enfermagem é realizado de forma empírica e intuitiva, não sustentado por um referencial teórico de enfermagem.

Refere que de acordo com o modelo Sunrise Enabler que os fatores que influenciam a saúde, são: tecnológicos, religiosos, de parentesco/companheiros e sociais, os culturais e modos de vida, os políticos e legais, os económicos e educacionais, ancorados no contexto de língua (idioma) e o ambiente em que vivem os indivíduos.

O estudo sugere a Teoria do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger, para o cuidado de enfermagem transcultural orientado pelo modelo Sunrise Enabler, a autoavaliação do enfermeiro considerando os conflitos, problemas religiosos e sociais, os obstáculos físicos e mentais e a continuidade da investigação.

O estudo (E4) de McFarland & Wehbe- Alamah (2019), corresponde a um artigo, que tem como objetivo ajudar a descobrir, documentar, conhecer e explicar a interdependência dos cuidados e fenómenos culturais, com base na Teoria da Diversidade e Universalidade dos Cuidados Culturais de Leininger, assim como descrever e conceptualizar o Modelo Sunrise Enabler (mapa cognitivo orientador, que representa as dimensões e conceitos principais da teoria, que influenciam os cuidados culturais) ancorados na estrutura social e cultural.

Os autores referem que a Teoria da Diversidade e Universalidade dos Cuidados Culturais, permite descobrir várias perspetivas sobre os cuidados, permitindo identificar semelhanças e diferenças nos cuidados.

Os enfermeiros para prestar cuidados culturais, não podem dissociar os fatores de estrutura social, visões do mundo, crenças, valores, preferências culturais do cliente, de forma a promover a cura e o bem-estar.

Segundo os autores, Leininger conceptualizou e formulou 4 princípios principais na sua teoria do cuidado cultural, nomeadamente:

1º existem diversidades e universalidades de cuidados em diferentes culturas, no mundo que devem ser respeitadas (é fundamental a descoberta dos significados e cuidados culturais);

2º a visão do mundo e fatores sociais - tais como: economia, religião, parentesco/ambiente/fatores sociais, cultura, fatores biológicos, tecnologia, política/legal,

economia e a educação; sendo que a linguagem e o contexto ambiental influenciam os cuidados genéricos (emic) e de cuidados profissionais (etic) através de significados, expressões e padrões dos cuidados culturais, em diferentes culturas. Os autores apontam que conhecer estes fatores pode torná-los significativos e satisfatórios ao indivíduo/família/grupo e consideram ainda que a sua descoberta tem que ser feita diretamente com os próprios informadores culturais;

3º tanto os fatores de saúde genéricos (emic) como profissionais (etic) em diversos contextos ambientais influenciam os resultados de saúde e de doença, e precisam de ser ensinados, pesquisados e reunidos em práticas de cuidados de saúde;

4º corresponde à conceptualização das 3 principais decisões de cuidados culturais e modos de ação utilizados no planeamento de cuidados culturais congruentes para a saúde e bem-estar ou para enfrentar a morte ou deficiências. Este último princípio corresponde à conceptualização de três principais decisões de cuidados culturais e modos de ação, utilizados para planear cuidados culturalmente congruentes ou para ajudar a enfrentar a morte ou doença, são elas: a) preservação e/ou manutenção dos cuidados culturais; b) alojamento de cuidados culturais e/ou negociação e c) RE padronização e/ou reestruturação dos cuidados culturais. Em a) as decisões a tomar pelo profissional devem: assistir, apoiar, facilitar atos ou decisões profissionais (ajudar as culturas a reter, preservar, ou manter crenças e valores de cuidados benéficos ou a enfrentar doenças, deficiências e morte; em b) o profissional deve: assistir, acomodar, facilitar e ser criativo; em c) o profissional e as instituições devem: assistir, apoiar, facilitar ações e decisões que permitam as pessoas reorganizar, mudar, modificar ou reestruturar as suas formas de vida para alcançar com eficiência padrões, práticas e resultados em saúde.

No Modelo Sunrise Enabler as dimensões cultural e social são representadas acima dos cuidados, expressões, padrões e práticas, sendo reconhecido que os fatores biológicos e outros determinantes influenciam e são influenciados pelas dimensões iniciais.

Os autores defendem que os modos de ação devem ser expressos com base em valores como: consciência, humildade, educação e ter em conta a diferença.

Os cuidados integrativos do Modelo Sunrise Enabler são considerados como "as formas seguras, congruentes e criativas de misturar conhecimentos e práticas holísticas, genéricas e profissionais de cuidados, para que o cliente experimente resultados benéficos para o bem-estar ou para melhorar uma condição humana ou uma forma de vida" (McFarland & Wehbe-Alamah, 2019, as cited in Leininger, 2002, p. 148).

Os autores propõem que o modelo sirva de proposta/ferramenta para orientar a investigação, desenvolver cursos e currículos de enfermagem para formar enfermeiros culturalmente competentes, orientar políticas, procedimentos administrativos e de liderança culturalmente competentes.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados tem por base a perceção dos enfermeiros relativamente aos cuidados culturais prestados nos serviços de saúde a indivíduos, famílias e grupos de cultura diversa, onde se enquadra a cultura/etnia cigana. A discussão tem com base os referenciais teóricos, relacionando-os com a questão de investigação enunciada, nomeadamente: quais os determinantes aos cuidados culturalmente competentes a desenvolver pelo enfermeiro de família, junto de famílias de cultura diversa, em especial cigana?

A metodologia dos estudos diverge, sendo estes de natureza qualitativa, quantitativa, descritiva e exploratória e datam de 2016 a 2022.

O método de recolha de dados em 75% dos estudos (E1, E2 e E3) baseou-se em entrevistas e questionários.

As amostras enquadram os critérios de inclusão; sendo em E2 mista, mas dado o relevo do fenómeno (maioritariamente enfermeiros e apresentar dados locais da RI), inclui-se na RI.

Relativamente aos dados sociodemográfico, os participantes são na sua maioria do género feminino em E1 e E2, sendo que E3 e E4 não fazem alusão ao género dos participantes.

Em relação à origem dos participantes, só E1 faz essa alusão e refere que 95% dos participantes têm origem na europa e que 80% não pertencem a uma família ou grupo de amigos culturalmente diversos. Este estudo revela que a cultura dominante dos participantes é europeia e que não têm experiência familiar/grupo de amigos com cultura diversa. O que pode inferir na relação interpessoal com indivíduos/famílias de cultura diversa, como comprova Caria (2022), que refere que na relação interpessoal que o enfermeiros estabelece com a pessoa, grupo, família e comunidades, ambas as partes são detentoras de um conjunto de crenças, valores e desejos da natureza individual, que resultam de experiências pessoais e que se refletem e influenciam a relação atual.

Nos estudos, os autores são unânimes em reconhecer que a cultura influencia os cuidados prestados, esta opinião relaciona-se com o conceito de cultura e de cuidados culturais universais, definidos como valores aprendidos, partilhados que guiam os cuidadores no pensamento, decisões e ações de forma padronizada e intergeracionalmente (Vieira, 2021). Leininger (1991) reforça que a cultura e os fatores culturais devem ser entendidos como essenciais dos cuidados em saúde, uma vez que permitem uma assistência mais adequada, de outra forma, os cuidados são parciais ou incompletos.

Nos cuidados culturais de enfermagem existem determinantes na estrutura social e cultural e os estudos são unânimes nessa afirmação, podendo influenciar de forma negativa ou

promover os cuidados culturais, dependendo da forma como influenciam o utente e/ou a prática de enfermagem. Estes determinantes servem para expressar fatores que intervêm na vida dos indivíduos e que são potencialmente alteráveis, Brito (2016), tais como os cuidados de enfermagem. O E3, alega que “Quando o enfermeiro não possui conhecimento sobre os valores, as crenças e as relações interculturais do indivíduo, levanta barreiras expressas com reações emocionais e comportamentos de rejeição e abandono” (Timoteo, 202, p.16).

A totalidade dos estudos refere que a linguagem/comunicação apresenta-se como uma barreira nos cuidados culturais; sendo que E1 e E3 referem-na como a principal barreira nos cuidados culturais; os estudos encontram correlação com a Teoria da Comunicação Humana, que considera a comunicação um processo social, que integra múltiplas formas de comportamento, interação, que desempenha um papel fundamental na vida das pessoas e na ordem social, e salientando que o importante não é tanto o que se comunica, mas como se comunica (Alarcão, 2000 as cited in Watzlawick et al., 1993). Os autores ainda encontram relação no 2º princípio do Modelo de Sunrise Enabler dado que a linguagem e o contexto ambiental influenciam os cuidados genéricos (emic) e de cuidados profissionais (etic) através de significados, expressões e padrões dos cuidados culturais, em diferentes culturas (McFarland & Wehbe- Alamah, 2019 as cited in Leininger, 2002).

Ainda Carvalho (2021) expressa que a linguagem/comunicação nos indivíduos/família cigana pode ser ainda mais exigente do que com outras culturas.

Os estudos E1, E2 e E3 (75%) referem que os preconceitos e os estereótipos existem; em E2 são referidos em 92% pelos enfermeiros e estão associados ao facto de os ciganos serem nómadas, desrespeitosos e agressivos; no mesmo estudo 51% dos enfermeiros responde que são baseados em desconhecimento e injustificados; o estudo encontra-se incongruência na resposta, quanto a amostra responde que a relação com a comunidade cigana é boa e normal em 60%, e 43% refere que a tratam de igual forma em relação a outros pacientes.

No âmbito dos preconceitos e estereótipos com as famílias de cultura cigana, deve-se ter cuidado com as generalizações e simplificações associadas à sua cultura, uma vez que ela nunca é a única influência e não se pode esquecer que as diferenças entre membros de um grupo podem ser marcadas (Medeiros, 2011).

O modelo biomédico e a imposição cultural mencionado em E2 e E3 respetivamente, podem constituir barreiras e conduzir a uma visão etnocêntrica, em que a visão do utente é excluída.

Esta posição encontra resposta na Teoria de Leininger, que alega que a imposição cultural, está muito presente nos cuidados de saúde, por influências do paradigma biomédico, com base no conhecimento científico para tratar e explicar as doenças, que considera a sua prática

superior a outras adotadas, originando uma relação de poder marcada, chamada de desencontro entre as culturas do profissional e do paciente (Leininger, 1991).

Existem outros determinantes (E1, E2, E3, E4) que podem ter influência nos cuidados culturais, tais como: fatores biológicos, tecnológicos, económicos, religiosos e espirituais, políticos e legais, educacionais/iliteracia. Esta influência encontra propósito no conceito de fatores de estrutura cultural e social referido por Vieira (2021), que os identifica como fatores de: parentesco, educação, religião, política, questões jurídicas, economia, tecnologia, fatores políticos, filosofia de vida, crenças culturais e valores com diferença de género e classe. Estes fatores encontram posição no 2º princípio do Modelo de Sunrise Enabler de Leininger.

A iliteracia e a situação socioeconómica em E2, são apontados como os problemas centrais na acessibilidade dos utentes ciganos aos sistemas de saúde; o estudo reforça que as comunidades ciganas por vezes colocam entraves à sua própria integração e são inclusive “auto discriminadoras” e relaciona-se com E1 que refere que os utilizadores fazem ocasionalmente uso indevido dos serviços, o que pode constituir um entrave à prestação de cuidados culturais e originar interpretações inapropriadas dos serviços e manifestações menos assertivas por parte dos profissionais. Esta atitude encontra explicação nos “... níveis elevados de discriminação, pobreza e exclusão social, bem como um forte desconhecimento e desconfiança entre pessoas não ciganas e pessoas ciganas” (Resolução do Conselho de Ministros nº 154/2018).

Os estudos são unânimes em validar que os serviços de saúde não estão preparados para prestar cuidados culturalmente competentes; E1 avalia a competência cultural nos serviços, de inadequada a suficiente e colabora com E2 referindo que o excesso de trabalho e tempo podem condicionar o cuidado cultural e a reflexão por parte dos profissionais; estes determinantes podem influenciar e comprometer abordagem pelo enfermeiro, Antón-Solanas et al. (2022) associada à falta de formação/ensino cultural. Esta abordagem mediante o nível de cuidados encontra fundamento em Friedman, 1998; e ainda pode comprometer as decisões ou modos de ação, colocando em risco os cuidados culturalmente congruentes/competentes, descritos por Leininger como cuidados genéricos (emic) e cuidados profissionais (etic) associados ao 3º princípio do Modelo de Sunrise Enabler que em diversos contextos ambientais influenciam os resultados de saúde e de doença, que precisam de ser ensinados, pesquisados e reunidos em práticas de cuidados de saúde (McFarland & Wehbe- Alamah, 2019 as cited in McFarland, 2018; McFarland & Wehbe- Alamah, 2015; Leininger, 2002, 2006).

Em relação aos fatores determinantes/promotores das práticas de enfermagem verificam-se diferenças nos estudos, enquanto 75% fazem alusão explícita a atitudes, valores e

características individuais dos enfermeiros, como: evitar juízos de valor, evitar estereótipos, adaptar a forma de agir/ter em conta a diferença, entre outros; E4 (25%) não faz menção explícita a esses determinantes, mas define conceitos, definições, proposições, que influenciam o fenómeno e que encontra harmonização com o referencial teórico de Leininger.

Em 100% dos estudos são sugeridas estratégias para melhorar os cuidados culturais ao indivíduo/família/grupo de cultura diversa, com especificidade à cultura cigana e minorias étnicas em 50% (E2, E3) e são unânimes em considerar que o respeito, a sensibilidade, a adaptação/a flexibilidade, a comunicação/escuta ativa e a formação são determinantes facilitadores fundamentais para prestar cuidados culturalmente competentes.

E2 e E3 salientam que o processo comunicacional/escuta ativa são formas eficazes de reduzir o risco e possibilitar a compreensão das necessidades do indivíduo, promover o diálogo e os encontros culturais. E2 enfatiza que é importante que os profissionais de saúde sejam capazes de identificar o que está por detrás do discurso e identificar os valores culturais dominantes, adaptando-se a crenças e comportamentos que ajudem a prestar cuidados aos indivíduos. Esta ideia encontra relevo em Carvalho (2021), quando refere que nos indivíduos/famílias ciganas, a linguagem/comunicação pode ainda ser mais exigente do que outras culturas, uma vez que estas comunidades podem assumir diferentes dialetos.

Estes determinantes encontram harmonização com Martín & Martín (2020), quando enfatiza que conhecer os modos de vida e os cuidados de saúde saudáveis, implica conhecer os valores, as crenças, o respeito pelas diferenças culturais, a aceitação, a sensibilidade para compreender como as diferenças influenciam as relações com as pessoas e a capacidade de oferecer estratégias que melhorem os encontros culturais, são requisitos essenciais para os cuidados transculturais. Da mesma forma que se harmonizam com a Teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau de 1990, que se baseia nas relações interpessoais e as considera essenciais, para que os enfermeiros e utentes possam progredir juntos.

Ainda decorrente do processo comunicacional E1 e E2, referem que a empatia, a assertividade, o desejo cultural e podem determinar a qualidade dos cuidados culturais, no entanto, quanto à presença de um mediador/líder apresentam discordâncias; enquanto E1 refere que a presença dos mediadores culturais pode ser importante quando surge o conflito entre o pessoal de saúde e os utentes de grupos culturais minoritários, desde que não interfira com os cuidados, E2 reposta que um mediador cultural pode ajudar a preencher lacunas entre o modelo biomédico e as culturas diversas, e ainda reforça que os profissionais de saúde têm dificuldade em aceitar a presença de um antropólogo (mediador cultural) nos centros de saúde, que no seu entender podia alterar o paradigma das práticas culturais e facilitar o encontro entre os intervenientes. E2 coaduna-se com o Plano Estratégico para as Migrações

do Alto-Comissário para as Migrações, que a integração de mediadores interculturais na Função Pública (Alto-Comissário para Migrações, I.P., s. d.).

Ainda E2 aponta a presença do líder- matriarca, patriarca da família do grupo (figuras de “poder”) como determinante facilitador nos cuidados culturais, que normalmente é uma pessoa mais velha e com capacidade para ‘convencer’ o utente a aderir às medidas de prevenção, na cultura cigana.

Os autores de E3 e E4 consideram que a criatividade pode ajudar na relação/cuidados culturais competentes entre utente e enfermeiro; E1 acrescenta que a humildade, a motivação intrínseca para ajudar os outros, inculcar segurança e o Modelo de Campinha- Bacote, podem ser importantes facilitadores na prestação dos cuidados de enfermagem culturais; o estudo não descreve o Modelo de Campinha- Bacote, deixando uma lacuna no conhecimento.

Apenas E2 refere a presença da família durante prestação de cuidados culturais como necessária; no entanto encontra conciliação com os autores de E3 e E4 quando referem que conhecer os fatores culturais do 2º princípio do Modelo de Sunrise Enabler permite cuidados significativos e satisfatórios para as famílias. Que encontra razão nos autores: em Carneiro (2018) que menciona que a competência cultural melhora os resultados e a satisfação das famílias, uma vez que muitos grupos etnoculturais valorizam a qualidade relacional e, portanto, o cuidado altamente interpessoal, e em Friedman (1998) que alega que a abordagem do EF pode acontecer numa dimensão mais macroscópica, considerando a pessoa/família como um subsistema da sociedade.

As atitudes/características dos enfermeiros mencionadas na discussão relacionam-se com o Cuidar em enfermagem Baseado nas Forças de Laurie Gottlieb, nomeadamente no que refere às forças de mentalidade, forças de conhecimento e saber, forças de relação e forças de defesa (Gottlieb, 2016).

Os autores de E3 e E4, referem que os cuidados genéricos e profissionais (avançados em E3) interferem no modo de ação, nomeadamente na preservação, negociação ou (RE) padronização, em função da e decisão do enfermeiro e utente. Em que na preservação/manutenção as decisões a tomar pelo profissional devem: assistir, apoiar, facilitar atos ou decisões profissionais; na negociação/acomodação o profissional deve: assistir, acomodar, facilitar e ser criativo e na (RE) padronização/restruturação o profissional e as instituições devem: assistir, apoiar, facilitar ações e decisões que permitam as pessoas reorganizar, mudar, modificar ou reestruturar as suas formas de vida para alcançar com eficiência padrões, práticas e resultados em saúde.

O único estudo que menciona autoavaliação do enfermeiro como determinante promotor dos

cuidados culturalmente competentes é o E3 que se coaduna com Domingos (2019) que alude que as experiências e as relações num determinado contexto, conjugadas com a teoria, devem conduzir a uma prática de enfermagem reflexiva, de forma que o enfermeiro possa ser capaz de observar, intuir e refletir. No entanto E1 e E2 correspondem a uma “autoanálise” dos enfermeiros, refletida nas suas perceções de cuidados culturais.

A sugestão dos autores de E3 e E4 para prestar cuidados culturalmente competentes passa por aplicar a teoria de Leininger do cuidado transcultural, com a aplicação do Modelo de Sunrise Enabler. Os estudos concordam na formação e modos de ação fundamentada no Modelo, no entanto os autores de E4 vão mais longe e referem que este pode ser utilizado para orientar a investigação, políticas, procedimentos administrativos e lideranças culturalmente competentes. E4 encontra fundamento em Martín & Martín (2020), quando refere que a diversidade cultural no planeamento de cuidados e programas de saúde, deve constituir um elemento de avaliação na enfermagem.

Os autores dos estudos encontram concordância no que refere à necessidade formativa no âmbito cultural, com relevo nos currículos académicos, que se relaciona com o conceito de cuidados profissionais (etic) descritos como cuidados formais e práticas conseguidas através de instituições de ensino (vieira, 2021).

6. SÍNTESE DO CONHECIMENTO

A presente RI resultou da inquietação enquanto aluna de Mestrado de Saúde Familiar com as famílias de cultura cigana, pelo absentismo às consultas de vigilância, nomeadamente saúde materna e saúde infantil e conseqüentemente a não vigilância destas famílias de forma regular e ao longo do ciclo vital; com base na percepção de que a conceção de saúde na cultura cigana é diferente da forma como é definida pela sociedade em geral e pelo facto de não existir nenhum programa ou projeto vigente com estas comunidades, altamente vulneráveis, quer sob o ponto de vista sociocultural, quer do ponto de vista da saúde.

O seguinte Quadro 6 pretende fazer a síntese das etapas da RI de forma a proporcionar ao leitor uma avaliação clara e crítica dos resultados.

Quadro 6- Síntese do conhecimento- Etapas da RI
(continua)

Etapas da RI	Síntese do conhecimento	
Objetivo	Identificar determinantes da prática de enfermagem transcultural pelos enfermeiros de família com indivíduos/famílias de cultura diversa, nomeadamente as famílias de cultura cigana; Relacionar os determinantes com o referencial teórico.	
Questão de pesquisa	Quais os determinantes aos cuidados culturalmente competentes a desenvolver pelo enfermeiro de família, junto de famílias de cultura diversa, em especial cigana?	
Crítérios para inclusão e exclusão	Crítérios para inclusão	
	P	Enfermeiros que prestam cuidados a indivíduos/ famílias com cultura diversa.
	P	Cuidados culturalmente competentes; Expressos por Padrões e práticas de expressões de cuidado; Influenciam as várias dimensões da estrutura cultural e/ou social.
	C	CSP
Termos e Descritores	MeSH	DeCS
	roma	roma (grupo étnico)
	family nursing	enfermagem familiar
	transcultural nursing	enfermagem transcultural
	culturally competent care	assistência à saúde culturalmente competente
	primary health care	atenção primária à saúde
Definição da informação e categorização dos estudos	Conjugações	
	roma AND "family nursing" AND "transcultural nursing" OR "Culturally Competent Care" AND "primary health care"	CINAHL complete (5); MEDLINE Complete (25); Cochrane Central Register of Controlled Trials (3); Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive (3); MedicLatina (1).
	roma AND "transcultural nursing"	Biblioteca virtual em saúde (4)
	roma* AND "family nursing"	RCAAP (8)
	"enfermagem transcultural"	RCAAP (95)
	roma and "family nursing" and "transcultural nursing" and "Culturally Competent Care"	Repositorio Leiria (9); Repositorio Santarém (3)
	"culturally competent care" AND "transcultural nursing"	Pubmed (9 +1 *)
	"culturally competent care" AND "transcultural nursing" AND roma	Nacional Library of Medicine (2)
Literatura cinzenta	(2)	

(conclusão)

Etapas	O estudo segue a metodologia proposta por Mendes, Silveira & Galvão (2008) que integra 6 etapas metodológicas: 1ª identificação do tema e questão de pesquisa para a elaboração da RI; 2ª critérios para inclusão e exclusão de estudos; 3ª definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; 4ª avaliação dos estudos incluídos na RI; 5ª interpretação dos resultados; 6ª apresentação da revisão/síntese do conhecimento.
---------------	--

De seguida por forma a dar continuidade à síntese do conhecimento são apresentados os quadros 7, 8, 9 e 10 referentes a cada estudo selecionado na RI, identificando o estudo, o título, o autor, o país, os objetivos, a avaliação da qualidade e respetiva síntese, com base na questão de investigação, dando relevância aos subtemas: determinantes-facilitadores/barreiras; estratégias/ações expressos por padrões e práticas de cuidados.

Quadro 7- Síntese do conhecimento- Interpretação dos resultados E1

Síntese do conhecimento		
Estudo/ Etapas da RI	Título; autor(s); ano, país de origem	Objetivo
E1	Qualified Nurses' perceptions of cultural Competence and Experiences of Caring for culturally Diverse Patients: a qualitative study in Four european countries. (Antón-Solanaset al., 2022) Bélgica, Portugal, Espanha e Turquia	Analisar as perceções dos enfermeiros aos cuidados culturais e experiências com pessoas/ famílias de diversas culturas.
Avaliação da qualidade E1	Estudo quantitativo, descritivo e transversal; Score 87,5 % . Síntese: os critérios de inclusão e de exclusão foram claramente definidos. O estudo descreve os sujeitos da amostra detalhadamente a nível sociodemográfico e cultural, assim como o contexto. Foram usados critérios objetivos e padronizados para medir a condição, como entrevistas e questionários, com guias pré-definidos e garantido o anonimato; no entanto os autores referem que houve inconsistência nas abordagens metodológicas na colheita de dados, nomeadamente: em Espanha, Portugal e Turquia foram utilizados grupos focais e Bélgica foram realizadas entrevistas individuais, dada a situação pandémica Covid 19 no país, constatando-se que não é possível garantir a solidez dos resultados. Os autores referem como limitação, os gestores de enfermagem não incluírem o estudo. Trata-se de um projeto financiado pelo programa Erasmus + no âmbito da Ação-chave e Parcerias Estratégicas para o Ensino Superior. A exposição foi medida de maneira válida e confiável, através de uma abordagem estatística descritiva por meio de valores de frequência e percentual para as variáveis qualitativas e de médias e desvios-padrão para as quantitativas. Através do score obtido é possível incluir o estudo na presente RI.	
Interpretação/ Síntese dos resultados E1	A amostra é constituída por 39 enfermeiros de hospitais e CSP, cuja média de idades é de 39 anos, 90% do género feminino, 95% etnia europeia; 80% não tinham formação prévia em competência cultural; a colheita de dados decorreu entre maio e dezembro de 2020; o método de recolha compreendeu entrevistas e questionários; Os determinantes identificados como barreiras aos cuidados culturalmente competentes, foram: socioeconômicas, culturais, religiosas; manifestados por: linguagem/comunicação, preconceitos e tendência para o etnocentrismo, falta de educação e formação em competências culturais, a falta de preparação dos serviços de saúde, o uso indevido dos serviços por parte dos pacientes, e frequentemente a pressão de tempo e de trabalho. Como determinantes promotores/estratégias dos cuidados culturais, são referidos atitudes e valores como: o respeito, empatia, assertividade, sensibilidade, humildade, escuta ativa, adaptação, motivação intrínseca para ajudar os outros, desejo cultural e segurança. São referidas como estratégias para os cuidados culturalmente competentes, as seguintes: a presença de mediadores culturais, interpretes comunicacionais, ter tempo, incutir confiança, formação em competência cultural (profissional e curricular). A percepção dos enfermeiros sobre a competência cultural, varia de inadequada a suficiente. O estudo conclui que os serviços não estão preparados para prestar cuidados seguros, equitativos e culturalmente congruentes a todos.	

Quadro 8- Síntese do conhecimento- Interpretação dos resultados E2

Síntese do conhecimento		
Estudo/ Etapas da RI	Título; autor(s); ano, país de origem	Objetivo
E2	Competência Cultural nos Profissionais de Saúde. Caso específico da relação dos profissionais de saúde com a comunidade cigana (Brito, 2016). Portugal	Reproduzir a questão da competência cultural dos profissionais de saúde, mais especificamente no seu contacto com a etnia cigana, expressa por padrões e práticas de cuidados e de que forma influenciavam as dimensões da estrutura cultural e/ou social.
Avaliação da qualidade E2	Estudo transversal, descritivo; Score 75%. Síntese: os critérios de inclusão e de exclusão foram claramente definidos, incluindo médicos e enfermeiros da região centro (Portugal); incluído na RI pela sua relevância local e apenas se fez a leitura dos dados dos enfermeiros na RI. O estudo descreve os sujeitos da amostra detalhadamente a nível sociodemográfico e profissional, assim como o contexto em que decorre. Foram usados critérios objetivos e padronizados para medir a condição, como: questionários e entrevistas e foi garantido o anonimato. Os dados foram analisados de forma qualitativa e quantitativa; estes últimos com a utilização do programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), o que confere validade e fiabilidade aos resultados. Os fatores confusionais não são claramente identificados, nem as estratégias para lidar com os mesmos. Através do score obtido é possível incluir o estudo na presente RI.	
Interpretação/ Síntese dos resultados E2	A amostra é composta por 196 indivíduos, 49,5% enfermeiros; 74,5% deste são do género feminino; 31,6% entre 21 e 30 anos e 27,6% entre 10 a 20 anos de profissão; o estudo decorreu nas zonas geográficas: Coimbra (n=86), Viseu (n=48), Aveiro (n=21), Leiria (n=21), Castelo Branco (n=7) e Guarda (n=5). Decorre entre 10 de março a 29 de abril 2016 e teve a colaboração da Administração Regional de Saúde do Centro. Os determinantes identificados como barreiras aos cuidados culturalmente competentes, na estrutura socioeconómica e cultural: comunicação/linguagem, preconceitos, estereótipos, discriminação baseada na origem étnica, auto discriminação e iliteracia. Como determinantes promotores/estratégias dos cuidados culturais, são referidos atitudes e valores como: respeito; sensibilidade; empatia; interesse cultural; ter em conta a diferença do paciente, evitar juízos de valor, adaptar a forma de agir; ser assertivo, promover uma comunicação eficaz, presença do mediador cultural de forma a facilitar a negociação (antropólogo), presença da família, conhecer valores e culturas, evitar estereótipos, dar a conhecer casos de sucesso, envolvimento de um líder, ter tempo para refletir, formação cultural. O estudo conclui que os profissionais continuam a agir de acordo com a formação em biomedicina, no entanto a experiência profissional modificou a opinião relativamente a determinados comportamentos dos utentes ciganos. Segundo o autor é um processo em desenvolvimento em Portugal e carece de políticas ajustadas.	

Quadro 9- Síntese do conhecimento- Interpretação dos resultados E3

(continua)

Síntese do conhecimento		
Estudo	Título; autor(s); ano, país de origem	Objetivo
E3	Experiência de enfermeiros no cuidado transcultural na atenção primária à saúde em um município de fronteira (Timóteo, 2021). Brasil	Perspetiva dos enfermeiros sobre a cultura e cuidado cultural. Identificar o cuidado de enfermagem transcultural, fundamentado no modelo Sunrise, a partir de experiências de enfermeiros. Identificar práticas culturais parentais no cuidado ao recém-nascido. Estratégias de cuidado de enfermagem transcultural adotadas por enfermeiros em CSP.
Avaliação da qualidade E3	Estudo qualitativo, descritivo e exploratório; Score 90%. Síntese: existe congruência na perspectiva filosófica com a metodologia de investigação, da mesma forma que responde à questão de investigação. A metodologia de investigação representa coerência com os métodos utilizados na recolha de dados, nomeadamente entrevistas e questionários com guias semiestruturados. A interpretação dos resultados é congruente com a metodologia quantitativa. O investigador está localizado explicitamente no estudo, através de uma declaração. A influência do investigador no estudo e vice-versa, é pouco clara. A amostra está adequadamente identificada e representada nos estudos. Existe a confirmação da aprovação da comissão de ética para a realização do estudo. Por fim as conclusões vão de encontro à análise e interpretação dos resultados. Através do score obtido é possível incluir o estudo na presente RI.	
Interpretação/ Síntese dos resultados E3	A amostra é composta por 18 enfermeiros e o estudo é realizado em Foz do Iguaçu, Brasil. Decorre entre janeiro de 2020 e janeiro de 2021. O estudo tem como base o referencial Teórico o Cuidado Transcultural, de Madeleine Leininger. Envolve 3 outros estudos, cujos objetivos eram: identificar o cuidado de enfermagem transcultural, fundamentado no modelo Sunrise, expresso por padrões e práticas culturais dos enfermeiros; conhecer a perspetiva dos enfermeiros sobre cultura e cuidado cultural, bem como sobre a formação necessária	

(conclusão)

	<p>para realizar o cuidado culturalmente congruente; identificar práticas parentais no cuidado cultural ao recém-nascido e intervenções de enfermagem no cuidado transcultural, na realização de puericultura.</p> <p>Os determinantes identificados como barreiras aos cuidados culturalmente competentes, associados à estrutura socioeconómica e cultural, foram: dificuldade na acessibilidade aos serviços de saúde, problemas de comunicação/língua, aculturação, preconceitos, estereótipos, discriminação associada ao uso de substâncias, violência, que conduzem a sentimentos de medo, desconfiança e isolamento.</p> <p>Como determinantes promotores/estratégias dos cuidados culturais, são referidos atitudes e valores, como: respeito pelas diferenças culturais, sensibilidade, criatividade, evitar estereótipos, a comunicação, a compreensão cultural, a abertura da mente dos profissionais para aceitar, incluir e adaptar a prática de cuidado em enfermagem, numa visão holística e nas dimensões cultural e social dos indivíduos.</p> <p>Na dimensão cultural e social, são referidos como fatores determinantes, os seguintes: tecnológicos, religiosos e espirituais, de parentesco/companheiro e sociais, valores culturais, crenças e formas de vida, políticos e legais, económicos, educacionais e biológicos em determinado contexto ambiental. Estes determinantes são representados como raios solares no modelo Sunrise Enabler de Leininger. O modo de ação está associado às práticas e saberes populares, ancorados à cultura, às crenças e valores culturais, correspondendo ao modo de preservação/manutenção dos cuidados do modelo de Sunrise Enabler. O autor refere que podem existir outros modos de ação, como a negociação e/ou reestruturação do cuidado cultural.</p> <p>Como conclusão refere que a formação profissional e académica, reorganização do modelo assistencial, a criação de políticas públicas e ambientes favoráveis e a utilização modelo Sunrise Enabler, são sugestões para a melhorar os cuidados culturais, tal como a autoavaliação do enfermeiro, considerando os conflitos éticos e raciais, problemas religiosos e sociais e obstáculos físicos e mentais.</p> <p>É recomendado que a Teoria do Cuidado transcultural seja utilizada por gestores de saúde, para balizar a prática do cuidado de enfermagem.</p>
--	--

Quadro 10- Síntese do conhecimento- Interpretação dos resultados E4

(continua)

Síntese do conhecimento		
Estudo	Título; autor(s); ano, país de origem	Objetivo
E4	Teoria da Cultura de Leininger Cuida da Diversidade e Universalidade: Uma Visão Geral Com uma Retrospectiva Histórica e uma Visão Voltada para o Futuro (McFarland & Wehbe- Alamah, 2019)	Ajudar a descobrir, documentar, conhecer e explicar a interdependência dos cuidados e fenómenos culturais, ao mesmo tempo que se registam diferenças e semelhanças entre as culturas. Apresentar Modelo Sunrise Enabler, como um guia teórico conceptual e facilitador para prestar cuidados culturalmente competentes.
Avaliação da qualidade E4	Artigo; Score 83%. Síntese: A fonte de opinião está claramente identificada. O artigo relata a abordagem teórica, de Madeleine Leininger em relação à Teoria da Diversidade e Universalidade dos Cuidados Culturais. O propósito do autor ao descrever a Teoria relaciona-se com a questão de investigação e com os objetivos da presente RI através de uma abordagem aos conceitos definidos nos critérios de inclusão, nomeadamente: cuidados competentes envolvendo: a preservação/manutenção, a adaptação/negociação e/ou (RE) padronização/ reestruturação, expressos por padrões e práticas de cuidados de enfermagem, que sofrem influências das dimensões cultural e/ou social. O presente artigo não tem representação tendenciosa e inclusiva limitando-se à descrição da teoria e do modelo Sunrise Enabler, que apoiam a argumentação, conferindo robustez científica. Não se encontram incoerências na literatura em defesa. Através do score obtido é possível incluir o estudo na presente RI.	
Interpretação/ Síntese dos resultados E4	Referência à Teoria da Diversidade e Universalidade dos Cuidados Culturais, que segundo Leininger, permite descobrir várias perspetivas sobre os cuidados, permitindo identificar semelhanças e diferenças. Os fatores da estrutura social, não devem ser dissociados das visões do mundo, crenças, valores, preferências culturais do cliente, de forma a promover a cura e o bem-estar, tendo em conta o respeito pelas diferenças culturais. O modelo Sunrise Enabler é apresentado como guia para o cuidado cultural, representando as dimensões cultural e social acima dos cuidados, expressões, padrões e práticas culturalmente competentes. São identificados como determinantes promotores/estratégias no cuidado/práticas de enfermagem cultural , quatro princípios, segundo Leininger, nomeadamente: 1º existem diversidades e universalidades de cuidados em diferentes culturas, no mundo (fundamental a descoberta dos significados e cuidados culturais); 2º a visão do mundo e fatores sociais (identificados como raios de sol), tecnologia, religião, família e parentesco, valores, crenças, práticas culturais, política e justiça, economia e educação; estes fatores sofrem influência dos fatores biológicos e permitem a satisfação cultural nos cuidados significativos à pessoa, grupo ou à família; 3º tanto os fatores de saúde genéricos (emic) ou o ponto de da pessoa/família sobre significados, padrões e expressões, como profissionais (etic) em diversos contextos ambientais influenciam os resultados de saúde e de doença; 4º conceptualização das 3 principais decisões de cuidados culturais e modos de ação utilizados para planear cuidados culturalmente congruentes para saúde e bem-estar ou para enfrentar a morte ou deficiências; estes 3	

(conclusão)

	modos ações, são: a) preservação e/ou manutenção dos cuidados culturais; b) alojamento de cuidados culturais e/ou negociação e c) RE padronização e/ou reestruturação dos cuidados culturais. São referidos como fatores promotores dos cuidados, atitudes e valores como: consciência, criatividade, humildade, sensibilidade, ter em conta a diferença, adaptar a forma de agir e comunicação eficaz. Os autores sugerem a utilização do modelo para orientar a investigação; desenvolver cursos e currículos de enfermagem; orientar políticas/procedimentos administrativos e de liderança culturalmente competentes.
--	---

Os seguintes gráficos 1 e 2 pretendem de forma objetiva explicar os determinantes que influenciam os cuidados de enfermagem culturais e fazer a síntese da discussão dos resultados dos estudos.

Determinantes/barreiras aos cuidados culturais

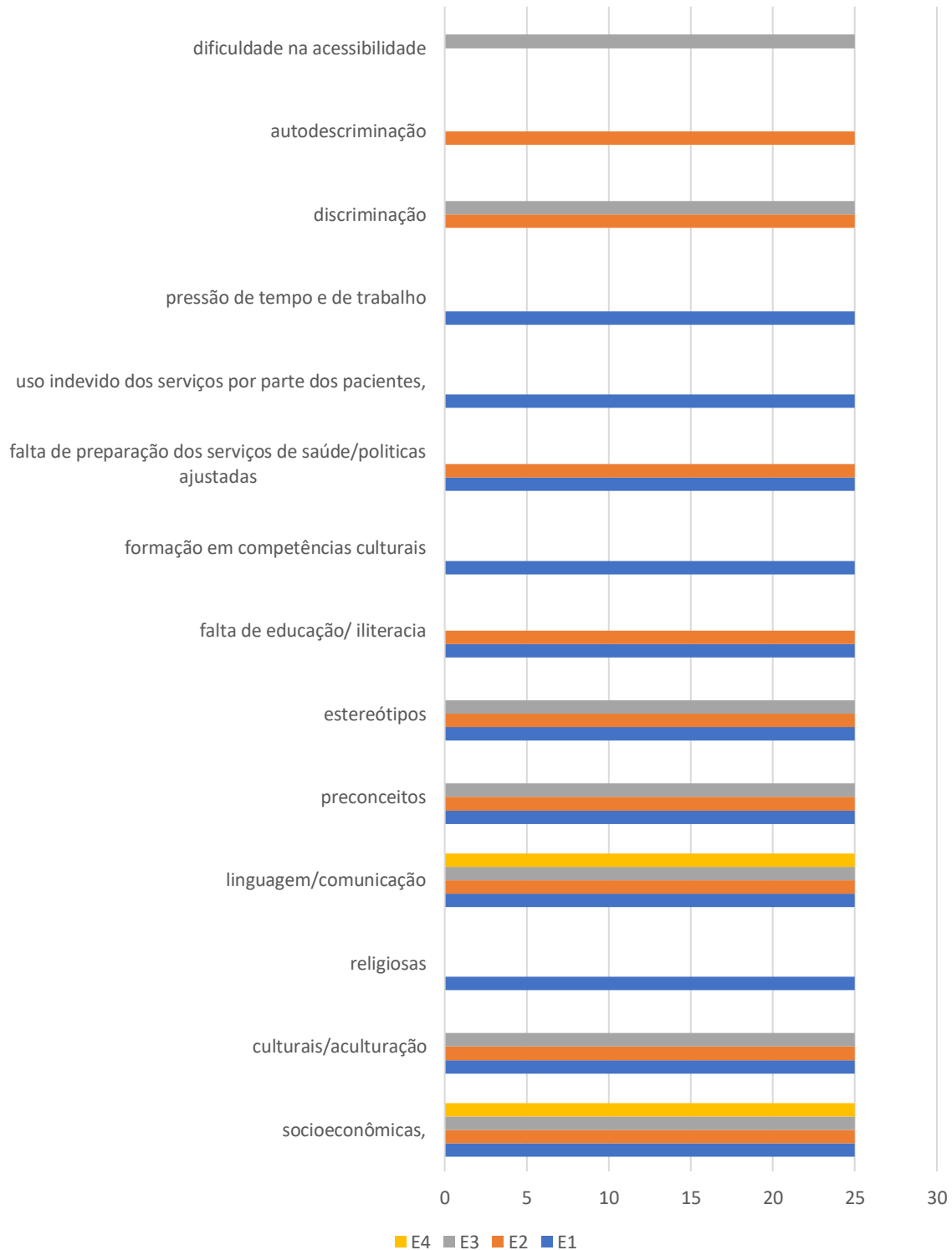


Gráfico 1- Determinantes identificados como barreiras aos cuidados culturais

Determinantes promotores cuidados culturais

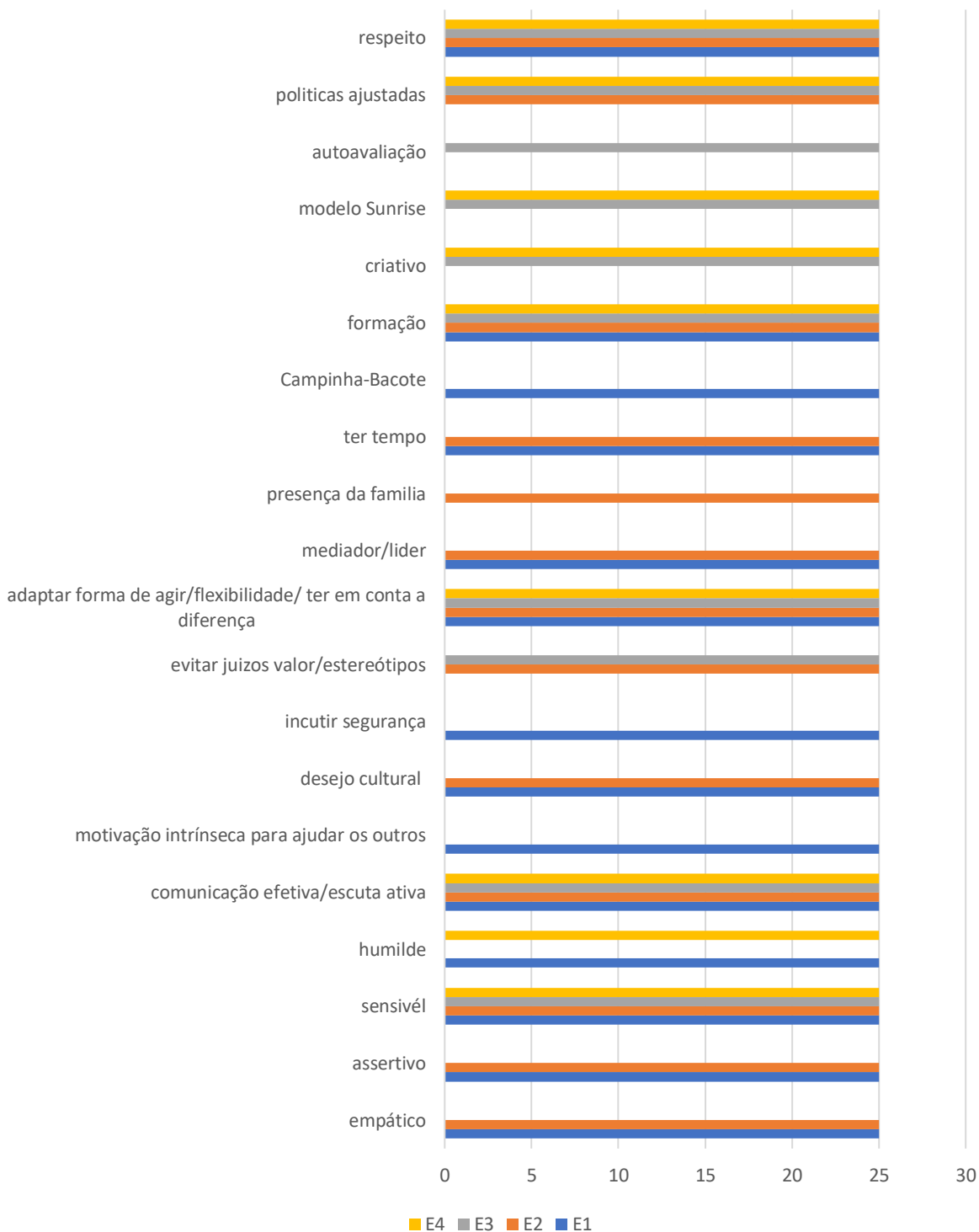


Gráfico 2- Determinantes promotores/estratégias no cuidado/práticas culturais

CONCLUSÃO

A presente RI teve como ponto de partida uma revisão de Scoping efetuada em 2022, sobre multiculturalidade, cujo objetivo era mapear conhecimento relativamente aos fatores promotores dos cuidados culturais de enfermagem com famílias imigrantes, que deixou algumas lacunas no conhecimento, nomeadamente: não menciona as famílias de cultura cigana e o referencial teórico não corresponde ao conceptualizado na presente revisão.

A RI emergiu do desafio atual, que a equipa de enfermagem da USF Stephens enfrenta no cuidado de famílias de cultura diversa, nomeadamente as famílias ciganas e que encontra expressão nos determinantes dos cuidados culturais.

Com base na perceção dos enfermeiros, a RI tem a pretensão de responder à questão de investigação: quais os determinantes aos cuidados culturalmente competentes a desenvolver pelo enfermeiro de família, junto de famílias de cultura diversa, em especial cigana?

Foram criados 2 subtemas, para permitir resposta ao fenómeno, nomeadamente: a) identificar determinantes/barreiras aos cuidados culturalmente competentes e b) identificar determinantes promotores/estratégias no cuidado/práticas de enfermagem cultural.

Na análise dos estudos constata-se que existem determinantes que influenciam as decisões e modos de ação dos enfermeiros junto das famílias ciganas, ancorados na estrutura social e cultural.

A análise teve em conta o referencial teórico de Madeleine Leininger, mais propriamente o Modelo de Sunrise Enabler, no entanto não menosprezou outras fundamentais para a compreensão do fenómeno, tais como: a Teoria da Comunicação Humana, a Teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau, a Teoria do Alcance de Metas de Imogene King, o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, a Teoria da Organização Sistêmica da Família de Marie-Luise Friedman e o SBC de Laurie Gottlieb. A análise ainda refere conceitos e definições fundamentais para a compreensão da prática de enfermagem transcultural.

O modelo de Sunrise Enabler de Leininger demonstra vantagens na prestação de cuidados culturais às famílias, numa perspetiva sistêmica, dinâmica e prática de forma a responder às novas necessidades de saúde dos CSP.

Nos estudos que integram a RI, identificaram-se 14 determinantes que podem constituir barreiras nos cuidados de enfermagem às famílias culturalmente diferentes, nomeadamente: dificuldade na acessibilidade, discriminação, auto discriminação, pressão de tempo e de trabalho, uso indevido dos serviços por parte dos utilizadores, falta de preparação dos

serviços de saúde, falta de formação em competências culturais, falta de educação/iliteracia, estereótipos, preconceitos, fatores religiosos, culturais e socioeconómicos.

Alguns determinantes que se constituem como barreiras, também servem de guia nas decisões e modos de ação; assim podem servir como estratégias precursoras para os cuidados culturalmente competentes de enfermagem às famílias de cultura diversa/ciganas.

No estudo foram identificados 20 determinantes promotores, tais como: respeito, empatia, assertividade, sensibilidade, humildade, comunicação efetiva/escuta ativa, motivação intrínseca para ajudar os outros, desejo cultural, incutir segurança, evitar juízos de valor/estereótipos, adaptar a forma de agir/flexibilidade/ter em conta a diferença, presença da família, mediador/o líder, ter tempo, ser criativo, modelo de Campinha- Bacote, formação, políticas ajustadas, autoavaliação e por fim o Modelo de Sunrise Enabler.

Os princípios do Modelo de Sunrise Enabler dão resposta à questão de investigação, possibilitando a identificação dos determinantes e concebendo decisões e modos de ação ancorados na estrutura social e cultural.

Salientam-se algumas limitações na realização do estudo, como: a escassa literatura relacionada com os cuidados de enfermagem às famílias de cultura cigana, motivo pelo qual não se balizou o friso cronológico inicial e o acesso limitado a alguns estudos.

A utilização de ferramentas disponíveis pela JBI constituíram recursos importantes e facilitadores na progressão da RI.

A RI tem como pretensão melhorar a prática de enfermagem cultural às famílias de cultura diversa/cigana e contribuir para a satisfação e realização cultural dos enfermeiros de família, como resposta às estratégias definidas pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 154/2018, com alargamento até 2022, que não se encontram totalmente satisfeitas.

Um estudo quantitativo futuro, com aplicação de uma escala de satisfação dos enfermeiros, antes e depois da aplicação do Modelo de Sunrise Enabler, poderia ser interessante para comprovar a sua efetividade e os ganhos em saúde.

CONCLUSÃO INTEGRATIVA

Ao longo do percurso teórico e prático em contexto do Mestrado de Saúde Familiar, a reflexão acerca dos cuidados prestados com o foco na família, fez emergir questões relacionadas com a sua complexidade enquanto unidade sistémica, numa sociedade em evolução e multicultural.

Os estágios constituíram momentos de aprendizagem reflexiva e permitiram interagir com as famílias em diferentes contextos de vulnerabilidade, inclusive com famílias de cultura diversa e cigana, com vulnerabilidades ao nível cultural e social.

Nesse âmbito surgiu a necessidade de identificar determinantes aos cuidados culturalmente competentes a desenvolver pelo enfermeiro de família, junto de famílias de cultura diversa, em especial cigana.

A abordagem sistémica às famílias culturalmente diferentes encontra suporte na estrutura social e cultural, que dependendo da abordagem do EF pode ou não comprometer a relação terapêutica estabelecida entre o enfermeiro-família e os cuidados culturais, assim como a satisfação dos próprios.

A interação com as famílias de cultura diversa/cigana fundamentada em referências teóricas e académicas constituiu um contexto privilegiado de conhecimento, que possibilitou a prestação de cuidados de enfermagem culturalmente competentes, numa perspetiva global e de equifinalidade.

O sistema familiar foi entendido como gerador de intervenção, na medida que integra subsistemas, que interagem entre si e com sistemas mais amplos, sendo previsíveis alterações no ciclo vital.

Durante os estágios foi assumida uma postura de proximidade com a família, que possibilitou um conhecimento profundo da mesma, relativamente à sua estrutura, organização, relações, papéis e redes de suporte.

No processo de cuidados de enfermagem à família foram mobilizados conhecimentos da formação académica, assim como teorias e modelos que contribuiram para a qualidade dos cuidados e demonstraram a prática baseada na evidência.

Este percurso, que termina com o presente relatório permitiu a análise crítico-reflexiva acerca dos cuidados generalistas e cuidados especializados, que confirmou a necessidade urgente de dotar as USF com EESF, de modo a alterar o nível de cuidados de enfermagem e garantir uma abordagem especializada a todas as famílias, de acordo com Friedman.

A possibilidade de cuidados especializados com o foco na família, no futuro pode trazer ganhos inestimáveis ao nível da estrutura socioeconómica e cultural, para as famílias, profissionais e país.

A EESF tem ainda um caminho a percorrer, para se afirmar perante as entidades políticas; um dos constrangimentos verificados em contexto de estágio, foi o não cumprimento das dotações seguras previstas pela OE, o que pode comprometer os cuidados de enfermagem à família do ponto de vista sistémico, nomeadamente no explorar de determinantes de saúde globais, que interfiram com processos de transições do ciclo vital, situações de crise, comprometendo a sua progressão e autonomia.

No âmbito dos estágios, o futuro mestre conduz os modos de ação com base nos conhecimentos teóricos, científicos e académicos, de forma a progredir com as famílias, numa relação de confiança e colaborativa, que tem como objetivo desenvolver a capacitação e autonomia das famílias na gestão da sua saúde, crises e doenças.

Foi possível desenvolver inúmeros processos de cuidados, em parceria com as famílias, algumas de cultura diversa, em diferentes contextos, em que os modelos de avaliação e intervenção desempenharam importante valor, tais como o de Modelo de Calgary e o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, fundamentados em referenciais teóricos; o MDAIF foi o que adquiriu maior expressão na prática de cuidados, por se adequar à linguagem CIPE e pela consecução de registos na plataforma, com o cumprimento da matriz operativa.

Nos processos desenvolvidos em parceria com as famílias, destacaram-se os cuidados antecipatórios, onde foi possível intervir com base nos padrões inerentes às fases do ciclo vital e antever situações geradoras de stress e/ou crise, e conseqüentemente, promover a adaptação da família de forma normativa, garantindo a sua autonomia e poder de decisão num processo de negociação de cuidados.

O regulamento das competências do enfermeiro especialista da OE serviu de guia orientador para a prática das competências especializadas em ESF, através da sistematização das intervenções de enfermagem nos diferentes domínios, o que conseqüentemente contribuiu para melhorar a linguagem científica.

A comunidade multicultural em contexto de estágio constitui um desafio enorme para os cuidados de enfermagem, a vários níveis, quer pelas características das próprias famílias, quer pela falta de preparação académica e profissional dos enfermeiros para prestar cuidados culturalmente competentes às diversas culturas, o que se configura em vulnerabilidade em saúde.

A vulnerabilidade em saúde mostrou-se representativa com as famílias de cultura cigana, pelo que estas assumem destaque na RI, o que possibilitou um conhecimento profundo das mesmas através da pesquisa científica, de forma a honrar a sua cultura étnica e reduzir a vulnerabilidade em saúde.

O processo de investigação percorreu várias etapas, que constituíram momentos de aprendizagem científica e metodológica, com apoios importantes, tais como: ferramentas disponíveis pela JB e a colaboração da professora orientadora.

Verificou-se que existem determinantes que influenciam os cuidados de enfermagem, com as famílias de cultura diversa/cigana, expressos em comportamentos e ações; nessa ótica e de forma a responder às necessidades destas comunidades, foram identificados determinantes responsáveis pelos cuidados de enfermagem culturalmente competentes, veiculados por atitudes e valores dos enfermeiros, de forma a determinar decisões/ações promotoras da competência cultural, na abordagem às famílias de cultura diversa, nomeadamente as de cultura cigana e responder à questão de investigação: quais os determinantes aos cuidados culturalmente competentes a desenvolver pelo enfermeiro de família, junto de famílias de cultura diversa, em especial cigana?

As decisões e modos de ação do EF encontraram resposta no Modelo de Sunrise Enabler, de Leininger, nomeadamente no 4º princípio, ancorados em três princípios fundamentais, nomeadamente: a preservação/manutenção, a acomodação/negociação e reestruturação/Re padronização.

Considero que foram atingidos os objetivos propostos para o estágio de natureza profissional em enfermagem de cuidados de saúde à família em contexto que o USF/UCSP, que culmina com a apresentação do presente relatório.

Na elaboração do presente relatório, existiram algumas dificuldades e limitações, associadas à pouca experiência como investigadora, ao tempo limitado para a consecução da investigação e à escassa literatura existente com a cultura cigana.

Consciente que as limitações e dificuldades, podem servir de mote para novos processos de aprendizagens e investigação científica, fica o “sabor” de querer ir mais além.

No percurso académico houve a preocupação em promover a qualidade dos cuidados profissionais, da instituição de saúde onde decorreu o estágio e Escola Superior de Saúde.

Preso-me dizer que sou uma enfermeira e uma pessoa diferente, após este percurso, a minha visão do sistema familiar, do mundo e de tudo o que possamos dar ao outro firmou a minha sensibilidade, humildade e gratidão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). Guia para Aplicação do Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nos Cuidados de Saúde Primários DiOR-CSP- versão 2019. <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/Guiade-Applicacao-da-Grelha-DiOr-outubro-2019.p>
- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2022). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários para o ano de 2022. Lisboa: ACSS. <https://bicsp.min-saude.pt/pt>
- Alarcão, M. (2000). (Des) equilíbrios familiares (1ª ed.). Coimbra. Quarteto.
- Alarcão, M. (2002). (Des) equilíbrios familiares (1ª ed.). Coimbra. Quarteto.
- Allgood, M. R. (2014). Teóricos de enfermagem e o seu trabalho (8 ed.). United States of América. Elsevier.
- Alto Comissariado para as Migrações, I. P. (s.d). Observatório das Comunidades Ciganas- Guia para a Conceção de Planos Locais para a Integração das Comunidades Ciganas. [formato digital]. <https://www.acm.gov.pt/pt/-/observatorio-das-comunidades-ciganas-obci-1>
- Amendoeira, J. (2021). Tutorial revisão sistemática de literatura a scoping review. Escola Superior de Saúde de Santarém, Instituto Politécnico de Santarém, Santarém. <http://hdl.handle.net/10400.15/3784>
- Antón-Solanas, I, Rodríguez-Roca, B, Vanceulebroeck, V, Kömürçü, N, Kalkan, I, Tambo-Lizalde, E. ...Subirón-Valera, A. B. (2022). Percepções de Enfermeiros Qualificados sobre Competência Cultural e Experiências de Cuidar de Pacientes Culturalmente Diversos: Um Estudo Qualitativo em Quatro Países Europeus. Nursing reports, 12(2), 348-364. <https://doi.org/10.3390/nursrep12020034>
- Araújo, I., Paúl, C. & Martins, M. (2011). Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no autocuidado. Revista Escola de Enfermagem USP, 45(4), 869-875. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000400011>
- Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis [formato digital]. <https://synthesismanual.jbi.global>
- Azevedo, O. A, Guedes, E. S., & Araújo, S. A. N. (2019). Documentation of the nursing process in public health institutions. Revista Escola Enfermagem USP. 53 (03471), 1-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018003703471>
- Bastos, F., Cruz, I., Campos, J., Brito, A., Parente, P., & Morais, E. (2022). Representação do Conhecimento em Enfermagem – A Família como Cliente. Revista de Investigação & Inovação Em Saúde, 5(1), 81-95. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i1.213>
- Bértolo, A. R. (2022). Importância da Família na Prestação de Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros. Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde, Leiria. <http://hdl.handle.net/10400.8/7252>
- Biencourt, M. N., Marques, M. I., & Barroso, T. M. M. D. A (2018). D.Contributions of nursing theories in the practice of the mental health promotion. Revista de Enfermagem Referência, IV(18). <https://doi.org/10.12707/RIV18015>
- Braga, L. M., Salgado, P. O., Souza, C. CH., Prado-Junior, P. P., Prado, M. R. M. C., Melo, M. N., & Parreira, P. M. S. D. (2018). O modelo de Betty Neuman no cuidado ao doente com cateter venoso periférico. Revista de Enfermagem Referência, IV(19), 159-167 <https://doi.org/10.12707/RIV18029>
- Brito, L. E. (2016). Competência Cultural nos Profissionais de Saúde Caso específico da relação dos profissionais de saúde com a comunidade cigana. Universidade de Coimbra, Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/34031>
- Cantante, A. P. S. R., Fernandes, H. I. V. M., & Teixeira, M. J. (2020). Health Systems and Nursing Skills in Portugal. Ciência & saúde Coletiva, 25(1), 261-272. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27682019>
- Caria, D. G. P. L. (2022). Atitudes dos enfermeiros e alunos de enfermagem, relativamente à importância da família no processo de cuidar. Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde, Leiria.<http://hdl.handle.net/10400.8/7550>
- Carneiro, S.I.G. (2018). Despertar para um Cuidar Culturalmente Competente: Contributo do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/24724>
- Carvalho, L. F. (2021). (Re)afirmando a titularidade universal de direitos o caso da população cigana em Portugal. Universidade do porto. Porto. <https://hdl.handle.net/10216/138444>
- Cesario & Cesario (2019). Resenha do Livro: Pensamento Sistêmico: o Novo Paradigma da Ciência. Revista Brasileira de Educação Médica, 43(1). <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190114>
- Correia, M. (2011). Cultura Cigana e sua relação com a saúde. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Portuguesa do Porto. Porto. <https://ciencia.ucp.pt/pt/activities/cultura-cigana-e-sua-relacao-com-a-saude>

- Costa, L. F. (2010). A perspetiva sistêmica para a Clínica da Família. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26, 95-104. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000500008>
- Decreto-Lei n.º 90/17, de 28 de julho do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. *Diário da República: I série*, nº 145 (2017). Acedido novembro 2022. <https://www.seg-social.pt/legislacao?kw=322/90>
- Decreto-Lei n.º 28/08, de 22 de fevereiro do Ministério da Saúde. *Diário da República: I série*, nº 38 (2008). Acedido a 09 outubro 2022. <https://files.dre.pt/1s/2008/02/03800/0118201189.pdf>
- Decreto-Lei nº 118/14, de 5 de agosto do Ministério da Saúde. *Diário da República: I série*, nº 149 (2014). Acedido a 18 outubro 2022. <https://files.dre.pt/1s/2014/08/14900/0406904071.pdf>
- Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro do Ministério da Saúde. *Diário da República: I série A*, nº 205 (1996). Acedido a 01 junho 2022. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>
- Decreto-lei nº 298/07, de 22 agosto do Ministério da Saúde. *Diário da república: I série a*, nº 161 (2007). Acedido a 30 dezembro 2022. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/298-2007-640665>
- Dias, M. O. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistêmica - o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, 19, 139-156. <https://journals.ucp.pt/index.php/gestaoeddesenvolvimento/article/view/140>
- Domingues, R. S. (2022). Relatório de Estágio. Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde, Leiria. <http://hdl.handle.net/10400.8/7714>
- Domingos, A. R. D. (2019). Competência Cultural do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. *Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu*. <http://hdl.handle.net/10400.19/6176>
- Donato, H., & Donato, M. (2019). Stages for Undertaking a Systematic Review. *Acta Médica Portuguesa*, 32(3), 227- 235. <https://doi.org/10.20344/amp.11923>
- Estanqueiro, M. A. (2020). Gypsy family expectations for family nurse care. *Universidade de Aveiro*. <http://hdl.handle.net/10773/29564>
- Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de Família: um contexto de cuidar*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Loures. Lusociência.
- Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação da concepção à realização*. Loures. Lusodidacta.
- Friedman, M. (1998). *Family nursing: Research, Theory & Practice*. Stamford. Appleton & Lange.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. (1998). *Family Nursing research, Theory & Pratica* (5ª ed.) [Formato digital]. https://archive.org/details/familynursingres0000frie_f0h4
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2021). *Pordata- Estatísticas Sobre Portugal e a Europa*. Acedido a 5 junho 2022. <https://www.pordata.pt/>
- George, J. B. (2000). *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional*. (4ª ed) (297-309). Porto Alegre. Artmed.
- Gottlieb. L. N. (2016). *O Cuidar de Enfermagem Baseado nas Forças*. Loures. Lusodidacta.
- Guimarães, M. S. F. & Silva, L. R. (2016). *Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem* [Formato digital]. <https://jornaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-dastransic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família- Teoria, Prática e Investigação* (2ªed.). Lusociência.
- Hartz, Z. M. A., & Silva, L. M. V. (2005). *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9788575415160>
- Henriques, C. M. G., & Santos, E. J. J. (2019). *Avaliação familiar e processo de enfermagem: programa de desenvolvimento de competências*. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (23). <https://doi.org/10.12707/RIV19077>
- Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde de Leiria (2018). *Guia de elaboração de trabalhos académicos*. Leiria.
- Joanna Briggs Institute. (2014). *The Joanna Briggs Institute levels of evidence and grades of recommendation working party. Supporting document for the Joanna Briggs Institute levels of evidence and grades of recommendation*. <https://docplayer.net/6678504-Joanna-briggs-institute-reviewers-manual-2014-edition.html>

- Joanna Briggs Institute (2023, fevereiro 20). Critical Appraisal tools [Formato digital]. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
- Jordão, T. F. M. S. (2019). A sistémica familiar no cuidado de enfermagem centrado na família – impacto de um programa de formação. Escola Superior de Saúde, Leiria. <http://hdl.handle.net/10400.8/4854>
- Kaakinen, J., Gedaly-Duff, V., Coehlo, D., & Hanson (2010). Family Health Care Nursing, Theory, Practice and research (4ªed.). Journal of Family Nursing, 16(4), 503-505. <https://doi.org/10.1177/1074840710383274>
- Kaakinen, D. J. R., Coehlo, P., Steele, R., & Robinson, M. (2018). Enfermagem, Teoria, Práticas e Investigação em Cuidados de Saúde da Família (6ª ed.). Philadelphia. F.A. Davis Company.
- Kaakinen, & Birenbaum. (2011). Desenvolvimento da Família e apreciação de Enfermagem de Família. In Stanhope, & Lancaster. Loures. Lusociência.
- Leininger M. M. (1991). Diversidade e universalidade do cuidado cultural: uma teoria da enfermagem. Nova Iorque, NY: National League for Nursing Press.
- Leininger, M. (1994). Quality of Life from a Transcultural Nursing Perspective
- Leininger, M. (1997). Transcultural Nursing Research to Transform Nursing Education and Practice: 40 Years. Journal of Nursing Scholarship, 29(4), 341–348. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1997.tb01053>
- Leininger, M. (2002). Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. Journal of Transcultural Nursing, 13(3), 189–192. <https://doi.org/10.1177/10459602013003005>
- Lopes, S. M. F. (2022). Consequências da pandemia por covid-19 na sobrecarga e sentido de vida do cuidador informal. Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde, Leiria. <http://hdl.handle.net/10400.8/7726>
- Luís, A. I. (2022). O papel da educação e formação de adultos na inclusão social do grupo sociocultural cigano: estudo de caso. Escola Superior de Educação e Ciências Sociais, Leiria. <http://hdl.handle.net/10400.8/7348>
- Marion, J. & Pereira, C. R. R. P. (2021). Família do ponto de vista dos psicólogos do CRAS psychologists. Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia, 14(2), 1-23 <https://dx.doi.org/10.36298/gerais202114e16285>
- Martín, S., & Martín, S. (2020). Diversidad cultural en salud, competencia de la Enfermería transcultural. Enfermería en Cardiología, 27(80), pp. 6–10. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7726301>
- McFadden, A., Siebelt, L., Gavine, A., Atkin, K., Bell, K., Innes, N.... Haggi, H. (2018). Gypsy, Roma and Traveller access to and engagement with health services: a systematic review. The European Journal of Public Health, 28(1), 74- 81. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx226>
- McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2019). Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality: An Overview With a Historical Retrospective and a View Toward the Future. Journal of Transcultural Nursing, 30(6), 540-557. <https://doi.org/10.1177/104365961986713>
- Medeiros, C. M. (2011). Uma análise de cultura cigana e sua influência no processo de saúde e adoecimento: Contribuições para a Estratégia Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte Minas Gerais. <http://hdl.handle.net/1843/BUOS-9CGK7Z>
- Medinas, C., B. (2018). Ciganos e Literacia Digital: Estudo de Caso em Reguengos de Monsaraz. Universidade Aberta. <http://hdl.handle.net/10400.2/7659>
- Mendes, Silveira, & Galvão (2008). Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm, 17(4), 758-764. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
- MIM@UF (2015). Diretório de informação em Saúde. <http://dis.dgs.pt/2013/05/31/minufmodulo-de-informacao-e-monitorizacao-das-unidades-funcionais-arsa-ip/>
- Minuchin, S., & Alcides, C. J. (1990). Famílias: funcionamento & tratamento/ Families & family therapy. Porto Alegre. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/biblio-1085796>
- Mussumeci, A. A., & Ponciano, E. L. T. (2019). Ciclo de vida conjugal: momentos de estresse previsíveis e imprevisíveis ao longo do casamento. Psicologia em Revista, 25(3), 1171-1193. <http://dx.doi.org/10.5752/P.1677-1168.2019v25n3p1171-1193>
- Oliveira, M. C. (2018). Particularidades da Intervenção Social com as Famílias Ciganas nas Áreas da Saúde, Educação e Emprego. Universidade de Coimbra, Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/85641>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeFamiliar.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros Centro (2017, novembro 25). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem Comunitária - na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública - na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem comunitária. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto-2_padroes...\(ordemenfermeiros.pt\)](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto-2_padroes...(ordemenfermeiros.pt))
- Ordem dos Enfermeiros Centro (2020, maio). Dimensões do cuidar nos cuidados de saúde primários. [Formato digital]. <https://www.ordemenfermeiros.pt/centro/noticias/conteudos/dimens%C3%B5es-do-cuidar-nos-cuidados-de-sa%C3%BAde-prim%C3%A1rios/>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D.... David. (2020). The Prisma 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Systematic Reviews* 10(89). <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01626-4>
- Parker, M. E., & Smith, M. C. (2015). *Teorias e Práticas de Enfermagem* (4ª). F.A. Davis Companhia.
- Pereira, I. S. (2008). Mundo e Sentido na Obra de Viktor Frankl. *Psico*, 39(2). <https://revistaseletronicas.pucrio.br/index.php/revistapsico/article/view/1507>
- Pinto, B. C. R. (2017). Os cuidados de enfermagem na visita domiciliária no pós-parto: perspetiva do casal e do enfermeiro de família. Escola Superior de Saúde, Aveiro. <http://hdl.handle.net/10773/23043>
- Pires, E., Sousa, F., Magalhães, C. P., & Fernandes, A. (2017). Importância da família nos cuidados de enfermagem. IV Encontro de Jovens Investigadores do Instituto Politécnico, Bragança, (119). <http://hdl.handle.net/10198/19934>
- Ramos-Morcillo, A., Leal-Costa, c., & Hueso-Montoro, C. (2019). Concept of Health and Sickness of the Spanish Gypsy Population: A Qualitative Approach. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 16(22), 4492. <https://WWW.mdpi.com/1660-4601/16/22/4492>
- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nº 140/19 de 6 fevereiro do Ministério da Saúde. (2019). Diário da República: II série, nº 26 (2019). Acedido a 20 junho 2022. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros do Decreto-lei nº 156/15 de 16 de setembro. (2015). Diário da República: I série, nº 181 (2015). Acedido a 20 setembro de 2022
- Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar nº 367/15 de 29 junho do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República: II série, nº 124 (2015). Acedido a 20 outubro de 2022. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/367-2015-67626811>
- Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem Familiar nº 428/18 de 16 julho do Ministério da Saúde. (2018). Diário da República: II série, nº 135 (2018). Acedido a 20 junho 2022. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem nº 743/19 de 25 de setembro da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, nº 184 (2019), 128-133. Acedido a 17 junho 2022. <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Relvas, A. P. (1982). A Família: introdução ao seu estudo numa perspetiva Sistémica. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XVI(1), p. 307.
- Relvas, A. P. (1996). O ciclo vital da família, perspetiva sistémica. Porto. Afrontamento.
- Relvas, A. (2003). Por detrás do espelho: da Teoria à terapia com a família (2ª ed.). Quarteto.
- Resolução do Conselho de Ministros nº 154/18 de 29 de novembro. Diário da República: I série, nº 230 (2018), 5450- 5463. <https://dre.pt/dre/detalhe/resolucao-conselho-ministros/154-2018-117142874>
- Santos, D. M. B. (2016). Logoterapia: compreendendo a teoria através de mapa de conceitos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 68 (2), 128-142. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_home&lng=pt
- Santos, E. J. J. (2019). Da avaliação familiar ao processo de enfermagem à família – construção de um programa de desenvolvimento de competências. Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de saúde, Leiria. <http://hdl.handle.net/10400.8/4709>
- Santos, S. S. P. (2021). Atitudes dos enfermeiros face à importância da família no processo de cuidar. Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde, Leiria. <http://hdl.handle.net/10400.8/7305>
- Silva, D. S. A., Macedo, F., & Quintal, D. (2022). Medicina sem fronteiras: desafios da população imigrante. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 3(38), 315-321. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v38i3.13198>
- Silva, R. A. C. P. (2021). Avaliação e intervenção familiar em famílias com uma pessoa dependente: o contributo do Enfermeiro de Família. Escola Superior de Saúde, Bragança. <http://hdl.handle.net/10198/24760>

Timoteo, F. (2021). Experiência de enfermeiros no cuidado transcultural na atenção primária à saúde em um município de fronteira. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu. <https://tede.unioeste.br/handle/tede/6067>

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem) (5ª Edição). Lusodidacta.

Vieira, T. I. N. (2021). + Apoio a Comunidades Estrangeiras para Serviços de Saúde Organizados [+ ACESSO]. Beja. Instituto Politécnico de Castelo Branco, Instituto Politécnico de Setúbal, Instituto Politécnico de Portalegre, Instituto Politécnico de Évora e Instituto Politécnico de Beja. Acedido em <https://hdl.handle.net/20.500.12207/5514>

Wright, L., & Leahey, M., (2002). Enfermeiros e famílias – Um guia para avaliação e intervenção na família (3ª ed.). São Paulo. Roca.

Zhang, Y. (2018). Family functioning in the context of an adult family member with illness: A concept analysis. Journal of Clinical Nursing, (27), 3205- 3224. <https://doi.org/10.1111/jocn.14500>

APÊNDICES

APÊNDICE I - Conversas em estomoterapia

PLANO DE SESSÃO

Tema	Conversas em Estomaterapia
Objetivos	Partilhar experiências como lidar com uma ostomia Promover o diálogo entre os participantes Promover Rede de Apoio entre os participantes Apresentar rede de apoio hospitalar Promover sinergias entre hospital, USF Stephens, famílias/utentes com ostomias
Profissionais	Enfermeira supervisora Enfermeira Paula Cristina Parreira (Aluna de Mestrado de Saúde Familiar na USF Stephens) Enfermeiras do Hospital de Referência
Local	Biblioteca do Centro de Saúde da Marinha Grande
Dia e Hora	24/06/2022; 15h30-18h00
Duração	2h 30
Participantes	Famílias de utentes com ostomias e utentes com ostomias (ostomias de eliminação intestinal e eliminação urinária) Carteira Adicional



Escala de Likert

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO

Data: 24 junho 2022

Colabore com a USF Stephens no acompanhamento da qualidade dos serviços prestados aos utentes na procura de melhoria contínua, preenchendo o presente

Assinale com um X a resposta que considerar mais adequada, utilizando para o efeito a seguinte escala:
 1-MUITO INSATISFEITO 2- INSATISFEITO 3- SATISFEITO 4- MUITO SATISFEITO 5- EXCELENTE N/A- NÃO APLICÁVEL

questionário. Os dados são apenas para tratamento estatístico e confidenciais.

SEXO: Masculino Feminino **IDADE:**

Questões:	1	2	3	4	5	N/A
1 Sessão de educação						
Como considera a duração de tempo da sessão?						
Como classifica a forma como foi informado/a sobre a sessão?						
2 Tema						
Como classifica a importância do tema?						
Considera importante a partilha de experiências com outras famílias?						
Considera que este tipo de partilhas permite novas relações e que podem ajudar em algum momento da sua vida?						
Considera as sessões de grupo importantes para si?						
3 Metodologia						
Como classifica a metodologia de exposição utilizada?						
Como classifica as condições da sala onde se realizou a consulta?						
Como classifica a interação e disponibilidade do/s enfermeiros envolvidos na sessão?						
4 Satisfação Global						
Como considera a qualidade global da sessão?						
Aconselharia este tipo de sessões a um familiar ou amigo/a?	SIM			NÃO		
Gostaria de repetir o encontro com o mesmo grupo, com outros temas de conversa?						
5 Sugestões						
Que sugestões e /ou comentários gostaria de nos dar, para melhorar estas sessões de educação----- ----- -----						

APÊNDICE 2 - Procedimento Visitação Domiciliária- USF Stephens

D.4.1.1 VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA

Âmbito: Toda a Equipa	Data: 11/2022	Tipo de procedimento: Clínico
------------------------------	----------------------	--------------------------------------

Autores / Gestores: Aluna Mestrado Saúde Familiar Paula Parreira

Data de Aprovação: 09-12-2022

Verificado por:

Concelho Técnico

Proxima revisal: 12/2023

OBJETIVO:

Uniformizar e clarificar o atendimento da Visitação Domiciliária, aos utentes inscritos na USF *Stephens*, de modo a garantir a acessibilidade no agendamento da mesma; definir: o circuito do utente, critérios de inclusão, modo de atuação e competências específicas dos profissionais no agendamento da Visitação Domiciliária.

RESPONSABILIDADE:

Toda a equipa.

DESCRIÇÃO:

Princípios Gerais: A Visitação Domiciliária permite uma aproximação aos fatores determinantes do processo de saúde-doença no âmbito familiar e ambiental; o meio constitui um modo privilegiado para o conhecimento da forma de vida dos membros que compõem a família, como estes se relacionam entre si e a comunidade e contribuem para o processo de cuidado e/ou recuperação de um dos seus elementos. Assumindo um caráter de diagnóstico/tratamento, ou preventivo ou ainda ambos, é efetuada pelo médico e ou enfermeiro (em equipa ou isoladamente) a pessoas dependentes com algum nível de alteração no estado de saúde.

Objetivos gerais: garantir a continuidade de cuidados médicos e/ou enfermagem; promover a autonomia e qualidade de vida dos utentes em situação de dependência que não permita a sua deslocação ao Centro de Saúde, de incapacidade ou com necessidades especiais de apoio; reforçar as competências das famílias e cuidadores informais.

Em caso de ausência programada ou não programada do profissional: a equipa da USF *Stephens* garante um Sistema de Intersubstituição.

Critérios de Inclusão em VD:

- Doentes acamados;
- Utentes portadores de algum tipo de dependência definitiva ou temporária que os impeça de recorrer à USF;
- Situação de doença crónica ou em agudização, cumprindo os critérios anteriores.

População: utentes inscritos e residentes na área de influência da USF *Stephens* e familiares que residam temporariamente no seu domicílio, com critérios de inclusão numa resposta em visita domiciliária.

Tempo de resposta: a USF garante a resposta e/ou agendamento em 24h.

Modo de Marcação: O assistente técnico efetua o agendamento, não presencial para o profissional correspondente, articulando com o mesmo. O profissional (médico/enfermeiro) reavalia a necessidade de VD, se necessário contacta com utente/cuidador, confirmada a necessidade, agenda a VD (ou informa a AT para informar utente/cuidador).

Execução: Médico e/ou Enfermeiro. A equipa tem autonomia para decidir quando atua em conjunto ou isoladamente consoante as necessidades clínicas.

Tipo:

a) Preventivo- pode ser da iniciativa do profissional da USF ou de outra equipa de saúde:

- Acompanhamento do utente, para avaliação do estado de saúde/dependência;
- Cumprimento de PNV a utentes dependentes;
- Consultas de vigilância a utentes dependentes;
- Empoderamento dos cuidadores para o cuidar;
- Avaliação de situação de diagnóstico.

b) Curativo - pode ser da iniciativa do utente, de um familiar ou outro prestador de cuidados, dos profissionais da USF ou de outra equipa de saúde:

- Acompanhamento do utente dependente, que necessita de intervenção não urgente no âmbito de doença aguda ou agudização de patologia crónica;
- Tratamento de feridas (caráter curativo);
- Administração de injetáveis;
- Cateterismo nasogástrico e/ou vesical;
- Gestão do regime terapêutico;

-Orientação para outras equipas de saúde.

Reavaliação da necessidade: a USF tem como premissa fazer a reavaliação da necessidade nos seguintes casos:

- a) quando é solicitada VD e após contato com o utente/família com descrição da situação;
- b) a cada VD, alterando a tipologia da mesma quando se verifica a independência do utente.

Tempo previsto: duração média de 60 minutos, pode exceder o tempo previsto, em função das necessidades identificadas e do tempo de deslocação.

Registos: os profissionais que realizam VD, procedem ao registo no SClinico, após a mesma.

Transporte: Todas as sextas-feiras até às 12 horas, é enviada a listagem de VD previstas para a semana seguinte (com a previsão de horários e periodicidade) à AT denominada para o efeito- URAP; a AT gere o transporte a nível institucional e em articulação com o município.

Cabe ao profissional que vai realizar a VD assegurar as condições de transporte para a mesma, devendo acautelar antecipadamente o mesmo. Na impossibilidade de transporte programado, a AT com essa tarefa procede à requisição de transporte.

Circuito dos lixos: os profissionais depositam os lixos à chegada nos depósitos destinados ao efeito (o ideal é a entrada pela Saúde Pública, perto do local de recolha dos resíduos).

Atividades do Secretariado clínico:

- Recebem pedidos de VD efetuados pelo utente/representante e orientam para o respetivo profissional;
- Contato telefónico com utente/cuidador do horário previsto para VD;
- É efetivado o agendamento da VD pela AT, quando o profissional sai da USF e se desloca para o domicílio do utente;
- Recebem pedidos de receituário (requisitados pelo utente ou pelo enfermeiro) e acordam com o utente/cuidador a forma de obtenção dos mesmos.

Atividades da Consulta de enfermagem:

- Agendar o VD e proceder ao contacto telefónico se necessário;
- Preparar a mala da VD ou sacos individualizados com o material necessário;
- Planear o circuito da VD de forma a economizar recursos e tempo;

- Planear com o médico a visita conjunta se necessário;
- Prestar cuidados de enfermagem de acordo com o regulamento da Ordem dos Enfermeiros promovendo a autonomia e a recuperação do utente/cuidador;
- Avaliar as atividades desenvolvidas no âmbito do programa;
 - Garantir a segurança do utente e do próprio, de acordo com as normas do PPCIRA (individualizar equipamento de proteção para cada utente; escolher local limpo no domicílio para a colocação da mala e assegurar a sua não contaminação; garantir a higienização da mala após a VD e de todo o material deslocado da unidade, recolha de resíduos em saco de contaminados e depósito do mesmo no centro de saúde em local para o efeito- área reservada a “lixos”;
- Informar o utente/representante da data da próxima visita;
- Promover a articulação com outras equipas/recursos da comunidade, se aplicável;
- Fazer referenciação para outras equipas, em articulação com o médico de família, se aplicável;
- Realizar os registos no suporte informático, incluindo o agendamento do Domicílio.

Registos S. Clínico: Programa no âmbito da idade do utente; Programa de Dependente; Programa associado à necessidade de VD;

Processo: diagnóstico relacionado com a necessidade de VD;

Intervenções: associadas ao diagnóstico.

Atividades da Consulta médica:

- Agendar o VD e proceder ao contacto telefónico se necessário;
- Preparar a mala da VD ou sacos individualizados com o material necessário;
- Planear o circuito dos domicílios de forma a economizar recursos e tempo;
- Planear com o enfermeiro visita conjunta se necessário;
- Prestar cuidados de acordo com os princípios éticos e deontológicos, respeitando a dignidade, autonomia, beneficência, sigilo profissional e justiça para o utente e família;
- Garantir a segurança do utente e do próprio, de acordo com as normas do PPCIRA (individualizar equipamento de proteção para cada utente; escolher local limpo no domicílio para a colocação da mala ou saco e assegurar a sua não contaminação; garantir a higienização da mala após a VD e de todo o material deslocado da unidade, recolha de

resíduos em saco de contaminados e depósito do mesmo no centro de saúde em local para o efeito- área reservada a “lixos”;

- Informar o utente/representante da data da próxima visita;
- Realizar os registos no suporte informático, incluindo o agendamento da visita seguinte.

Referências bibliográficas

Direcção-Geral da Saúde (2007). Divisão de Saúde Ambiental. Plano de Gestão de Resíduos Hospitalares em Centros de Saúde. Lisboa. www.nocs.pt/wp-content/uploads/2016/06/i009295.pdf

APÊNDICE III- Procedimento Consulta de vigilância de Diabetes- USF Stephens

D.4.1.2 CONSULTA DE DIABETES

Âmbito:	Data:	Tipo de procedimento:
Toda a Equipa	11/2022	Clínico

Autores / Gestores: Enf^a Sofia Sousa; Dr. João Rodrigues; AT Cristina Santos; Aluna de Mestrado de Saúde Familiar Paula Parreira

Data de Aprovação: ~~2022~~

Verificado por:

Concelho

Técnico

Proxima revisão:

~~2023~~

OBJETIVO:

Uniformizar a prestação de cuidados do utente em consulta de diabetes.

RESPONSABILIDADE:

Toda a equipa.

DESCRIÇÃO:

Atividades do Secretariado clínico:

- Proceder à isenção do utente diabético;
- Inscrição para a consulta;
- Efetivar contacto para a consulta no programa informático SINUS;
- Encaminhar o utente para a sala de espera, informando que o Enfermeiro e Médico de Família o chamará para a consulta;
- Ao receber pedidos de receituário/tiras de diagnóstico para autovigilância da diabetes, verificar quando teve a última consulta, agendando nova consulta ou planear com a equipa sobre o seu agendamento;

- Convidar os utentes que não cumprem esquema de vigilância recomendado a marcar consulta.

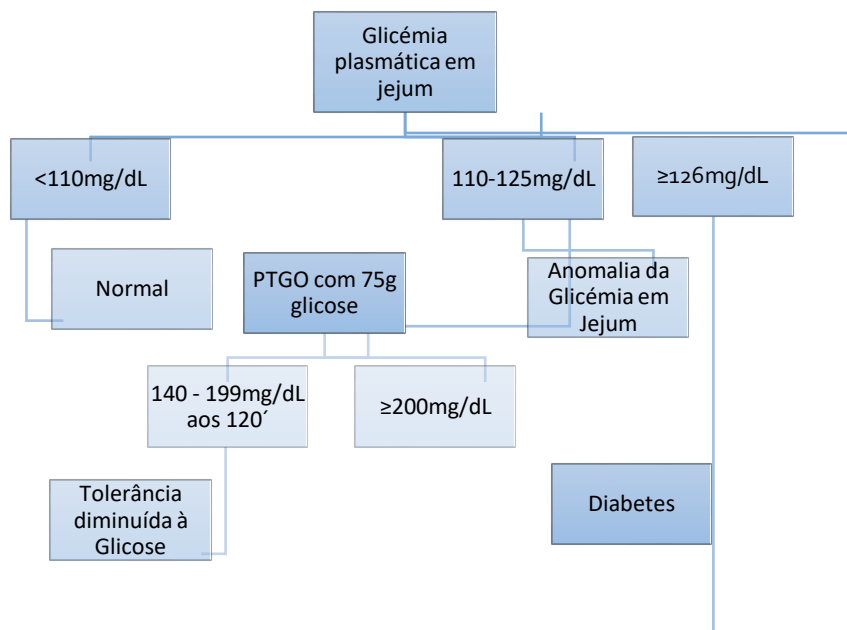
Atividades da Consulta de enfermagem: Previa à consulta médica e presencial

- ✓ Promover o acolhimento individualizado e em privacidade;
 - ✓ Identificar comorbilidades;
 - ✓ Fornecer informação gradual em função do utente e suas capacidades;
 - ✓ Identificar estilos de vida, hábitos e cultura;
 - ✓ Perceber quais as variáveis que interferem na não adesão ao regime terapêutico, conversar sobre as mesmas tentando conseguir a adesão sempre que possível, mas respeitar a decisão do utente e não emitir juízos de valor;
 - ✓ Planear objetivos individuais e adequar a educação terapêutica;
 - ✓ Perceber dieta e fazer sugestões de alterações com a pessoa sempre que se justifique;
 - ✓ Perceber atividade física e fazer sugestões de alterações com a pessoa;
 - ✓ Registrar Hba1c e sugerir correções alimentares e físicas com a pessoa;
 - ✓ Avaliar o pé e sugerir correções de cuidados aos pés com a pessoa;
 - ✓ Encaminhar para a consulta do pé diabético sempre que necessário;
 - ✓ Avaliar TA, Fc, perímetro abdominal, peso corporal;
 - ✓ Avaliar uso de tabaco e, no caso de utente fumador, realizar intervenção breve neste âmbito;
 - ✓ Promover a autonomia, o autocontrolo e gestão da diabetes;
 - ✓ Validar com o utente os objetivos traçados na consulta (compromisso terapêutico);
 - ✓ Reconhecer conquistas e valorizar esforços;
 - ✓ Promover a acessibilidade em caso de necessidade;
 - ✓ Verificar/aconselhar a vacinação antigripal e da doença Covid a realizar no período aconselhado pela DGS, verificar o estado vacinal de acordo com PNV;
 - ✓ Valorizar os registos do utente na autovigilância (se indicado);
 - ✓ Esclarecer dúvidas expostas pelo utente de forma clara e precisa e efetuar os ensinamentos adequados a cada situação.
- Registos na avaliação inicial:
 - Situações especiais:
 - Diabetes:
 - Ano diagnóstico;

- Vigilância
- Tipo;
- Máquina de glicemia;
- Consultas de especialidade
- Antecedentes especiais:
 - Uso tabaco/álcool/drogas.
- ✓ Abrir os programas de Saúde de Adulto/ PN Saúde de Pessoas Idosas e PN Diabetes. Associar o programa Risco-Cardiovascular;
- ✓ Abrir o processo de enfermagem e registar os seguintes focos de atenção e diagnóstico:
 - Metabolismo Energético;
 - Autovigilância;
 - Gestão do regime terapêutico:
 - Adesão à vacinação;
 - Administração de medicamentos (se insulina).
- ✓ Seguidamente selecionar as intervenções de diagnóstico e registar:
 - Avaliar conhecimento sobre diabetes;
 - Avaliar potencial para melhorar o conhecimento;
 - Avaliar adesão à vacinação;
 - Avaliar gestão do regime terapêutico;
 - Avaliar conhecimento sobre autovigilância dos pés;
 - Avaliar o risco de úlcera diabética;
 - Intervenções específicas em função das necessidades/complicações.
- Abrir quadro de registos em Avaliar Diabetes, para os seguintes registos:
Peso, Perímetro Abdominal, IMC, TA, Hba1c, glicémia, Risco Pé Diabético, monitorização do álcool, monitorização do tabaco, atividade física e intervenção breve se uso de tabaco.

Atividades da Consulta médica:

Linhas de Orientação Diagnóstica



Legenda: AGJ – Anomalia Glicose em Jejum; DTG – Diminuição da Tolerância à Glicose; PTOG – Prova de Tolerância Oral à Glicose

Se HbA1c entre 5,7% - 6,4 %, considera-se pré-diabetes;

HbA1c ≥ 6,5 % Diabetes.

Aspetos essenciais na consulta médica:

- Abertura do programa de Diabetes (primeira consulta);
- Elaboração de história clínica e identificação de fatores de risco (primeira consulta);
- Avaliação dos antecedentes familiares de diabetes e de doença cardiovascular;
- Identificação dos fumadores com intervenção breve e referenciação, se necessário, para consulta de cessação tabágica;
- Educação estruturada;
- Importância das alterações do estilo de vida;
- Esclarecimento da doença;
- Envolvimento do doente na equipa terapêutica;
- Importância da autoavaliação nos doentes medicados com fármacos hipoglicemiantes (sulfonilureias e insulina);
- Explicação das características da hipoglicemia e como reconhecê-las;

- Traçar objetivos/metas (sob o ponto de vista do doente) ex.: exercício físico, dieta, controlo de peso;
- Traçar objetivos/metas (sob o ponto de vista do médico):
 - Controlo do Colesterol LDL <100/70 mg/dl ou <55mg/dl se risco cardiovascular muito alto, ou descida de pelo menos 50%;
 - Controle do Colesterol HDL; >50mg/dl → ♂; >55mg/dl → ♀
 - Controle Glicémico individualizado:
 - HbA1c ≤6,5% ou superior, de acordo com o utente/comorbilidades/idade;
 - Glicose em Jejum <110 mg/dl; Glicose pós-prandial <140 mg/dl;
 - Controlo de TG <150 mg/dl;
 - Controlo de Tensão Arterial; <130/80 mmHg (com especial atenção nos doentes com disfunção renal);
- Pesquisa de alteração micro e macrovasculares;
- Pesquisa de Polineuropatia Diabética;
- Pesquisa de Neuropatia Diabética;
- Pedido de MCDT, de acordo com protocolo da DGS (HbA1c pelo menos semestralmente, microalbuminúria anualmente, Colesterol total, colesterol HDL e triglicérides, creatinina e ECG;
- Orientação e terapêutica.
- Os utentes são referenciados para rastreio de retinopatia diabética pelo SIGA para a consulta de oftalmologia. Deve ser verificada a realização do exame referido e registado no processo clínico a sua realização;
- Referenciação à consulta hospitalar de Diabetes: Doentes que não consigam atingir o controlo metabólico desejável, apesar de ter sido feita a escalada terapêutica segundo as boas práticas, e as situações que o Médico de Família considere ser necessário seguimento hospitalar.

APÊNDICE IV- Formação na Área da Prevenção e Controlo da Infeção



PLANO DE SESSÃO

Tema	Prevenção e Controlo de Infeção
Objetivo geral	Uniformizar práticas de Prevenção e Controlo de Infeção Promover boas práticas Diminuir o Risco de Contaminação e Infeção
Formador	Enfermeira Ilda Madeira, Sofia Carneirinho e Aluna de Mestrado Saúde Familiar
Local	Biblioteca do Centro de Saúde da Marinha Grande
Dia e Hora	30 setembro 2022
Duração	1h
Participantes	Enfermeiros, médicos e administrativos da USF Stephens

APÊNDICE V- Avaliação Crítica da JBI

Estudo 1: Antón-Solanas, I., Rodríguez-Roca, B., Vanceulebroeck, V., Kömürçü, N., Kalkan, I., Tambo-Lizalde... A. (2022). Percepções de Enfermeiros Qualificados sobre Competência Cultural e Experiências de Cuidar de Pacientes Culturalmente Diversos: Um Estudo Qualitativo em Quatro Países Europeus. *Nurs Reports*, 12(2), 348-364. <https://doi.org/10.3390/nursrep12020034>

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR ANALYTICAL CROSS-SECTIONAL STUDIES				
Validade dos resultados	Sim	Não	Pouco claro	Não aplicável
1- Os critérios de inclusão na amostra foram claramente definidos?	✓			
2- Os sujeitos do estudo e a configuração foram descritos detalhadamente?	✓			
3- A exposição foi medida de maneira válida e confiável?	✓			
4- Foram usados critérios objetivos e padronizados para medir a condição?		✓		
5- Os fatores confusionais foram identificados?	✓			
6- As estratégias para lidar com fatores confusionais foram declaradas?	✓			
7- Os resultados foram medidos de maneira válida e confiável?	✓			
8- Foi usada uma análise estatística apropriada?	✓			
Avaliação geral				
Incluir	Excluir	Procurar mais informação		
Comentários				
7/8= 87,5%				

Fonte: Adaptado de Joanna Briggs Institute <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>

Estudo 2: Brito, L. E. (2016). Competência Cultural nos Profissionais de Saúde Caso específico da relação dos profissionais de saúde com a comunidade cigana. Universidade de Coimbra, Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/34031>

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR ANALYTICAL CROSS-SECTIONAL STUDIES				
Validade dos resultados	Sim	Não	Pouco claro	Não aplicável
1- Os critérios de inclusão na amostra foram claramente definidos?	✓			
2- Os sujeitos do estudo e a configuração foram descritos detalhadamente?	✓			
3- A exposição foi medida de maneira válida e confiável?	✓			
4- Foram usados critérios objetivos e padronizados para medir a condição?	✓			
5- Os fatores confusionais foram identificados?				✓
6- As estratégias para lidar com fatores confusionais foram declaradas?				✓
7- Os resultados foram medidos de maneira válida e confiável?	✓			
8- Foi usada uma análise estatística apropriada?	✓			
Avaliação geral				
Incluir	Excluir	Procurar mais informação		
Comentários				
6/8= 75%				

Fonte: Adaptado de Joanna Briggs Institute <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>

Estudo 3: Timoteo, F. (2021). Experiência de enfermeiros no cuidado transcultural na atenção primária à saúde em um município de fronteira. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu. <https://tede.unioeste.br/handle/tede/6067>

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUALITATIVE RESEARCH				
Validade dos resultados	Sim	Não	Pouco claro	Não aplicável
1- Haverá congruência entre a perspectiva filosófica declarada e a metodologia de investigação?	✓			
2- Existe congruência entre a metodologia de investigação e a questão ou objetivos da investigação?	✓			
3- Existe congruência entre a metodologia de investigação e os métodos utilizados para recolher dados?	✓			
4- Existe congruência entre a metodologia de investigação e a representação e análise de dados?	✓			
5- Existe congruência entre a metodologia de investigação e a interpretação dos resultados?	✓			
6- Existe alguma declaração que localize o investigador cultural ou teoricamente?	✓			
7- A influência do investigador na investigação, e vice-versa, é abordada?		✓		
8- Estarão os participantes, e as suas vozes, adequadamente representados?	✓			
9- É a investigação ética de acordo com os critérios atuais ou, para estudos recentes, e existem provas de aprovação ética por um organismo apropriado?	✓			
10- As conclusões tiradas no relatório de investigação decorrem da análise, ou interpretação, dos dados?	✓			
Avaliação geral				
Incluir	Excluir	Procurar mais informação		
Comentários				
9/10= 90%				

Fonte: Adaptado de Joanna Briggs Institute <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>

Estudo 4: McFarland, M. & Wehbe-Alamah, H. (2019). Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality: An Overview With a Historical Retrospective and a View Toward the Future. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(6), 540-557. doi: 10.1177/1043659619867134

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR TEXT AND OPINION PAPERS				
Validade dos resultados	Sim	Não	Pouco claro	Não aplicável
1. Está a fonte da opinião claramente identificada?	✓			
2. A fonte de opinião tem posição no terreno de perícia?	✓			
3. São os interesses da população relevante o enfoque central da opinião?	✓			
4. É a posição declarada o resultado de uma análise e há lógica na opinião expressa?	✓			
5. Existe alguma referência à literatura existente?	✓			
6. Há alguma incongruência com a literatura/fontes logicamente defendida?		✓		
Avaliação geral				
Incluir	Excluir	Procurar mais informação		
Comentários				
5/6=83%				

Fonte: Adaptado de Joanna Briggs Institute <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>

APÊNDICE VI- Sínteses dos resultados descritivos

Estudo 1: Antón-Solanas, I., Rodríguez-Roca, B., Vanceulebroeck, V., Kömürçü, N., Kalkan, I., Tambo-Lizalde... A. (2022). Perceções de Enfermeiros Qualificados sobre Competência Cultural e Experiências de Cuidar de Pacientes Culturalmente Diversos: Um Estudo Qualitativo em Quatro Países Europeus. *Nurs Reports*, 12(2), 348-364. <https://doi.org/10.3390/nursrep12020034>

Estudo Metodológico
Pesquisa transversal realizada on-line e presencial de maio a dezembro de 2020; projeto financiado pelo programa Erasmus+ no âmbito da Ação-chave 203.
Participantes
39 enfermeiros de hospitais e CSP de Espanha, Bélgica, Turquia e Portugal. Uma amostra proposital (11 gestores de enfermagem e 28 enfermeiros da equipe), com variedade de origens profissionais e áreas de especialização. Para evitar a possibilidade de viés foram utilizados critérios de seleção claramente definidos. Os critérios de inclusão, foram: a amostra trabalhar em ambiente de saúde em um dos quatro países participantes; cada participante ter pelo menos dois anos de experiência profissional com pacientes de diversas culturas; indivíduos que concordaram com as condições do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido para participar. Foram excluídos os indivíduos com menos de um ano de experiência profissional. O acesso à amostra foi obtido por meio de gatekeepers previamente identificados.
Intervenções
Realizadas entrevistas e questionários, presenciais e on-line, gravadas e transcritas textualmente. As entrevistas aos grupos focais ocorreram num ambiente neutro e seguro e na própria linguagem dos participantes; as sessões foram conduzidas por um acadêmico com experiência em pesquisa qualitativa, que traduziu para inglês os resultados. Todos os pesquisadores utilizaram o mesmo guia de entrevista (previamente acordado). As perguntas do grupo focal abordaram temas como: como a própria cultura influencia a prática; se os participantes tinham formação em competência cultural e relativamente a situações de conflito. As entrevistas aos gestores abordaram tópicos como: barreiras e facilitadores para a prestação de cuidados de enfermagem culturalmente seguros; desafios para o treino de competências culturais e preparação do serviço para prestar cuidados transculturais. O estudo foi categorizado, da seguinte forma: 1) relevância da cultura para a enfermagem; (2) cultura no serviço de saúde; (3) qualidades dos profissionais de saúde; (4) desafios para um cuidado culturalmente competente e (5) tornar-se uma enfermeira culturalmente competente. Para a análise dos dados sociodemográficos, foi utilizada a abordagem estatística descritiva por meio de valores de frequência e percentual para as variáveis qualitativas e de médias e desvios-padrão para as quantitativas. As transcrições anônimas foram analisadas qualitativamente, para a análise temática; foram gerados códigos iniciais e posteriormente o relatório. A qualidade científica foi garantida através da utilização de uma série de técnicas, incluindo: a triangulação do espaço foi realizada por meio de entrevistas de diferentes serviços de saúde para verificar a consistência dos achados em vários locais; foi mantida uma trilha de auditoria do processo decisório dos pesquisadores e da autorreflexão crítica; foi mantido o contato frequente entre os autores, para promover a discussão sobre temas emergentes e possíveis viés.
Resultados
Os participantes vinculam o conceito de competência cultural à ideia de adaptar a prática às necessidades do paciente. A maioria tinha experiência em cuidar de pacientes de diversas origens culturais. Descrevem as experiências culturais em relação a eventos específicos da vida, relacionando-as com as semelhanças e/ou diferenças das próprias culturas. Reconhecem que a cultura afeta e molda os processos de saúde. Descrevem o serviço de saúde como uma construção cultural que influencia e interage com as construções culturais específicas de grupos culturais minoritários. Têm a percepção sobre o impacto da cultura na saúde do paciente, assim como o facto de pertencer a um grupo minoritário pode afetar os resultados de saúde. É referido que por vezes há um uso indevido do serviço de saúde por pacientes pertencentes a minorias culturais e que pode ser influenciado pela própria formação cultural. Sugeriram que os pacientes de grupos culturais minoritários não estavam preparados ou não estavam dispostos a "seguir as regras" impostas pelo sistema. Referem que as diretrizes e normas de saúde estavam lá e devem transversais a todos. Reconheceram as duas partes (enfermeiro/paciente) devem fazer um esforço para se adaptar reconhecem que por vezes adaptam a sua prática às necessidades dos pacientes, com bastante relutância. Ocasionalmente utilizam iniciativas individuais para abordar a iniquidade na área da saúde. Referem que os serviços/gestores deveriam apoiar mais a nível da gestão e políticos de saúde. Destacam que a experiência profissional ou a antiguidade em saúde foram determinantes para a melhoria do nível de competência cultural, mas que os enfermeiros devem estar predispostos e ter sensibilidade cultural, para além da qualidade da educação, valores, como a tolerância, a assertividade (foi descrito como essencial para o cuidado individualizado e holístico), ter a mente aberta e a paixão pela enfermagem. Foram descritas como barreiras/desafios principais para o cuidado culturalmente competente, a linguagem e comunicação, religião, preconceitos e estereótipos. Referem que é necessário um esforço para romper a barreira do idioma, como a atitude da equipe (as crianças acompanhantes falavam a língua local melhor do que os seus familiares e servem até como interpretes). Reconheceram que estereotipavam pacientes de minorias, ocasionalmente, relacionando com determinantes sociais, incluindo pobreza e comportamento antissocial. Como fatores promotores para prestar cuidados culturalmente competentes, foram mencionados: espaço para os pacientes se expressarem livre e intimamente; a formação/treino em competência cultural (quer a nível profissionais, quer a nível académico; consideram que os encontros culturais são úteis, mas insuficientes para que se tornar um profissional de enfermagem culturalmente competente; reconheceram também que se deveriam de esforçar para compreender a cultura do outro ou seja, adquirir uma visão ética da cultura de seus pacientes, onde é necessário "experimentar a cultura do outro" para conseguir uma melhor compreensão dela. Ainda é referido a presença de mediadores culturais/presença líder, para conseguir ultrapassar as barreiras nos cuidados culturalmente competentes.
Conclusões
Existem desafios na prática de enfermagem, nomeadamente dificuldades na linguagem e a comunicação, preconceitos e estereótipos, tendência para o etnocentrismo, falta de educação e formação em competências culturais e falta de apoio do serviço de saúde, que facilite a atuação culturalmente competente. O estudo refere ainda que os serviços de saúde europeus não estão, de forma geral preparados para prestar cuidados seguros, equitativos e culturalmente congruentes a todos.

Estudo 2: Brito, L. E. (2016). Competência Cultural nos Profissionais de Saúde Caso específico da relação dos profissionais de saúde com a comunidade cigana. Universidade de Coimbra, Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/34031>

Estudo Metodológico
Estudo transversal de 10 de março a 29 de abril 2016
Participantes
196 indivíduos, 97 enfermeiros, 85 médicos, 13 outros profissionais; da zona geográfica de: Coimbra (n=86), seguido de Viseu (n=48), Aveiro (n=21), Leiria (n=21), Castelo Branco (n=7) e da Guarda (n=5).
Intervenções
Foram realizados inquéritos por questionário e entrevistas (a aplicação do questionário foi feita em parceria com a Administração Regional de Saúde do Centro); cujos temas centrais foram: 1) entendimento daquilo que é competência cultural; 2) representação e conhecimento da etnia cigana- entender o conhecimento que os profissionais de saúde têm relativamente às etnias ciganas relativamente à sua origem e às diferenças culturais, sociais e de saúde que estes indivíduos apresentam; tal como a sua perspetiva relativamente às queixas e à sua experiência com indivíduos ciganos. Os dados foram analisados através do programa de tratamento estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). As entrevistas e anotações foram transcritas de para uma base de dados qualitativa que foi analisada para a obtenção das respostas às perguntas propostas para a investigação.
Resultados
Como o interesse do estudo está relacionado com os enfermeiros, apenas foram analisados os resultados relacionados com os mesmos. Nesse sentido 86% consideram conhecer todos os valores e comportamentos do paciente e ter em conta a sua cultura; 65% considera vantajosa a presença de um mediador cultural; 71% responderam que faziam pesquisa sobre a cultura do paciente; 94% referiu recorrer à família em caso de dúvida; 61% responderam que em algumas situações não sabem como agir; em relação à frequência das consultas, 40% respondeu que vão várias vezes por mês; 62% refere que não, que as visitas são muito pontuais e espaçadas; relativamente à existência de estereótipos 92% dos enfermeiros responde que sim (existem); quando é pedido para justificar o estereótipo, 51% responde que são baseados em desconhecimento e injustificados; na opinião sobre as situações de discriminação, 77% refere que é um problema que se resolve à base do conhecimento entre ciganos e não ciganos; 60% considera que a experiência profissional com a comunidade cigana é boa e normal; 43% refere que se sente seguro; em relação ao atendimento do paciente cigano, 43% refere que adapta a sua intervenção às diferenças culturais e 43% que trata-o de forma igual como qualquer outro paciente; relativamente à presença da família extensa 61% considera um valor cultural importante e portanto deve ser respeitado. Em relação à representação que os enfermeiros fazem em relação às comunidades ciganas, referem como vocabulário positivo, a liberdade, a união comunitária e as particularidades artísticas como a música e dança; em relação ao vocabulário negativo, salientam "...a ideia da falta de higiene, da pobreza e da consequente utilização do RSI. Estas comunidades são também representadas por estes profissionais como sendo agressivos, colocarem entraves à sua própria integração e inclusive como sendo "auto discriminadores". Os questionários apresentavam questões relacionadas com situação socioeconómica, cultura e modo de vida e saúde; sendo que apenas a última tem interesse para a questão de investigação da RI. Assim nesta área as questões eram relacionadas com a prevenção, planeamento familiar e formas de contornar situações negativas em que o utente recusasse algum procedimento. Os resultados demonstraram que estes utentes se preocupam mais com a doença do que a prevenção e que existe um problema de iliteracia (Brito, 2016). A autora menciona que a forma como a informação é transmitida é fundamental e que é necessária sensibilidade para prestar cuidados culturalmente competentes.
Conclusões
A cultura influencia a vida dos indivíduos e é reconhecida como um conjunto de conhecimento prévios dos valores e comportamentos do paciente. A etnia cigana continua a manter as suas especificidades culturais e tradições, aproximando-se da sociedade maioritária; os profissionais de saúde ainda consideram que o profissionalismo os impede de estarem a ser influenciados pela sua cultura, demonstrando que a sua cultura não interfere no seu desempenho enquanto profissionais, mas interfere no seu entendimento do paciente. Como estratégias para melhorar a competência cultural, são referidas as seguintes: ter em conta a diferença do paciente, evitar juízos de valor, adaptar a forma de agir e ser um processo nos dois sentidos, a presença de um mediador cultural nos serviços de saúde, a negociação (explicar certas intervenções e medidas de prevenção), dar a conhecer casos de sucesso, envolvimento de um líder, ter tempo para refletir. São reconhecidos estereótipos sobre os portugueses ciganos, associados ao facto de serem nómadas, desrespeitosos e agressivos; num sentido mais positivo, a sua união, liberdade e vida em comunidade – valores que na sociedade portuguesa são valorizados em detrimento da individualidade da modernidade. Os profissionais continuam a agir de acordo com a formação em biomedicina, no entanto a experiência profissional modificou a sua opinião relativamente a determinados comportamentos dos pacientes ciganos. Segundo a autora é um processo em desenvolvimento em Portugal.

Estudo 3: Timoteo, F. (2021). Experiência de enfermeiros no cuidado transcultural na atenção primária à saúde em um município de fronteira. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu. <https://tede.unioeste.br/handle/tede/6067>

Estudo Metodológico
Pesquisa qualitativa, de caráter descritivo e exploratório, decorreu de janeiro de 2020 a janeiro de 2021; realizada do município de Foz do Iguaçu, no Estado do Paraná, em 15 Unidades Básicas de Saúde, das quais onze eram Estratégia de Saúde da Família, escolhidas de forma intencional.
Participantes
A amostra era composta por 18 enfermeiros. Os critérios de inclusão e exclusão foram devidamente definidos
Intervenções
Realizadas entrevistas e questionários individuais, presenciais e por WhatsApp, este último foi utilizado como recurso devido ao Covid- 19 a partir de julho de 2020; as entrevistas foram guiadas por um guia semiestruturado; estas foram gravadas e posteriormente transcritas, respeitando com fidelidade a integridade das mesmas. Os cuidados são realizados segundo a autora de forma empírica e intuitiva, sem suporte teórico de enfermagem. A análise dos dados foi feita por técnica de análise temática de conteúdo, envolvendo 3 etapas pré-análise, análise de dados com o recurso de software, cores e legendas. O tratamento, resultado e interpretação foi orientada pela Teoria do Cuidado Transcultural, de Madeleine Leininger (Leininger, 2002). Foi garantida a responsabilidade ética do estudo, com a submissão ao Comitê de Ética; foi garantido o anonimato dos participantes, assim como foi pedido o consentimento informado para a participação. O estudo envolveu 3 estudos, cujos objetivos eram: Identificar o cuidado de enfermagem transcultural, fundamentado no modelo Sunrise, a partir de experiências de enfermeiros; conhecer a perspectiva de enfermeiros sobre cultura e cuidado cultural em um município de fronteira, bem como sobre a formação para realizar o cuidado culturalmente congruente; detectar práticas culturais parentais no cuidado ao recém-nascido e ações de cuidado transcultural por enfermeiros da APS, na realização de puericultura.
Resultados
Foram identificados determinantes promotores do cuidado transcultural, como: a criatividade, a flexibilidade, a abertura da mente dos profissionais para aceitar, incluir e adaptar a prática de cuidado em enfermagem, valorizando a visão de mundo e as múltiplas dimensões de vida cultural e social dos indivíduos, realçando a comunicação e a compreensão cultural como pilares fundamentais para o cuidado culturalmente competente, considerando os valores e crenças culturais. Como barreiras na dimensão cultural e social, aos cuidados culturalmente competentes foram identificadas as seguintes: tecnológicas, religiosas, de parentesco/companheiro e sociais, culturais e modos de vida, políticos e legais, econômicos e educacionais, meio habitacional, e a língua, sendo este foi a principal barreira identificada. Como estratégias a autora salienta o modelo de Sunrise, a formação profissional e acadêmica dos enfermeiros
Conclusões
A perspectiva que os enfermeiros têm sobre cultura e cuidado cultural advém das vivências e não da formação, eles consideram cultura tudo o que o indivíduo traz como resposta do meio, desde o nascimento, passado de geração em geração. O fato de o profissional, enquanto indivíduo, ter nascido em uma região de fronteira, interfere na sua análise acerca das diferenças culturais existentes, porque, nesse contexto, as culturas se relacionam num processo de interculturalidade, cujas diferenças são imperceptíveis. A autora salienta que a autoavaliação do enfermeiro, é importante considerando os conflitos éticos e raciais, problemas religiosos e sociais e obstáculos físicos e mentais.

Estudo 4: McFarland, M. & Wehbe-Alamah, H. (2019). Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality: An Overview With a Historical Retrospective and a View Toward the Future. Journal of Transcultural Nursing, 30(6), 540-557. doi: 10.1177/1043659619867134

(continua)

Estudo Metodológico
Artigo de 2019
Intervenções
Princípios, conceitos e pressupostos da Teoria de Leininger da Diversidade dos Cuidados Culturais. Guia Conceptual para a prática de enfermagem baseada na evidência em cuidados culturalmente competentes- Guia conceptual - Modelo de Sunrise Enabler.
Resultados
Referência à Teoria da Diversidade e Universalidade dos Cuidados Culturais, que segundo Leininger, permite descobrir várias perspectivas sobre os cuidados, permitindo identificar semelhanças e diferenças. Os fatores da estrutura social, não devem ser dissociados das visões do mundo, crenças, valores, preferências culturais do cliente, de forma a promover a cura e o bem-estar, tendo em conta o respeito pelas diferenças culturais. O modelo Sunrise Enabler é apresentado como guia para o cuidado cultural, representando as dimensões cultural e social acima dos cuidados, expressões, padrões e práticas culturalmente competentes. São identificados como determinantes promotores/estratégias no cuidado/práticas de enfermagem cultural , quatro princípios, segundo Leininger, nomeadamente: 1º existem diversidades e universalidades de cuidados em diferentes culturas, no mundo (fundamental a descoberta dos significados e cuidados culturais); 2º a visão do mundo e fatores sociais (identificados como raios de sol), tecnologia, religião, família e parentesco, valores, crenças, práticas culturais, política e justiça, economia e educação; estes fatores sofrem influência dos fatores biológicos e permitem a satisfação cultural nos cuidados significativos à pessoa, grupo ou à família; 3º tanto os fatores de saúde genéricos (emic) ou o ponto de da pessoa/família sobre significados, padrões e expressões, como profissionais (etic) em diversos contextos ambientais influenciam os resultados de saúde e de doença; 4º conceptualização das 3 principais decisões de cuidados culturais e modos de ação utilizados para planear cuidados culturalmente congruentes para saúde e bem-estar ou para enfrentar a morte ou

(conclusão)

deficiências; estes 3 modos ações, são: a) preservação e/ou manutenção dos cuidados culturais; b) alojamento de cuidados culturais e/ou negociação e c) RE padronização e/ou reestruturação dos cuidados culturais.

São referidos como fatores promotores dos cuidados, atitudes e valores como: consciência, criatividade, humildade, sensibilidade, ter em conta a diferença, adaptar a forma de agir e comunicação eficaz.

Os autores sugerem a utilização do modelo para orientar a investigação; desenvolver cursos e currículos de enfermagem; orientar políticas/procedimentos administrativos e de liderança culturalmente competentes.

Conclusões

Os autores sugerem a utilização do modelo para orientar a investigação; desenvolver cursos e currículos de enfermagem; orientar políticas/procedimentos administrativos e de liderança culturalmente competentes.

APÊNDICE VII– Estratégias de pesquisa

roma AND "family nursing" AND "transcultural nursing" OR "Culturally Competent Care" AND "primary health care"

roma AND "family nursing" AND "transcultural nursing" OR "Culturally Competent Care" AND "primary health care"

AND "family nursing" AND "transcultural nursing" OR "Culturally Competent Care" AND "primary health care"

roma AND "family nursing" AND "transcultural nursing" OR "Culturally Competent Care" AND "primary health care"

roma AND "transcultural nursing"

roma AND "transcultural nursing"

roma* AND "family nursing"

roma and "family nursing" and "transcultural nursing" and "Culturally Competent Care"

Data	Título	Autor(es)	Tipo	Acesso
11-Jul-2022	Relatório de Estágio	Domingues, Rita Silva	masterThesis	🔓
7-Set-2022	O ENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA NO ATO DE CUIDAR: ATITUDES DOS ENFERMEIROS DO AÇES BAIXO MONDEGO	Gomes, Cristina Isabel Nunes	masterThesis	🔒
13-Jan-2021	Atitudes dos enfermeiros face à importância da família no processo de cuidar	Carvalho, Cristina Lourenço	masterThesis	🔒
4-Mar-2022	IMPORTANCIA DA FAMÍLIA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM - ATITUDES DOS ENFERMEIROS	Bértolo, Ana Rita	masterThesis	🔓
30-Dez-2019	DA AVALIAÇÃO FAMILIAR AO PROCESSO DE ENFERMAGEM A FAMÍLIA - CONSTRUÇÃO DE UM PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	Santos, Eva João de Jesus	masterThesis	🔓
13-Set-2022	Atitudes dos enfermeiros face à importância da família no processo de cuidar	Duarte, Maria Isabel Rodrigues	masterThesis	🔓
30-Jul-2020	A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: Atitudes do enfermeiro de família	Paveira, Daniela Cunha	masterThesis	🔒

roma and "family nursing" and "transcultural nursing" and "Culturally Competent Care"

REPOSITÓRIO CIENTÍFICO

Repositório Científico do Instituto Politécnico de Santarém

Pesquisar

Pesquisar: Em todo repositório
por roma and "family nursing" and "transcultural nursing" and "Culti. Enviar

Filtros correntes: Assunto | Iguais | Enfermagem

Adicionar filtros:
Utilizar filtros para refinar o resultado da pesquisa.
Título | Iguais | Adicionar

Resultados/Página: 10 | Ordenar registos por: Relevância | Por ordem | Descendente | Autores/Registo

Resultados 1-3 de 3.

REFINAR

Autor

- Amendoira, José (2)
- Pinto, M. Rosario (2)
- Reis, Alcinda Maria Sarmento do S... (2)
- Dias, Hélia (1)
- Dias, Hélia (1)
- Ferreira, Maria (1)
- Figueiredo, Maria (1)
- Madeira, Ana (1)
- Reis, Alcinda (1)
- Santiago, Maria (1)

"culturally competent care" AND "transcultural nursing" AND roma

NIH National Library of Medicine

Search: "culturally competent care" AND "transcultural nursing" AND roma

You searched 8+ million full text articles

PMC Full-Text Search Results

Items: 2

Filters activated: Open access. Clear all to show 2 items.

- Qualified Nurses' Perceptions of Cultural Competence and Experiences of Caring for Culturally Diverse Patients: A Qualitative Study in Four European Countries**

Isabel Antón-Solanas, Beatriz Rodríguez-Roca, Valérie Vanceulebroeck, Nuran Kömürçü, Indrani Kalkan, Elena Tambo-Lizalde, Isabel Huércanos-Esparza, Antonio Casa Nova, Nadia Hamam-Alcober, Margarida Coelho, Teresa Coelho, Yannic Van Gils, Soda Degimenci Oz, Arzu Kavala, Ana B. Subirón-Valera

Nurs Rep. 2022 Jun; 12(2): 348–364. Published online 2022 May 5. doi: 10.3390/nursrep12020034

PMCID: PMC9149935

Article | PubReader | PDF-317K | Cite
- Nursing students' experience of learning cultural competence**

Isabel Antón-Solanas, Elena Tambo-Lizalde, Nadia Hamam-Alcober, Valérie Vanceulebroeck, Shana Daehes, Indrani Kalkan, Nuran Kömürçü, Margarida Coelho, Teresa Coelho, Antonio Casa Nova, Raul Cordeiro, Lúcia Sagarra-Romero, Ana B. Subirón-Valera, Isabel Huércanos-Esparza

PLoS One. 2021; 16(12): e0259802. Published online 2021 Dec 17. doi: 10.1371/journal.pone.0259802

PMCID: PMC8683022

Article | PubReader | PDF-515K | Cite

"enfermagem transcultural"

The screenshot shows the RCAAP website interface. At the top, there is a navigation bar with links for HOME, PESQUISA AVANÇADA, DIRETÓRIO, FINANCIAMENTO, and AJUDA. The main content area displays search results for the query "enfermagem transcultural". It indicates that 95 documents were found and shows the first two results. The first result is titled "Ser enfermagem negro na perspectiva da transculturalidade do cuidado" by Bárbara Barroso e Bona. The second result is "A criança e a família em contexto multicultural" by Oliveira, Inês da Fátima. On the right side, there is a sidebar with "95 Resultados", a search box, and a list of authors including Monteiro, Ana Paula Teves... (6), Bochs, Astrid Eggert (4), Feyer, Lara Simoni Silveira (4), Monticelli, Marisa (3), and Rumor, Pamela Camila Fernandes (3).

"culturally competent care" AND "transcultural nursing"
(Este artigo foi cedido por especial favor pela biblioteca da escola- 1 sem acesso livre)

The screenshot shows a PubMed search results page. The search query is "culturally competent care" AND "transcultural nursing". The page displays 9 results. The first result is "What is transcultural nursing and culturally competent care?" by Leininger MM, J Transcult Nurs. 1999; PMID: 10476143. The second result is "Transcultural nursing courses online: implications for culturally competent care." by Adam JE, Nurs Clin North Am. 2008; PMID: 18940413. The third result is "Madeleine Leininger on transcultural nursing and culturally competent care. Interview by Mary Agnes Seisser." by Leininger M, J Health Qual. 2000; PMID: 11942152. The page also includes filters for text availability (Full text, Free full text) and article attributes (Associated data, Article type).

"culturally competent care" AND "transcultural nursing"

This is another screenshot of the same PubMed search results page, showing the same search query and results as the previous screenshot. It highlights the search interface, including the search bar, filters, and the list of search results.

ANEXOS

ANEXO I- Certificado de formação- Rede Cuidados Continuados

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, I.P.
Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral

CERTIFICADO

Certifica-se que:

PAULA CRISTINA DO VALE BRITO PARREIRA

Participou na ação de formação “Cuidados Continuados Integrados nos Cuidados de Saúde Primários” promovido Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral, que decorreu na Centro Saúde da Marinha Grande, no dia 14 de outubro de 2022 das 11h30 às 13h30, com a duração total de 2h.

Leiria, 25 de novembro de 2022

A Presidente do Conselho Clínico e da Saúde

ANA FRANCISCA SANTOS COSTA
Assinado de forma digital por ANA FRANCISCA SANTOS COSTA

Ana Francisca Santos Costa

ANEXO II- Consentimento para divulgação de dados

Exmº Sr. Coordenador da USF Stephens

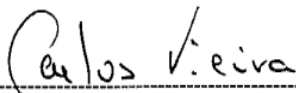
Paula Cristina do Vale Brito Parreira, estudante do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Saúde de Leiria e que realizou estágio clínico nesta USF entre maio de 2022 a janeiro de 2023, vem solicitar a Vossa Excelência a autorização para a utilização e publicação de informações relativas à USF Stephens obtidas a partir das seguintes fontes: BI-CSP, MIMUF e S. Clínico na sua dissertação para obtenção do grau de mestre. Mais se informa que a privacidade dos utentes e a sua confidencialidade clínica se encontra assegurada.

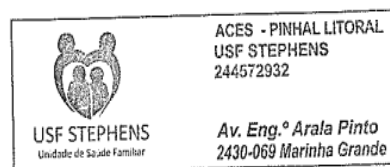
Com os melhores cumprimentos

Paula Parreira

Marinha Grande, março 2023

Coordenador da USF Stephens





Declaração

Maria Sofia Costa Carneirinho Sousa, enfermeira especialista em enfermagem de Saúde Comunitária, a exercer funções na USF Stephens do Centro de Saúde Marinha Grande, declaro para os devidos efeitos, que no âmbito do Curso do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar nos diferentes ensinamentos clínicos (13/05/2022 a 24/06/2022; de 27/06/2022 a 29/07/2022 e de 06/09/2022 a 31/01/2023, acompanhou e orientou a aluna Paula Cristina Vale Brito Parreira e forneceu dados relativos ao seu ficheiro de família através das plataformas MIM@UF e BI CSP (RAUF e PAUF).

Marinha Grande, 16 de fevereiro de 2023

Maria Sofia Costa Carneirinho Sousa



