

PROBLEMÁTICAS DE SAÚDE NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

DIVERSIDADE DE PERSPECTIVAS E CONTEXTOS

Autores:

Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de Sá

Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de Oliveira

Laura Maria Monteiro Viegas

Cristina Maria Rosa Jeremias

José Edmundo Xavier Furtado de Sousa

Lina Maria de Jesus Antunes Cabaço

Fátima Moreira Rodrigues

Amâncio António de Sousa Carvalho

Anabela Salgueiro-Oliveira

Olga Maria Martins de Sousa Valentim

EDITORA
OMNIS SCIENTIA



Volume 1

PROBLEMÁTICAS DE SAÚDE NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

DIVERSIDADE DE PERSPECTIVAS E CONTEXTOS

Autores:

Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de Sá

Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de Oliveira

Laura Maria Monteiro Viegas

Cristina Maria Rosa Jeremias

José Edmundo Xavier Furtado de Sousa

Lina Maria de Jesus Antunes Cabaço

Fátima Moreira Rodrigues

Amâncio António de Sousa Carvalho

Anabela Salgueiro-Oliveira

Olga Maria Martins de Sousa Valentim

EDITORA
OMNIS SCIENTIA



Volume 1

Editora Omnis Scientia

**PROBLEMÁTICAS DE SAÚDE NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA
DIVERSIDADE DE PERSPECTIVAS E CONTEXTOS**

Volume 1

1ª Edição

TRIUNFO - PE

2022

Editor-Chefe

Me. Daniel Luís Viana Cruz

Autores

Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de Sá

Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de Oliveira

Laura Maria Monteiro Viegas

Cristina Maria Rosa Jeremias

José Edmundo Xavier Furtado de Sousa

Lina Maria de Jesus Antunes Cabaço

Fátima Moreira Rodrigues

Amâncio António de Sousa Carvalho

Anabela Salgueiro-Oliveira

Olga Maria Martins de Sousa Valentim

Conselho Editorial

Dr. Cássio Brancaleone

Dr. Marcelo Luiz Bezerra da Silva

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior

Dr. Wendel José Teles Pontes

Editores de Área - Ciências da Saúde

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira

Dr. Leandro dos Santos

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dr. Marcio Luiz Lima Taga

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Assistente Editorial

Thialla Larangeira Amorim

Imagem de Capa

Freepik

Edição de Arte

Vileide Vitória Larangeira Amorim

Revisão

Os autores



**Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-
NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.**

**O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são
de responsabilidade exclusiva dos autores.**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Lumos Assessoria Editorial
Bibliotecária: Priscila Pena Machado CRB-7/6971

P962 Problemáticas de saúde na sociedade contemporânea : diversidade de perspectivas e contextos : volume 1 [recurso eletrônico] / Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de Sá... [et al.]. — 1. ed. — Triunfo : Omnis Scientia, 2022.
Dados eletrônicos (pdf).

Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-5854-626-9
DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9

1. Cuidados de saúde. 2. Enfermagem – Prática. 3. Serviços de saúde. 4. Medicina social. I. Sá, Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de. II. Oliveira, Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de. III. Viegas, Laura Maria Monteiro. IV. Jeremias, Cristina Maria Rosa. V. Sousa, José Edmundo Xavier Furtado de. VI. Cabaço, Lina Maria de Jesus Antunes. VII. Rodrigues, Fátima Moreira. VIII. Carvalho, Amâncio António de Sousa. IX. Salgueiro-Oliveira, Anabela. X. Título.

CDD 610.736

Editora Omnis Scientia

Triunfo – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 99656-3565

editoraomnisscientia.com.br

contato@editoraomnisscientia.com.br



PREFÁCIO

A coletânea de artigos que integram a obra com o título *Problemáticas de saúde na sociedade contemporânea - Diversidade de perspectivas e contextos*, publicada pela Editora Omnis Scientia, apresenta diversas temáticas do conhecimento na área da saúde e também das ciências sociais. Os estudos apresentados neste volume abordam temas atuais e de interesse para diferentes tipos de público.

Agradecemos aos autores por todo esforço e empenho na elaboração do e-book, desejando que os materiais divulgados possam contribuir para a fundamentação, discussão e olhares renovados sobre questões contemporâneas na área da saúde, que interessam a estes profissionais, em diferentes domínios, mas também a docentes, estudantes e investigadores, potenciando a reflexão em torno da saúde na atualidade.

Fatima Moreira Rodrigues

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....10

CUIDADOS DE SAUDE CULTURALMENTE COMPETENTES-PRECONCEITO

José Edmundo Xavier Furtado de Sousa

DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/10-20

CAPÍTULO 2.....21

CUIDAR EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL NUMA PERSPETIVA MULTICULTURAL

Cristina Maria Rosa Jeremias

Maria dos Anjos Pereira Lopes

DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/21-39

CAPÍTULO 3.....40

O ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA NO SERVIÇO HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA

Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de Sá

DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/40-52

CAPÍTULO 4.....53

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA AUTOEFICÁCIA DO CUIDADOR FAMILIAR

Laura Maria Monteiro Viegas

DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/53-71

CAPÍTULO 5.....72

CIDADANIA (IN)VISÍVEL DA PESSOA EM CONDIÇÃO DE SEM-ABRIGO: PERCURSOS COM DIVERSOS ANDAMENTOS

Lina Maria de Jesus Antunes Cabaço

DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/72-88

CAPÍTULO 6.....	89
A DIMENSÃO HOLÍSTICA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE	
Amâncio António de Sousa Carvalho	
DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/89-110	
CAPÍTULO 7.....	111
TRAJETÓRIA PEDAGÓGICA DE PROGRAMA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE SEXUAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de Oliveira	
DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/111-124	
CAPÍTULO 8.....	125
MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA - FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A CONTINUIDADE	
Fátima Moreira Rodrigues	
Cristina Maria Rosa Jeremias	
DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/125-144	
CAPÍTULO 9.....	145
PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA CATETERIZAÇÃO VENOSA PERIFÉRICA: CONTRIBUTOS PARA A PREVENÇÃO DE INFECCÕES	
Anabela Salgueiro-Oliveira	
Remy Cardoso	
Beatriz Serembeque	
Paulo Santos-Costa	
Rafael A. Bernardes	
Fernando Gama	
David Adriano	
Joana Bernardo	
Liliana B. Sousa	
Nádia Osório	
João Graveto	

Pedro Parreira

DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/145-161

CAPÍTULO 10.....162

**CONHECIMENTOS ÚTEIS SOBRE PERTURBAÇÃO DO USO DE ÁLCOOL:
CONTRIBUTOS PARA A LITERACIA FAMILIAR**

Olga Maria Martins de Sousa Valentim

Lídia Susana Mendes Moutinho

Ana Isabel Fernandes Querido

João José Rolo Longo

Tânia Sofia Pereira Correia

Carlos António Laranjeira

DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/162-176

CUIDAR EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL NUMA PERSPETIVA MULTICULTURAL

Cristina Maria Rosa Jeremias;

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Portugal.

<https://orcid.org/0000-0001-8339-1606>

E-mail: cjeremias@esel.pt

Maria dos Anjos Pereira Lopes.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Portugal.

<https://orcid.org/0000-0001-7934-6423>

RESUMO: O cuidar na dimensão da cultura é da maior relevância na formação, intervenção e investigação, integrando-se numa perspectiva sistémica, participativa e multi/interdisciplinar, na qual a Enfermagem se inscreve. O encontro interdisciplinar entre cultura e saúde faz emergir novos padrões de pensamento e desafios no domínio político, teórico, metodológicos no âmbito da prevenção, educação e promoção em saúde, bem como dos cuidados culturalmente competentes, particularmente no contexto da enfermagem de saúde infantil. A enfermagem transcultural visa uma melhor informação, capacitação e intervenção face às novas problemáticas individuais, familiares e comunitárias que se registam na sociedade contemporânea, nomeadamente a nível da Enfermagem de Saúde infantil. Os novos cenários de intervenção, nomeadamente no contexto do cuidar de clientes com diferentes *backgrounds* culturais e religiosos, colocam desafios aos enfermeiros, que passam pela aquisição de conhecimentos sobre cultura, cuidado cultural, cuidar e cuidar cultural, de forma a desenvolverem a competência cultural para responderem às necessidades das crianças, dos adolescentes e jovens, das famílias e comunidades, com cuidados culturalmente sensíveis. Este capítulo tem como objetivo refletir sobre o cuidar em enfermagem de saúde infantil numa perspectiva multicultural, no qual são analisadas algumas questões teóricas, metodológicas e práticas relacionadas com a abordagem dos cuidados culturalmente competentes a crianças, adolescentes e famílias integradas em comunidades com origem cultural e religiosa distinta da cultura socialmente dominante.

PALAVRAS-CHAVE: Cultura. Enfermagem. Saúde Infantil.

CHILD HEALTH NURSING CARE IN A MULTICULTURAL PERSPECTIVE

ABSTRACT: To care in the cultural dimension is of great relevance to investigate, instruct and develop interventions in a participatory and multi/ interdisciplinary systemic approach, where nursing inscribes. The interdisciplinary encounter between culture and health, results in new patterns of thinking and challenges at the political, theoretical, and methodological in the context of prevention, promotion, and health education, as well as culturally competent care, particularly in the context of the child health nursing. Transcultural nursing aims to provide better information, capacitate, and intervene in the face of new individual, family and community problems that are present in contemporary society, namely at the level of Child Health Nursing. The new intervention contexts, namely, to care of clients with different cultural and religious backgrounds set challenges to nurses, that involve the acquisition of knowledge about culture, care, and cultural care, and to develop cultural competence to respond to the needs of children, adolescents and young people, families, and communities, with culturally sensitive care. In this chapter we intend to reflect about child health nursing care in a multicultural perspective, analyzing some theoretical, methodological, and practical issues related to the approach of culturally competent care to children, adolescents and families integrated in communities of cultural and religious origin distinct from the dominant culture society.

KEY-WORDS: Culture. Nursing. Children's health.

INTRODUÇÃO

Tornou-se um facto que ao longo de pouco mais de um século, a Enfermagem em diferentes países do mundo passou por inúmeras transformações, inscrevendo manifestos progressos que se projetaram tanto na prática clínica como no meio académico e científico, conquistando novos espaços de ação (SILVA, 2008). Entre diversos determinantes que contribuíram para esta realidade, enquadram-se as mutações do tecido sociocultural contemporâneo, fruto de um fenómeno complexo e plural, com dimensões económicas, sociais, políticas, culturais, entre outras – a globalização. Embora, este fenómeno não seja recente, a presente facilidade inerente à acessibilidade aos diferentes continentes, países e movimentos transfronteiriços nas últimas décadas, tornou a globalização num fenómeno visivelmente vivo e transformador de miscigenação cultural.

Os movimentos inerentes aos processos de globalização, determinam desafios no cuidar em enfermagem, resultantes, maioritariamente, das inúmeras e céleres mudanças no espaço político, económico e sociocultural. Esses desafios passam pela aquisição de conhecimentos sobre os valores culturais do cuidar, das crenças e das práticas, pela mobilização dos mesmos a nível do planeamento, na prestação de cuidados e na interação, de forma eficaz, junto da população infantil, juvenil e famílias, no contexto de comunidades

multiculturais. Contudo, para compreenderem e se relacionarem eficientemente com a população que cuidam, os enfermeiros devem estar conscientes das suas próprias atitudes e valores (LEININGER, 2018). Dada a complexidade desses processos, é vital para a Enfermagem, enquanto disciplina e ciência, fortificar as suas bases epistemológicas, concordantes com os avanços da era atual, de forma a serem inovadoras, consistentes e sensíveis às necessidades humanas. Numa etapa da vida particularmente sensível como é a infância e a adolescência, essas necessidades são agravadas quando crianças, adolescentes e famílias, são condicionados a viver em mundos culturais diferentes ao do seu ambiente natural. Neste sentido, este capítulo visa refletir sobre o cuidar em enfermagem de saúde infantil numa perspectiva multicultural.

ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E CUIDAR MULTICULTURAL

Contribuir para a saúde da criança, adolescente e suas famílias, requer por parte dos profissionais de enfermagem a compreensão das influências sociais, culturais e religiosas, tendo uma perspectiva holística dos cuidados de forma a conhecer bem para bem cuidar (COLLIÈRE, 2003). Para cuidar de clientes de saúde infantil com diferentes *backgrounds* culturais ou religiosos, importa que os enfermeiros utilizem a Enfermagem Transcultural no seu campo de exercício profissional e que iniciem os colegas nesta abordagem, porque estes profissionais de saúde são responsáveis pela promoção da saúde e bem-estar da criança, do adolescente e da família.

Complexidade de cuidar em contexto multicultural

Reportando-nos a um breve enquadramento de realidade multicultural em Portugal, a história do nosso país narra uma marcante experiência de emigração no século passado. Embora continue a viver fenómenos de emigração, tornou-se um país de acolhimento de diferentes povos, predominantemente originárias de países da América Latina, Europa de Leste, África Magrebina e Subsariana, Ásia e Médio Oriente (SERVIÇO DE ESTRANGEIROS E FRONTEIRAS, 2020). Esta realidade multicultural mostra ser comum cruzarmo-nos quotidianamente com pessoas de diferentes nacionalidades, culturas, etnias, religiões e filosofias de vida (BASE DE DADOS PORTUGAL CONTEMPORÂNEO, 2019). Cada diáspora traz consigo grande riqueza cultural que se expressa através das crenças, costumes, tradições, religião e modos de viver a saúde e a doença. No confronto com os países acolhedores, em particular com os serviços de saúde, será que tal riqueza é considerada de modo sistemático e natural? Os que são acolhidos transportam consigo a sua identidade cultural, ou seja, a sua identidade genética associada à intervenção familiar, comunitária e ambiental. Esta circunstância leva os enfermeiros a confrontarem-se com o desafio diário de cuidar de pessoas com diversos *backgrounds* culturais e espirituais, o que exige desenvolver a competência cultural; consistindo esta, num “processo em que o cuidador de saúde adquire ou tenta continuamente atingir a capacidade de trabalhar efetivamente

no contexto cultural do cliente, indivíduo, família ou comunidade” (KARDONG-EDGREN e CAMPINHA-BACOTE, 2008, p. 38). Nas sociedades multiculturais, como a portuguesa, a competência cultural, é essencial para as instituições de saúde ou educacionais, entre outras. Quer no sistema de saúde ou de educação, profissionais culturalmente competentes contribuem para eliminar as desigualdades culturais, étnicas, espirituais e de gênero, na prestação de cuidados e a nível da promoção da saúde e bem-estar.

Os enfermeiros ou outros profissionais de saúde, ao cuidarem de pessoas pertencentes a um quadro sociocultural e espiritual distinto dos seus, não podem desconsiderar o espaço onde se enquadram. As vivências que adquirem e o manancial interventivo do mundo que os rodeia, poderá influenciar, de forma clara, a sua cultura e a maneira de perspectivam a vida, a morte, a saúde e a doença, podendo esta ser contrária à perspectiva dos que cuidam (RAMOS, 2009, 2012). O contexto de “banho cultural” em que todos vivemos, desafia a Enfermagem a procurar caminhos que respondam de forma efetiva às questões de saúde que se colocam perante as pessoas, na vida em sociedade na qual estão inseridas.

Bases Teóricas

Apresentada a complexidade de cuidar, passamos a explicitar as bases teóricas sobre o cuidado multicultural e cuidar em enfermagem de saúde infantil. Para tal recorreremos a autores, como Anthony Giddens, Cheryl Rodgers, Clifford Geertz, David Wilson, Larry Purnell, Marie-Francoise Colliere, Madeleine Leininger, Marilyn Hockenberry, Marilyn McFarland, em particular.

Já COLLIÈRE (2003) dizia que, para bem cuidar ter-se-á que bem conhecer. Neste sentido e perante a realidade da diversidade cultural, o ato de cuidar exige que os profissionais de saúde desenvolvam competências baseadas na compreensão e interpretação dos fenómenos, e nas experiências subjetivas dos outros. Logo, a interpretação cultural à luz dos motivos, hábitos e valores, explicando-os dentro do sistema no qual aparecem, contribui para dar respostas culturalmente competentes às necessidades de indivíduos, famílias, grupos e comunidades. O domínio cultural do cuidar é essencial para a Enfermagem, uma vez que, como referem LEININGER e MCFARLAND (2006) e LEININGER (2018), evidencia os fenómenos, as atividades do cuidado, o comportamento humano e as respetivas variações determinadas pelo processo cultural. Assim, no âmbito da intervenção dos enfermeiros, a saúde das crianças e dos adolescentes integrados em famílias com origens culturais e ou religiosos diferentes da sociedade maioritária, onde estão inseridos, representa uma exigência acrescida por associar à dimensão cultura, a dimensão de desenvolvimento pessoal e familiar, na qual a tradição exerce grande influência.

Ao cuidar de crianças, adolescentes e famílias, mobilizam-se habitualmente estratégias que se centralizam nos clientes, guiando-os em direção à autonomia, tornando-os capazes de pensar e de agir criticamente, no sentido da melhoria da saúde nas suas vidas. Na mesma forma também, nestes clientes, a valorização e o estímulo das crenças

e valores socioculturais tornam-se imprescindíveis no exercício do cuidado culturalmente competente, favorecendo a construção de atitudes e comportamentos saudáveis. Contudo, não é fácil orientar os aspetos relacionados com a particularidade dos cuidados que deem resposta às necessidades das crianças, dos adolescentes e das famílias de diferentes quadros socioculturais e credos; porque poderá ser um obstáculo ao ato de cuidar, o pouco conhecimento, dos que cuidam, sobre crenças, hábitos, comportamentos de saúde, vivências e formas de perspectivar a vida, dos clientes que são cuidados. Os enfermeiros estão familiarizados com a cultura dominante e que conhecem melhor – a cultura onde estão integrados. Quando são confrontados com outras formas de ver o mundo, muitas vezes distintas das suas, emerge o receio, a insegurança, o sentimento de incapacidade e, por vezes, a rejeição.

Para uma melhor compreensão do que tem sido exposto, importa compreender quatro conceitos centrais – *cultura*, *cuidado cultural*, *cuidar* e *cuidar cultural*, que passamos a apresentar. Cruzando as ciências de antropologia, sociologia e de enfermagem, poderemos referir que *cultura* é um conjunto de crenças, valores e pressupostos sobre a vida, que são amplamente preservados entre um grupo de pessoas e que são transmitidos de geração em geração (LEININGER e MCFARLAND, 2006; LEININGER, 2018). O teórico de enfermagem Purnell, explicita o mesmo conceito ao defini-lo “como sendo a totalidade de padrões comportamentais socialmente transmitidos, as artes, as crenças, os valores, os costumes, as formas de vida, e todos os outros produtos de trabalho humano e características de pensamento de uma população que orienta a sua visão do mundo e as suas tomadas de decisão” (PURNELL, 2010:6). GEERTZ (2018) complementa, referindo que cultura consiste num padrão historicamente transmitido de significados incorporados em símbolos, um sistema de concepções herdadas expressas em formas simbólicas por meio das quais os homens comunicam, perpetuam e desenvolvem o seu conhecimento e atitudes em relação à vida, e a “totalidade acumulada” de padrões simbólicos que aparecem em diferentes sociedades. Numa perspectiva mais simples do conceito, SPECTOR (2009) refere-se à cultura como um contexto riquíssimo, no qual cada pessoa observa e responde ao meio que a rodeia, fornecendo as lentes pelas quais todas as particularidades do comportamento do ser humano podem ser interpretadas.

Nestas perspectivas do conceito de cultura, a experiência humana é avaliada pela interpretação das experiências que varia em função das interações com os outros, sendo o significado que as pessoas conferem às suas experiências e o processo de interpretação, os elementos que constituem essas mesmas experiências. Tal facto, permite perspectivar a realidade e perceber que existe uma clara interação entre a cultura e os significados que as pessoas lhe atribuem.

Centrando-nos, neste momento, nos conceitos *cuidar* e *cuidar cultural*, qual o significado dos mesmos? *Cuidar*, segundo (COLLIÉRE 1999: 235), refere-se ao “ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais”. Esta

teórica, preocupa-se em enfatizar no conceito de cuidar em enfermagem, a circunstância de saúde na qual o cliente se insere, concedendo relevância à dimensão socioantropológica, para que o processo de cuidados possa ser adaptado às suas necessidades. Esta perspectiva do cuidar vai ao encontro à de Madeleine Leininger que, segundo a mesma, cuidar são as ações e atividades orientadas no sentido de assistir, apoiar e capacitar o indivíduo, família ou grupo com necessidades evidentes ou antecipadas, para melhorar, aperfeiçoar uma forma de vida, condição humana e a morte (LEININGER, 1991, 1998, 2018). Neste sentido, esta autora define *cuidado cultural* como a forma holística mais ampla de saber, explicar, interpretar e prever os fenômenos do cuidar cultural para orientar as práticas do cuidar em Enfermagem. O *cuidar cultural* é definido, como sendo os valores, crenças e modos de vida regidos por um padrão, subjetivo e objetivamente aprendidos e transmitidos, que assistem, apoiam, facilitam ou habilitam o indivíduo, família ou grupo a manter a sua saúde e bem-estar, a melhorar a sua condição humana e modo de vida, ou a lidar com a doença, incapacidades ou morte (LEININGER, 2018).

Os elementos integradores da cultura são apreendidos, compartilhados e transmitidos por um grupo específico. Estes elementos orientam o pensamento, decisões e ações dos membros pertencentes a um grupo ou comunidade (LEININGER, 2018), relacionando-os com o cuidar, de forma que este seja significativo para o outro, tendo o cuidado humano ser definido no ambiente cultural (SOCIEDADE TRANSCULTURAL DE ENFERMAGEM, 2021). Desta forma, o cuidar cultural apenas pode ocorrer quando as crenças, os valores, os costumes e as normas de comportamento, relativas às formas ou estilos de vida, são conhecidos por quem cuida.

No sentido de contribuir para o conhecimento dos elementos culturais que servem de lente orientadora na vida dos povos, a enfermeira e antropóloga Madeleine Leininger desenvolveu a teoria de Enfermagem Transcultural – *Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural*, cujo foco está em providenciar cuidados que se encontrem em harmonia com as crenças, práticas e valores culturais do cliente. Esta teoria dispõe de uma estrutura holística e compreensiva para analisar sistematicamente diferentes dimensões da cultura, numa perspectiva de Enfermagem. Desenvolveu, também, o Modelo Sunrise para analisar o significado do cuidado nas diversas culturas. Através deste modelo poder-se-á descobrir, explicar, interpretar e prever o conhecimento do cuidado, bem como contribuir para o desenvolvimento do cuidar cultural sensível às necessidades dos clientes (LEININGER, 1991, 2018; LEININGER e MCFARLAND, 2006). Na linha de evolução do tempo e da cultura, (SHEN, 2014) refere-se a outros teóricos que, também, contribuíram para uma nova perspectiva da enfermagem transcultural a partir do metaparadigma de enfermagem: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem, tais como: Campinha-Bacote (2002) - Modelo de cuidado culturalmente competente, Larry Purnell (2003, 2008) - Modelo Purnell de competência cultural, Giger e Davidhizer (2004, 2008) - Modelo de avaliação cultural, Andrews e Boyle (2008) - Guia de avaliação de enfermagem transcultural para indivíduos e famílias, e Pacquiao (2012) - Modelo de competência cultural de decisões

éticas. Contudo, torna-se insuficiente a apropriação dos conceitos a nível do discurso, o que faz com que a Enfermagem Transcultural deva ser incluída e operacionalizada. Isto, porque cuidar envolve a compreensão da natureza humana e a integração do significado da existência de si e do outro, de forma a adotar um comportamento ajustado. Nesse sentido, para analisarem o significado da natureza e dos atributos do cuidado, a partir da forma como o indivíduo vê o mundo, os investigadores de enfermagem transcultural poderão recorrer ao 1º nível do Modelo Sunrise (LEININGER e MCFARLAND, 2006). Este nível oferece a representação da perspectiva do mundo e dos sistemas sociais, possibilitando a compreensão dos atributos dos cuidados em três perspectivas: microperspetiva (indivíduos de uma cultura), perspectiva média (fatores mais complexos de uma estrutura específica) e macroperspetiva (fenómenos transversais em diversas culturas. O modelo é constituído por componentes interdependentes de estrutura cultural e social que, segundo as teóricas, incluem: o idioma, o contexto ambiental do cliente e os fatores tecnológicos, religiosos, filosóficos, políticos, económicos, educacionais, bem como grau de parentesco, estrutura social, valores e crenças culturais.

Em enfermagem, e no se refere ao tema deste capítulo – *Cuidar em enfermagem de saúde infantil numa perspectiva multicultural* –, torna-se imprescindível conhecer o ambiente cultural das crianças, dos adolescentes e das suas famílias. Este conhecimento, deverá ser integrado numa perspectiva da construção de um paradigma do cuidar que inclua não só uma abordagem culturalmente competente, mas que possibilite cuidados de enfermagem independentes e sensíveis ao cliente de saúde infantil; pertencente a diferentes culturas e religiões, por forma a promover a saúde e o bem-estar dos mesmos. Contudo, existe uma particularidade que tem de estar presente no cuidador. Não existe uma única forma na prestação de cuidados culturalmente competentes devido a existência de variações culturais no seio dos grupos e comunidades e, igualmente, nos grupos culturais aos quais os prestadores de cuidados pertencem. Para realizar uma abordagem ao cliente de forma informada, o enfermeiro deverá considerar a importância da cultura. Porém, será necessário respeitar e reconhecer a integridade de todos os seres humanos. Independentemente da etnicidade, cultura ou herança cultural, todos os seres humanos são culturalmente únicos e essa unicidade, em termos culturais, é sustentada pela diversidade cultural. Este conceito compreende a diferença visível e secreta entre pessoas pertencentes a diferentes grupos, relativamente aos seus valores, crenças, linguagem, características físicas, padrões gerais de comportamento e, também, os modos de vida dos membros de uma sociedade, incluindo o modo como se vestem, as suas formas de casamento e de família, os seus padrões de trabalho, cerimónias religiosas e atividades de lazer (GIDDENS, 2014).

O conhecimento de culturas é uma caminhada complexa e a evidência revela que a cultura influencia o conceito de *criança*, *infância* e *adolescência*, a forma de vivenciar cada uma destas etapas de desenvolvimento e os cuidados de saúde a esta população. De acordo com a UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND (2019), *criança* é toda a pessoa menor de dezoito anos de idade, salvo se, no enquadramento do

código civil que lhe seja aplicável, tenha atingido antes a maioridade. *Infância* refere-se ao período desde o nascimento até à *adolescência* e esta é considerada um período transitório entre a infância e a idade adulta.

Na generalidade das sociedades ocidentais, o desenvolvimento da criança encontra-se dividido em seis estádios (recém-nascido, lactente, *toddler*, pré-escolar, escolar e adolescência), durante os quais ocorrem profundas transformações biofisiológicas, cognitivas, psicossociais e económicas, inerentes a cada um dos estádios (HOCKENBERRY, 2014). Contudo, a adolescência caracteriza-se pela ausência de marcadores socioculturais explícitos ou fronteiras circunscritas que garantam um processo unilateral na transição para a idade adulta (SAEWYC, 2014; DEROUIN, 2019), cujos limites cronológicos, segundo a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2009), situam-se aproximadamente entre os 10 e os 19 anos de idade completos. Esta realidade não é universal, existindo variações culturais neste tipo de classificação. Por exemplo, atualmente é possível encontrar-se comunidades e subculturas onde o reconhecimento da criança é marcado e o de adolescente está ausente. Por exemplo, nas comunidades ciganas a criança cresce livremente, mas transitam da infância para a vida adulta através de rituais de passagem (como o “casamento pubertário”), sem que haja um estágio intermédio (COSTA, 2019). No contexto português, as meninas ciganas casam entre os 13 e 18 anos, os meninos entre os 16 e 20 anos (JEREMIAS, 2009; CUNHA e MAGANO, 2019).

Conhecemos o que é esperado a nível das competências de cada etapa do desenvolvimento das crianças e dos adolescentes integrados nas culturas ocidentais. Porém, mantendo o exemplo das comunidades ciganas, a realidade é diferente. Na cultura cigana, a *criança* é considerada um *bebé* até aos 4 anos de idade e durante esse período de tempo é educada pela mãe, irmãs e tias; entre os 4 aos 7 anos, é considerada *criança* e é-lhe permitida todas as “liberdades”; dos 11 aos 12 anos, é considerada *jovem* e a sua inserção na vida comunitária é assegurada pela comunidade e família alargada. Nesta etapa assume responsabilidades de sustento e manutenção da família. Após os 16 anos, o jovem é considerado um *adulto*, constitui família e assegura o seu sustento, contribuindo para a coesão da comunidade (MORENO, 2004).

Comunicação

A comunicação é essencial para as relações humanas, porém pode constituir uma fonte de stress, angustia e mal-entendidos entre pessoas de diferentes culturas ou grupos étnicos, sobretudo se comunicarem em diferentes idiomas.

Comunicar com famílias de diferentes culturas, por vezes torna-se uma atividade árdua. A única barreira não é a diferença do idioma, uma vez que a comunicação, é um “fenómeno social complexo e multidimensional, estando cada ato de transmissão de uma mensagem integrado numa matriz cultural, num conjunto de códigos, de regras e de representações que tornam possíveis e mantêm as relações entre os membros de uma

mesma cultura ou subcultura” (RAMOS, 2009, p. 69). Ao ignorar-se códigos, regras culturais e linguísticos poder-se-á criar problemas comunicacionais que irão prejudicar a construção de uma relação terapêutica. Contudo, a realidade mostra que, de facto, o idioma tem sido considerado uma grande barreira de comunicação entre os serviços de saúde e os clientes, especialmente os que não compreendem a língua dominante. Para se ultrapassar este obstáculo de comunicação, os profissionais de saúde deverão conversar com cuidado e devagar, e não em voz alta. No entanto, o mais difícil no estabelecimento de uma interação, não é a comunicação verbal, mas sim, a comunicação não-verbal, devido à existência de grande diversidade ao nível da linguagem cinestésica (postura e gestos), proxémica (territorialidade), táctil (toque e intensidade) e na paralinguagem (timbre de voz, volume e tom, dicção e articulação, respiração, débito de palavras e vocabulário).

Diferentes culturas consideram o contato visual de formas distintas. Embora, nas culturas ocidentais olhar as pessoas diretamente nos olhos seja considerado um sinal de franqueza e de atenção, em muitas culturas não ocidentais, o contato visual direto é evitado por questões de respeito ou por ser considerado insultuoso e desrespeitador. (FOOTE, 2019). Também, JEREMIAS (2019) refere que em alguns grupos étnicos, onde exista uma marcada supremacia masculina nos padrões de comunicação, durante as interações realizadas com os profissionais de saúde, a mulher apenas fala se tiver a permissão do marido.

O toque é uma forma de comunicação não-verbal com bastantes variações de significado entre diferentes culturas. Os enfermeiros formados nas escolas europeias e americanas usam o toque como meio terapêutico de comunicação com os clientes. Contudo, este meio de comunicação não é confortável ou socialmente aceite em determinadas culturas. Por exemplo, com clientes de origem islâmica, os profissionais de saúde do sexo masculino não têm permissão para tocar nas regiões, consideradas íntimas, do corpo feminino. Igualmente, os profissionais de saúde do sexo feminino pertencentes a culturas dessa origem, são impedidas de cuidar de clientes do sexo masculino. Esta regra não se aplica se o cliente for uma criança pequena ou em situações clínicas de emergência (MUJALLAD, 2016).

Durante uma entrevista, é fácil os enfermeiros integrarem as próprias atitudes e sentimentos. Muitas vezes, os seus preconceitos e suposições, como os estereótipos culturais e religiosos, influenciam as percepções sobre o comportamento dos clientes. O que, os enfermeiros podem interpretar como hostilidade passiva ou falta de interesse das crianças ou dos pais, pode ser apenas timidez ou uma manifestação de ansiedade. Para prevenir erros deste tipo de interpretação, dever-se-á ter presente uma componente da comunicação culturalmente sensível, que consiste em disponibilizar tempo para avaliar as crenças e os valores, de forma a facilitar a compreensão de comportamentos e a percepção que os pais têm das situações clínicas dos filhos (FOOTE, 2019). Por exemplo, este conhecimento ajuda a família a consciencializar-se sobre as implicações dos cuidados a uma criança ou adolescente, antes do consentimento para procedimentos específicos

ou administração de terapêutica (THIBODEAUX e MOONEY-DOYLE, 2014; FRANKLIN, MOONEY-DOYLE e RODGERS, 2015, 2019). O quadro n.º 1 sintetiza características culturais relacionadas com a comunicação verbal e não-verbal de comunidades presentes em Portugal.

Quadro n.º 1: Características culturais gerais da comunicação com o cliente de saúde infantil.

Origem Cultural	Comunicação
Famílias de culturas com origem africana	<p>Colocar questões pessoais, durante o primeiro encontro, é considerado improprio e abusivo.</p> <p>O contacto visual inicial é percebido como respeito, mas a manutenção do mesmo pode ser vista como agressividade.</p> <p>O silêncio pode indicar ansiedade ou insegurança.</p>
Famílias de cultura cigana	<p>Expansivos.</p> <p>Utilizam o <i>Caló</i> ou <i>Romanó</i> como estratégia para que os não-ciganos não os compreendam.</p> <p>Atribuem importância ao comportamento não-verbal.</p> <p>Presença de supremacia masculina e familiar hierárquica no ato de comunicar.</p> <p>Não é habitual o cumprimento com aperto de mão entre indivíduos do sexo oposto.</p>
Famílias de cultura chinesa	<p>Reservados.</p> <p>Parecem ter um timbre verbal alto, porque as palavras em mandarim ou cantonês, têm diferentes significados consoante o nível de sonoridade.</p> <p>Para alguns grupos, olhar diretamente nos olhos de superiores pode ser considerado desrespeito.</p> <p>Não é apreciado o cumprimento com aperto de mão entre indivíduos do sexo oposto e com estranhos. O sorriso é a forma de cumprimento mais apreciada.</p>
Famílias de cultura e contexto islâmico	<p>Valorizam a privacidade e resistem em fornecer informação a quem ainda não estabeleceram uma relação de confiança.</p> <p>O contacto visual entre indivíduos do mesmo sexo é percebido como respeito.</p> <p>Para alguns grupos, o contacto visual com superiores e, ou com pessoas do sexo oposto, é considerado desrespeito.</p> <p>Presença de supremacia masculina e familiar hierárquica no ato de comunicar.</p> <p>Não é bem-aceite o aperto de mão entre indivíduos do sexo oposto.</p> <p>O cumprimento com beijo na face é apenas socialmente aceite entre indivíduos do mesmo sexo.</p>

Adaptado de: THIBODEAUX e MOONEY-DOYLE (2014); DAGAZON (2011).

Crenças de Saúde

As crenças relacionadas com a saúde e doença são elementos integrantes do património cultural das famílias, muitas vezes interligadas com crenças religiosas. Crenças desta natureza, exercem influência na forma como as famílias lidam com os problemas de saúde dos seus elementos e, também, como interagem com os profissionais de saúde.

De acordo com THIBODEAUX e MOPNEY-DOYLE (2014), na maioria das culturas, as crenças de saúde estão, predominantemente, relacionadas com as forças naturais, forças sobrenaturais e desequilíbrios entre as forças.

As forças naturais, são consideradas a causa de problemas de saúde, que poderão ocorrer numa situação em que o corpo se encontre insuficientemente protegido, incorporando no seu interior o frio e as impurezas existentes no ar. Por exemplo, esta crença poderá levar uma mãe chinesa a vestir excessivamente a filha, com a preocupação de a manter quente e afastar o corpo da criança do frio. O povo chinês acredita que o tempo frio, a chuva ou o vento são responsáveis pelas doenças frias. Creem, também, que a energia Chi entra e sai do corpo, através da boca, do nariz e dos ouvidos, fluindo ao longo do corpo, em momentos e zonas específicas, através de vias definidas ou meridianos. Este povo acredita que o défice de Chi a nível sanguíneo, provoca fadiga, falta de energia e uma diversidade de doenças.

As forças sobrenaturais, são as que predominam, na maioria das culturas, como causadoras de doença. Em muitas culturas percebe-se as más influências, como a bruxaria, os maus espíritos e o vodu, como causas de situações de doença, especialmente as que não conseguem explicar por outros meios.

Uma crença de saúde muito presente entre os povos da Orla Mediterrânea, África, Ásia e Médio Oriente (por exemplo, pessoas de origem árabe e, também, pessoas de cultura cigana), é o “mau-olhado” ou “quebranto” (Jeremias, 2009). Esta força faz parte da doença, como um estado de desequilíbrio. A força e o poder estão associados ao “mau-olhado”. Deste modo, enquanto a força e a fraqueza de um indivíduo se encontrarem em equilíbrio, este não estará vulnerável ao “mau-olhado”. Porém, as crianças recém-nascidas e lactentes ou crianças pequenas, devido ao seu desenvolvimento imaturo e às características dos seus mecanismos internos de força e fraqueza, estão particularmente sensíveis ao efeito do “mau-olhado”. Naturalmente, com base nesta crença, o “mau-olhado” servirá para justificar o início inexplicável da doença em crianças que apresentem sintomas de irritabilidade, choro, vômitos, diarreia e febre.

O desequilíbrio de forças, é partilhado por muitas culturas. Por exemplo, nas culturas da Orla Mediterrânea, Ásia e dos países árabes. O desequilíbrio mais comum é o que existe entre o “frio” e o “quente”. Esta crença, supostamente, tem origem na teoria Hipocrática - **Teoria dos Humores** -, que defende que a doença é causada pelo desequilíbrio dos quatro humores: sangue, fleuma, bílis amarela e bílis negra. O “frio” e o “quente” descrevem propriedades e condições que não têm qualquer relação com a

temperatura do meio ambiente. Regiões do corpo, alimentação e doenças, são classificadas como “frias” ou “quentes”. Na tradição chinesa são denominadas como ying (frio) e yang (quente). Por exemplo, uma doença respiratória é considerada uma condição “fria”, crê-se que poderá ser provocada pela exposição ao frio, vento frio e chuva, o que levará à estrada destas condições no corpo. Sendo uma condição fria, será tratada com a ingestão de alimentos “quente” ou ervas. A menstruação é considerada uma condição “quente” e, por isso, as meninas são ensinadas pelas ancestrais que durante o período menstrual não deverão comer alimentos “quente” (cereais integrais e derivados, leguminosas, fruta, raízes, oleaginosas e sementes, líquidos e vegetais de rama verde) porque poderão aumentar o fluxo menstrual e/ou provocar cólicas. Também, a ingestão em excesso de alimentos “frio” ou “quente”, pode ser percebido como a causa de doença.

Práticas de Saúde

As práticas de saúde, são muito semelhantes entre culturas, especialmente na proteção e tratamento da doença, estando intimamente ligadas a medidas de proteção e cura popular.

Para a proteção da saúde, nas tradições, existem práticas relacionadas com a alimentação, práticas espirituais, religiosas e crenças populares.

Uma prática tradicional que povo chinês crê conferir proteção da saúde, é a introdução de determinadas substâncias na dieta, como a raiz de ginseng. Creem que esta raiz tem a propriedade medicinal de “construir e reconstruir” o sangue.

A fé exerce forte influência na proteção da saúde. As práticas realizadas estão intimamente ligadas a ritos espirituais, religiosos e populares. São exemplo destas práticas: orações, súplicas, dias de jejum, queima de velas e incensos, realização de diversas promessas a entidades espirituais de referência e o uso de artefatos religiosos e populares. O uso de amuletos, medalhas e artefatos religiosos, são frequentemente encontrados em crianças e adolescentes. Exemplos desses objetos são, a “mão-de-Fátima” (H-misa Remissa), em ouro ou em prata, colocado num fio ou pulseira; uma pinta preta de al-kuhl (colírio de pó de antimônio) pintada na testa ou na face da criança; um fio em cordão de pano preto rezado colocado no pescoço, usado como um fio; uma pulseira feita com pequenas pedras pretas que, após ser rezada, é colocada no pulso ou no tornozelo. Estas práticas concedem apoio e conforto e raramente impedem os cuidados de saúde. Frequentemente são encontradas entre os povos africanos, da Ásia meridional e do médio oriente. Os profissionais de saúde deverão reconhecer o valor do uso destes artefatos, mantendo-os no local onde estão colocados ou o mais próximo possível (JEREMIAS, 2009; THIBODEAUX e MOPNEY-DOYLE, 2014).

Para a cura, em todas as culturas existem técnicas e remédios caseiros que são administrados antes de recorrer a profissionais de saúde. Contudo, muitos grupos étnicos

procuram primeiro os curandeiros ou curandeiras - pessoas com poderes de cura - quando os remédios caseiros não resultam. Os curandeiros, tradicionalmente, são indivíduos com poder nas comunidades. Estas pessoas compreendem e falam a mesma língua das famílias, demonstrando um sincero interesse pelas mesmas e pelos seus problemas.

Os povos asiáticos procuram ervanários com conhecimentos de medicina ou, também, um praticante de terapias étnicas asiáticas como a acupuntura (técnica que consiste na inserção de agulhas em meridianos específicos do corpo), acupressão (consiste num procedimento que associa os princípios da massagem e da acupuntura sem a utilização de agulhas, aplicada em meridianos específicos do corpo) e a moxabustão (um tipo de acupuntura que consiste na aplicação de calor direto ou indireto sobre a pele, através de um bastão enrolado com ervas medicinais, como a Artemísia).

Os povos da Orla Mediterrânica, também, têm por tradição, recorrer a técnicas e remédios caseiros que são administrados antes de procurarem a ajuda de profissionais de saúde. Esta situação é muito comum nas culturas do sul da Europa, magrebina e cigana.

Determinados remédios caseiros utilizados são compatíveis com os fármacos prescritos pela medicina convencional e podem servir de reforço ao plano terapêutico. Embora, seja raro uma prescrição popular ter base científica, dever-se-á respeitar as práticas de saúde tradicionais que não provoquem dano. Contudo, será imprescindível explicar a razão de alguns remédios e práticas caseiras poderem ser nefastos ou, mesmo, colocar a vida em risco.

A cura pela fé, está intimamente relacionada com diversas práticas de cura religiosa e popular. A oração, suplica, cumprimento de dias de jejum, queima de velas e de incensos, uso de artefatos religiosos e de crença popular, são práticas comuns de auxílio na cura que integram a tradição de diferentes culturas. As pessoas que creem na forte influência do “mau-olhado”, como causa de doença, conhecem práticas que auxiliam na cura e que exigem um praticante adequado como, curandeiros ou mulheres experientes com esse conhecimento. Por exemplo, para a cura do “mau-olhado”, é comum em várias culturas realizar-se um ritual constituindo por orações feitas com a utilização de água e azeite, tendo uma fase de apreciação da situação e outra de cura. Este ritual encontra-se, também, enraizado na cultura de várias regiões de Portugal (JEREMIAS, 2009; THIBODEAUX e MOPNEY-DOYLE, 2014).

Influência Familiar

A cultura familiar, exerce grande influência nos cuidados de saúde. O termo família tem sido definido de diferentes formas, de acordo com o próprio quadro de referência, valores ou disciplina do indivíduo. Não existe uma definição universal de família. Por exemplo, uma família poderá ser o que um indivíduo considera que seja, podendo ser definida como uma instituição onde indivíduos estão relacionados por meio da biologia ou de compromissos

duradouros, representando gerações e géneros semelhantes ou diferentes, participando em papéis que envolvem socialização mútua, nutrição e comprometimento emocional (KAAKINEN, STEELE, COEHIO, ROBINSON, 2018).

Os cuidados de enfermagem a crianças e adolescentes estão intimamente envolvidos com o cuidado aos mesmos e da família. A estrutura e a dinâmica familiar podem exercer uma longa influência na criança e no adolescente, interferindo na saúde e no bem-estar. Consequentemente, os enfermeiros deverão conhecer as funções, os vários tipos de estruturas familiares, as teorias que fornecem uma base para a compreensão das mudanças que ocorrem no seio familiar e, para a orientação de intervenções individualizadas e sensíveis ao contexto cultural ou espiritual da família.

Maioritariamente, pela tradição, são as mulheres quem assume o papel de cuidado às crianças. São elas que, mesmo nas novas configurações de funções e papéis familiares, as principais cuidadoras dos filhos. Contudo, existem culturas em que o desempenho destes papéis encontra-se sob a supervisão das ancestrais, especialmente a sogra ou mãe da mulher. Por exemplo, nas famílias de cultura cigana, de origem cultural africana, médio oriente e Ásia meridional, as jovens mães não têm autonomia para cuidar dos filhos, especialmente se forem os primogénitos. Nestas situações os enfermeiros de saúde infantil, deverão dirigir às avós as orientações dadas nas consultas, para que se consiga o êxito da intervenção (JEREMIAS, 2009, 2019). O quadro n.º 2 sintetiza características culturais relacionadas com práticas de saúde e relações familiares, de famílias com origem cultural africana, cigana, chinesa e islâmica.

Quadro n.º 2: Características culturais gerais nas práticas de saúde e relações familiares com o cliente de saúde infantil

Origem Cultural	Práticas de Saúde	Relações Familiares
Famílias de culturas com origem africana	<p>Uso de amuletos, medalhas e outros artefactos religiosos para prevenção da doença.</p> <p>Predomínio pelo autocuidado e a medicina tradicional.</p> <p>Predomínio no uso de terapias tradicionais de origem religiosa.</p> <p>A oração é praticada como prevenção e tratamento da doença.</p>	<p>Famílias alargadas.</p> <p>Fortes laços de parentesco, os membros entreadjudam-se em situação de crise.</p> <p>As mulheres são responsáveis pelos cuidados de saúde da família.</p> <p>Menor probabilidade de situações de doença serem vistas como um fardo.</p>

<p>Famílias de cultura cigana</p>	<p>Uso de amuletos, medalhas e outros artefactos religiosos para prevenção da doença.</p> <p>Recorrem à medicina tradicional.</p> <p>Predomínio na procura dos cuidados de saúde apenas em situação de doença.</p> <p>A doença da criança é muito valorizada, procurando uma rápida resposta.</p> <p>O adolescente recorre tardiamente aos cuidados de saúde.</p> <p>A oração e suplica são práticas de prevenção e tratamento da doença.</p>	<p>Famílias numerosas e alargadas.</p> <p>Forte respeito pelos idosos do sexo masculinos.</p> <p>Fortes laços de parentesco, os membros entreadjudam-se em situação de crise.</p> <p>Marcada supremacia masculina, mesmo nas crianças.</p> <p>As mães e as irmãs mais velhas são responsáveis pelos cuidados de saúde da família.</p>
<p>Famílias de cultura chinesa</p>	<p>O objetivo terapêutico é restabelecer o equilíbrio entre o <i>ying</i> e <i>yang</i>.</p> <p>Cumpridores dos regimes prescritos pelos profissionais de saúde, embora recorram maioritariamente à medicina tradicional.</p> <p>Praticam a acupuntura, acupressão e moxabustão.</p> <p>Vasta utilização de ervas medicinais.</p> <p>As refeições podem ou não ser planeadas para estabelecer o equilíbrio do “frio” e “quente”.</p>	<p>É comum existir um padrão de famílias alargadas.</p> <p>Forte conceito de lealdade das crianças e jovens em relação aos idosos.</p> <p>Forte respeito pelos idosos. A criança é ensinada desde muito cedo a tratá-los com consideração e aceitar sem argumentar.</p> <p>O comportamento da criança é visto como reflexo da família.</p> <p>Autoestima e autoconfiança são estimulados.</p> <p>Autoexpressão é reprimida.</p> <p>As mulheres são responsáveis pelos cuidados de saúde da família.</p>
<p>Famílias de cultura e contexto islâmico</p>	<p>Uso de amuletos, medalhas e outros artefactos religiosos para prevenção da doença.</p> <p>Predomínio pela procura dos profissionais de saúde, mas alguns grupos recorrem primeiro à medicina tradicional.</p> <p>Cumpridores dos regimes prescritos pelos profissionais de saúde.</p> <p>A oração e suplica são práticas de prevenção e tratamento da doença.</p>	<p>Famílias numerosas e alargadas.</p> <p>Forte respeito pelos pais e avós.</p> <p>Fortes laços de parentesco, os membros entreadjudam-se em situação de crise.</p> <p>As mulheres são responsáveis pelos cuidados de saúde da família.</p> <p>Menor probabilidade de situações de doença serem vistas como um fardo.</p>

Adaptado de: THIBODEAUX e MOONEY-DOYLE (2014); DAGAZON (2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a presença no país que integramos de famílias com *backgrounds* culturais diferentes e outras formas de pensar, cuidar das mesmas carece de conhecimentos, por parte dos profissionais de saúde, relativamente às suas percepções de saúde e doença, especificamente no âmbito dos cuidados à criança e ao adolescente.

As intervenções de enfermagem culturalmente relevantes e sensíveis às necessidades do cliente, diminuem os conflitos decorrentes de mensagens dissonantes por referenciais culturais diferenciados entre os emissores e receptores. O que é avaliado e julgado como um bom cuidado é culturalmente estabelecido e validado. Como tal, membros de um grupo cultural podem identificar e definir o que é um bom cuidado, mas os que são estranhos à sua cultura provavelmente não conseguem avaliar da mesma maneira (ANDREW e BOYLE, 2002).

O desafio para os enfermeiros que cuidam de pessoas com diferentes culturas e religiões, será adquirir conhecimentos sobre os valores culturais, crenças, hábitos e práticas de saúde, mobilizando-os nos cuidados que proporcionam (LEININGER, 2018). Para compreender e cuidar de forma eficaz de crianças, adolescentes e famílias numa comunidade multicultural, os enfermeiros, devem estar cientes das suas próprias atitudes e valores; uma vez que, também, são um produto da sua própria educação e ambiente cultural, integrando igualmente uma “cultura de enfermagem.” Estes profissionais de saúde, funcionam no âmbito de uma cultura profissional, com os seus próprios valores e tradições e, como tal, tornam-se parte duma cultura por programas educativos e, mais tarde, pelo contexto de trabalho e associações profissionais.

Nenhuma aprendizagem cultural poderá ser dada por concluída sem a partilha dos conhecimentos adquiridos, em termos compreensíveis, à comunidade. Uma cultura não pode ser meramente absorvida, tem que ser traduzida e essa tradução não pode ser efetuada nos termos da própria cultura do cuidador. Em rigor, não se aprende a conhecer uma realidade cultural distinta, aprende-se a reconhecê-la através do estabelecimento de relações de equivalência e diferença, entre a cultura das populações e a cultura da qual quem cuida é produto.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autoras deste capítulo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDREW, M.; BOYLE, J. **Transcultural Concepts in Nursing Care**. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002.

BASE DE DADOS PORTUGAL CONTEMPORÂNEO. **População estrangeira com estatuto legal de residente**: total e por algumas nacionalidades, 2019. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Home>. Acesso em: 16 out. 2020.

CAMPINHA-BACOTE, J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. **J. Transcultural Nursing**, v. 13, n 13, p.181-184, 2002.

COLLIÈRE, M. F. **Cuidar... primeira arte da vida**. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2003.

COSTA, L. S. **Casamento infantil**: infância roubada por graves violações dos direitos humanos das crianças. São Paulo: Hucitec Editora, 2019.

CUNHA, J. R.; MAGANO, O. Ciganas e Ciganos no Brasil e Portugal: uma análise comparativa acerca dos processos de integração e construção de políticas sociais. **Revista Antropológicas**, v. 30, n 1, p. 251-280, 2019.

DAGAZON, C. E. Diversidade Cultural na Comunidade. In STANHOPE, M.; LANCASTER, J. **Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade, Centrados na População**. Loures: Lusodidacta, 2011.

DEROUIN, A. Health Promotion of the Adolescent and Family. *In*. HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D.; RODGERS, C. C. **Wong's Nursing Care of Infants and Children**. 11th ed. Elsevier: St. Louis, Missouri, 2019. p. 551-588.

FRANKLIN, Q.; MOONEY-DOYLE, K. Social, Cultural, Religious, and Family Influences on Child Health Promotion. *In* HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. **Wong's Nursing Care of Infants and Children**. 10th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier, 2015. p. 17-44.

FRANKLIN, Q.; MOONEY-DOYLE, K. Social, Cultural, Religious, and Family Influences on Child Health Promotion. *In* HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. **Wong's Nursing Care of Infants and Children**. 11th ed. Elsevier: St. Louis, Missouri, 2019. p. 15-40.

FOOTE, J.M. Communication, Physical, and Developmental assessment. *In*. HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D.; RODGERS, C. C. **Wong's Nursing Care of Infants and Children**. 11th ed. Elsevier: St. Louis, Missouri, 2019. p. 80-136.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora S.A, 2018.

GIDDENS, A. **Sociologia**. 9ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2017.

JEREMIAS, C. Diversidade Cultural nos Primeiros Anos de Vida: Um Olhar pelas Culturas Cigana, Hindu e Islâmica *In* LOPES, J.; SANTOS, M.; MATOS, M.; RIBEIRO, O. (org).

Multiculturalidade: Perspectivas da Enfermagem: Contributos para Melhor Cuidar. Loures: Lusociência, 2009. p. 181-210.

JEREMIAS, C. Contributo das variáveis sociocultural e espiritual na apreciação de famílias islâmicas. In. FERREIRA, H. et al (Org). **2º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar e 1º Congresso Ibérico de Saúde Familiar: Livro de Resumos.** Custóias: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar, 2019. p. 51.

KAAKINEN, J. R.; STEELE, R.; COEHIO, D. P.; ROBINSON, M. Family Health Care Nursing. 6th ed. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2018.

KARDONG-EDGREN, S.; CAMPINHA-BACOTE, J. (2008). Cultural competency of graduating US Bachelor of Science nursing students. **Contemporary Nurse**, v. 28, n. 1-2, p. 37– 44, 2008.

LEININGER M. M. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing.** New York: National League for Nursing Press, 1991.

LEININGER, M. Enfermagem Transcultural: Imperativo da Enfermagem Mundial. **Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 32-36, 1998.

Leininger, M. M.; McFarland, M. R. **Diversidade e universalidade do cuidado cultural: uma teoria mundial de enfermagem.** 2ª ed. Burlington: Jones and Bartlett Publishers, 2006.

LEININGER, M. M. **Transcultural nursing: Concepts, theories, research, and practices.** 5th ed. New York: McGraw-Hill, 2018.

MORENO, F. **Etnia Cigana: Relação Homem-Mulher.** Vila Nova de Gaia: Editorial 100, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Child and adolescent health and development.** Genebra: OMS, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/child-adolescent-health/> Acesso em: 3 mai. 2021.

PURNELL, L. D.; PAULANKA, B. J. **Cuidados de Saúde Transculturais: Uma abordagem culturalmente competente.** 3ª ed. Loures: Lusodidacta, 2010.

MUJALLADE, A. CNE SERIES. Modesty Among Muslim Women: Implications for Nursing Care. **MEDSURG Nursing Journal**, v. 25, n 3, p. 169-172, 2016. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=a9h&AN=116249656&lang=pt-pt&site=ehost-live>. Acesso em: 31 jan. 2022.

RAMOS, N. Comunicação em Saúde e Interculturalidade - Perspectivas Teóricas, Metodológicas e Práticas. **RECIIS**, v. 6, n 4, p. 1-19, 2012.

RAMOS, N. Multiculturalidade e Comunicação em Saúde. In LOPES, J.: SANTOS, M.; MATOS, M.; RIBEIRO O (org). **Multiculturalidade: Perspectivas da Enfermagem:**

Contributos para Melhor Cuidar. Loures: Lusociência, 2009. p. 67-82.

RAMOS, N. Comunicação em Saúde e Interculturalidade - Perspectivas Teóricas, Metodológicas e Práticas. **RECIIS**, v. 6, n 4, p. 1-19, 2012.

SERVIÇO DE ESTRANGEIROS E FRONTEIRAS. **Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2020**. Oeiras: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, 2020.

SILVA, A. L. A Enfermagem na Era da Globalização: Desafios para o Século XXI. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n 4, p. 787-790, 2008.

SPECTOR, R. E. **Cultural diversity in health and illness**. 7th ed. Nova Jersey: Prentice-Hall, 2009.

THIBODEAUX, A. G.; MOONEY-DOYLE, K. Influências Sociais, Culturais e Religiosas na Promoção da Saúde da Criança. *In* HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. **Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente**. 9ª ed. Loures: Lusociência, 2014. p. 21-48.

SAEWYC, E. M. Promoção da Saúde do Adolescente e da Família. *In* HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. **Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente**. 9ª ed. Loures: Lusociência, 2014. p. 784-822.

SHEN, Z. Cultural Competence Models and Cultural Competence Assessment Instruments in Nursing: A Literature Review. **Journal of Transcultural Nursing**, p. 1-14, May 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1043659614524790>. Acesso em: 11 out. 2021.

UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND. **Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos**. Lisboa: Comité Português para a UNICEF, 2019.

Índice Remissivo

A

Acesso à saúde 72, 76, 84, 86
Acolhimento de enfermagem 40, 42, 43, 48
Adesão aos tratamentos 10
Administração de medicação intravenosa 146
Alfabetização 163
Assistência integral à saúde 89
Atentado aos direitos e liberdades 125
Autoeficácia do cuidador 53, 55, 56, 65, 67

B

Backgrounds culturais e religiosos 21
Boas práticas de cuidar 111, 114

C

Cateterismo periférico 147
Cateterização venosa periférica 147, 149, 151, 154
Cateter venoso periférico (cvp) 146
Cidadania 7, 12, 72, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 84, 85, 86, 87, 112, 114, 115, 119, 123
Cidadania e saúde 72, 75, 79, 87
Cidadania (in)visível em saúde 72, 74
Cidadão 12, 17, 72, 74, 75, 76, 84, 86, 87
Competência 10
Comportamento 89, 175
Comunicação terapêutica 40, 46
Conceitos de sexualidade 111, 113
Conflitos 10, 19, 36, 48, 50, 67, 87, 121, 137, 141, 157, 174
Consciência dos direitos, deveres 72
Crenças 10, 11, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 31, 32, 36, 45, 55, 56, 95, 98, 105, 113, 135, 164, 165, 174
Cuidado de enfermagem 40, 41, 43, 44, 45, 49, 50, 55, 61, 123
Cuidado de saúde culturalmente competente 10
Cuidador 14, 15, 23, 27, 36, 46, 47, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 60, 65, 68, 69, 71
Cuidados de saúde 10, 12, 13, 15, 17, 18, 27, 32, 33, 34, 35, 40, 41, 43, 45, 46, 47, 49, 51, 55, 75, 77, 78, 82, 85, 86, 90, 93, 99, 100, 121, 135, 156, 164, 174
Cultura 10, 17, 21, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 75, 97, 114, 116, 117, 118, 119, 127, 129, 134, 136
Cultura e saúde 21

D

Debate social 72, 74
Desafios aos enfermeiros 21

Desafios aos profissionais de saúde 10
Desenvolvimento dos cidadãos 89, 92
Desenvolvimento sustentável 89, 91, 92, 122
Dimensão holística 89, 92, 107
Direito à integridade física e psicológica 125
Direitos humanos 37, 111, 113, 114, 119, 125, 140, 141
Direitos humanos fundamentais 111, 114
Direitos sexuais 111, 113, 115, 116, 120, 123, 124
Diversidade cultural 10, 27
Diversidade (sexual e de gênero) 111

E

Educação em enfermagem 111, 114, 152
Educação em saúde (es) 89
Educação e promoção em saúde 21
Educação para a sexualidade 111, 114, 117
Enfermagem 10, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 37, 38, 39, 40, 43, 46, 50, 51, 52, 53, 70, 71, 72, 108, 111, 112, 115, 118, 119, 121, 122, 125, 145, 146, 147, 148, 155, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 174, 176
Enfermagem de saúde infantil 21, 23, 24, 27
Enfermagem transcultural 21, 26
Enfermeiro e equipe de saúde 40
Enfermeiro e família 40
Era da diversidade 10
Estilos de vida 10, 26, 74, 77, 81, 89, 94, 95, 96, 97
Estudos em enfermagem 111, 113
Experiência pedagógica 111, 113

F

Família 163
Famílias no serviço hospitalar de emergência 40

G

Gestão do stresse 53, 56, 60, 65

I

Igualdade da mulher 125
Indicadores de saúde 10, 101, 121
Intervenção de enfermagem 42, 43, 47, 49, 50, 53, 55, 56, 61, 65, 67, 164

M

Melhores oportunidades de vida 10
Migração no mundo 10
Mudanças sociais 10, 97, 117
Mutilação genital feminina 125, 127, 128, 142, 143

N

Natureza sexuada do ser humano 111

Normas sociais 10

P

Perturbação do uso do álcool (pua) 162, 164

Pirâmide terapêutica de cuidados 40

Pobreza 10, 11

Populações migrantes 10

Prática profissional 147

Práticas de higiene 10

Práticas de saúde 10, 32, 33, 34, 36, 79

Prevenção 21, 34, 35, 43, 47, 89, 91, 92, 93, 94, 96, 104, 118, 141, 146, 148, 149, 156, 157, 158, 160, 164

Problemáticas de saúde 10

Problemáticas individuais, familiares e comunitárias 21

Processo de acolhimento 40, 42, 46, 47, 48, 49

Processo de cuidar 10

Processo holístico 89, 98

Processos de construção da cidadania 72, 74

Processos de saúde/doença 10

Programa psicoeducativo 53, 56, 65, 67

Programas psicoeducacionais 163

Q

Qualidade de vida 47, 89, 92, 114, 119

R

Refúgio 10

Rejeição a procedimentos 10

S

Saúde infantil 21

Saúde mental e psiquiátrica 163

Saúde pública 86, 125, 127, 162

Saúde pública 37, 89, 92, 104, 108

Saúde sexual 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 123, 124

Sem-abrigo 7, 20, 72, 73, 74, 76, 77, 78, 79, 80, 82, 84, 86, 87, 88

Serviço hospitalar de emergência 40, 42, 43, 44, 46, 47, 49, 50

Singularidades culturais 10

Sociedades saudáveis 89, 90, 92

Stresse de pearlín 53, 54

Stressores primários 53, 58, 61, 63

Stressores secundários 53, 59

T

Tradições 10, 23, 32, 36, 126, 137, 139, 140

Transtorno do uso de álcool 163

V

Valores 10, 22, 24, 25, 26, 27, 29, 33, 36, 45, 61, 65, 66, 89, 93, 95, 102, 103, 104, 105,
107, 108, 114, 118, 139, 140, 141, 166, 167

Violência 125, 141

EDITORA
OMNIS SCIENTIA



editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

[@editora_omnis_scientia](https://www.instagram.com/editora_omnis_scientia) 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 



editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 