

M 2014

U. PORTO



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

O CUIDADO DE ENFERMAGEM CULTURALMENTE COMPETENTE:

UMA NARRATIVA DE ENFERMEIROS EM SERVIÇO DE INFECIOLOGIA

FRANCISCO RAFAEL DE ARAÚJO RODRIGUES

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA

AO INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

DA UNIVERSIDADE DO PORTO EM

CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

FRANCISCO RAFAEL DE ARAÚJO RODRIGUES

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM CULTURALMENTE
COMPETENTE: UMA NARRATIVA DE ENFERMEIROS EM
SERVIÇO DE INFECIOLOGIA**

Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre em Ciências da Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientador: Doutor José Amendoeira

Categoria: Professor Coordenador

Afiliação: Escola Superior de Saúde de Santarém, Portugal

Coorientadora: Pós-doutora Maria Lúcia Duarte Pereira

Categoria: Professora Adjunta

Afiliação: Universidade Estadual do Ceará, Brasil

“O segredo da vida é ter uma tarefa. Algo a que você devota toda a sua vida, algo ao qual você dá tudo, todos os minutos de sua vida durante toda a vida”.

Henry Moore

Aos meus pais e a minha irmã que foram responsáveis por mais uma conquista em minha formação profissional e pessoal, por terem acreditado na minha capacidade e me proporcionado condições para lidar com os obstáculos desta minha caminhada.

Aos meus grandes e eternos amigos, pela amizade cultivada e pelas alegrias compartilhadas.

AGRADECIMENTOS

A **Deus** que me deu forças para vivenciar este momento de crescimento pessoal e profissional, deu-me coragem para enfrentar os obstáculos e superar as adversidades, iluminando os meus caminhos nesta dura jornada.

A **minha família** pelo amor e pelo apoio dado para que eu pudesse manter-me firme em meus propósitos e por todos os valiosos ensinamentos e exemplos que sempre me deram, a fim de que eu fosse bem sucedido em minha vida.

Obrigado aos meus orientadores, Professor Doutor **José Amendoeira e** Professora Doutora **Lúcia Duarte**, por terem me acolhido com amizade e paciência, demonstrando respeito pelas minhas limitações, ajudando a solucionar as dificuldades que surgiram no decorrer deste percurso. Agradeço-lhes pelo prazer em ter compartilhado momentos de tão profunda reflexão e cumplicidade na produção do conhecimento, partilha de ensinamentos durante esta supervisão.

A **minha psiquiatra** que possibilitou estratégias para o meu equilíbrio, crescimento e desenvolvimento. Pelo espaço que me foi dado para que eu pudesse refletir e chegar as minhas próprias conclusões, sem censuras; por me ter ensinado que eu posso ir muito além do que eu imaginava e pela nova percepção que passei a ter do mundo e das pessoas com maior confiança nas minhas observações e conclusões.

Aos colegas e professores do XVIII Curso Mestrado em Ciências da Enfermagem do ICBAS | U.Porto, pela convivência afetuosa e oportunidade de formar laços de amizade.

Às coordenadoras e professoras em Portugal, nomeadamente a Professora Doutora **Maria do Céu Barbieri** e a Professora Doutora **Corália Vicente**, pela credibilidade e pelo acompanhamento nesta trajetória.

Aos **enfermeiros participantes** desta pesquisa, a quem devo minha gratidão pela alegria com que me acolheram e pela disponibilidade em trocar experiência, durante a realização deste estudo.

Ao amigo **Raphael Bruno**, pela paciência e serenidade nos momentos difíceis em Portugal.

Meu muito Obrigado!

RESUMO

A competência cultural em enfermagem refere-se à compreensão da importância social e da influência cultural sobre as crenças de saúde e os comportamentos das pessoas, com base numa consciência adquirida pelos enfermeiros sobre os estilos de vida próprios das populações. Trabalhar a partir deste ponto de vista promete compreender as experiências vivenciadas repletas de valores compartilhados socialmente com base numa cultura, identificação de elementos fundamentais, edificantes e geradores de condutas que orientam as práticas de saúde. Neste contexto, elaborou-se como objetivo: Compreender o significado do cuidado de enfermagem culturalmente competente pelos enfermeiros em serviço de infecologia. O estudo é tipo exploratório e descritivo. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 10 enfermeiros que aceitaram participar no estudo, após o consentimento livre e esclarecido. Os participantes trabalhavam em serviço de internamento em infecologia de referência em Portugal. As entrevistas foram analisadas conforme a análise de conteúdo de Bardin (2011). Apresentaram-se 03 categorias: vivenciando o cuidar, o enfermeiro cuidando, o enfermeiro interagindo. O cuidado de enfermagem culturalmente competente em serviço de infecologia, não deve ser entendido pela leitura isolada das categorias apresentadas acima. A associação entre elas é essencial para a compreensão do significado do tema na realidade dos enfermeiros que participaram na investigação. Cuidar foi descrito por ações orientadas tanto pelas competências práticas quanto pelas competências atitudinais expressas, no sentido do cuidar profissional e no apoiar o ser humano para a aquisição de capacidade e condição de bem estar. O enfermeiro mostra-se consciente da necessidade de compreender a variedade de visões de mundo, de valores e conhecimento populares facilitadores na forma de prestar cuidados de enfermagem. O enfermeiro assume o papel de um mediador cultural capaz de encontrar táticas adequadas para um cuidado mais sensível às solicitações dos doentes internados. Contudo, a competência cultural nos cuidados de enfermagem possibilita a manutenção da identidade cultural das pessoas e minimiza as imposições culturais nos cuidados prestados. Para esta finalidade é importante que o cuidar mobilize ações intencionais fundamentadas em aspetos éticos e humanitários, consciência cultural, habilidade na comunicação e no conhecimento de determinantes específicos inter e intraculturais. As condições de existência de particularidades e a capacidade de compreensão das respostas humanas pormenorizadamente aos processos de transição de saúde e de doença possibilita um cuidado culturalmente sensível e congruente.

Palavras-Chave: Competência cultural; Doença infecciosa; Enfermagem Transcultural; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Cultural Competence in nursing refers to the understanding of social meaning and to the cultural influence upon beliefs about health and people's behavior, having as foundation the awareness acquired by nurses on population lifestyles. This assumption embodies a framework which helps to understand the lived experiences full of values socially shared based upon a culture, on the identification of crucial elements, which are moralizing and generate behaviors that guide health practice. Hence, this context aimed to understand the meaning of culturally able nursing care performed by nurses in the Infectology Room. The study is descriptive and exploratory. After the free and clear consent ten nurses accepted participating in this study through semi-structured interviews. The participants worked in a Portugal's well-known Infectology Confinement Area. Interviews were analyzed following Bardins' (2011) content analysis. Three categories were selected: live the care, nurse caring and nurse interacting. Culturally able nursing care in the Infectology Room should not be understood through the sole reading of the above categories, as togetherness among them is essential to understand the topic within the nurses' lives who participated in the research. Caring was described through actions triggered not only by practical abilities but also via expressed behavioral competencies, in the sense of professional care and human being support targeting the acquisition of capacity and wellness. Nurse knows that it is urgent to understand multiple worlds' insights, popular knowledge and values as facilitating agents in the way of rendering care nursing. Nurse plays the role of a cultural facilitator able to find suitable tactics aiming a most sensitive care to confined patients' needs. Nevertheless, cultural ability in the care nursing enables individuals' cultural identity maintenance and shortens cultural rules on the rendered services. To meet this objective it is important that the act of caring mobilizes intentional deeds grounded on humanitarian and ethical features, on cultural awareness, on communication and knowledge skills over specific inter and intercultural decisive topics. The existing conditions of specific particularities and the understanding ability of human detailed responses towards the processes of health transition and disease enable a culturally sensitive and congruent care.

Key-Words: Cultural Competence; Infectious Disease; Cross-Cultural Nursing; Nursing Care.

LISTA DE SIGLAS / SINAIS CONVENCIONAIS

ICBAS Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

U.Porto Universidade do Porto

CLAS *Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care*

TDUCC Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural

ÍNDICE

LISTA DE SIGLAS / SINAIS CONVENCIONAIS.....	9
ÍNDICE	10
ÍNDICE DE FIGURAS.....	12
ÍNDICE DE QUADROS.....	13
1. INTRODUÇÃO.....	14
2. ENQUADRAMENTO CONCETUAL PARA UMA NARRATIVA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM CULTURALMENTE COMPETENTE.....	20
2.1 O cuidado de enfermagem	20
2.2 O conceito de competência cultural em síntese teórica	23
2.2.1 Desenvolvimento e estruturação concetual.....	24
2.2.2 Delineação de Antecedentes e de Consequentes à Competência Cultural	27
2.2.3 Exploração de Atributos Definidores da Competência Cultural	28
2.3 IMPLICAÇÃO NA PRÁTICA DE CUIDAR CULTURALMENTE COMPETENTE	31
2.3.1 Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural.....	32
3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	39
3.1 Desenho do estudo	39
3.2 Participantes no contexto do estudo.....	39
3.3 Instrumentos para obtenção das informações	40
3.4 Análise dos dados	41
3.5 Aspetos éticos.....	43
4. CONSTRUÇÃO DA NARRATIVA A PARTIR DOS SIGNIFICADOS EXPRESSOS PELOS ENFERMEIROS PARTICIPANTES.....	44
4.1 VIVENCIANDO O CUIDAR.....	46
4.1.1 A experiência do cuidar e a centralidade nos cuidados.....	46
4.1.2 Expetativas positivas com o cuidar	47
4.1.3 Expetativas negativas com o cuidar	48
4.1.4 O ambiente físico e o ambiente simbólico	49
4.2 O ENFERMEIRO CUIDANDO	52
4.2.1 Reconhecendo-se enfermeiro no contexto social.....	52
4.2.2 Percebendo-se como mediador cultural	52
4.2.3 Operacionalizando o cuidado.....	55
4.3 O ENFERMEIRO INTERAGINDO	57
4.3.1 A Influência dos indicadores inter e intraculturais no cuidado	57
4.3.2 Estratégias e táticas no cuidado	58

5. O CUIDADO DE ENFERMAGEM CULTURALMENTE COMPETENTE EM SÍNTESE	
60	
6. CONCLUSÕES.....	62

REFERÊNCIAS

ANEXOS

ANEXO I - Guião da entrevista

ANEXO II – Consentimento informado, livre e esclarecido para participar na investigação

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. Uso do conceito.....	23
FIGURA 2. Dimensões e atributos da competência cultural.....	28
FIGURA 3. Representação da análise de conteúdo, segundo Bardin (2011)	41
FIGURA 4. Síntese da narrativa a partir dos significados expressos pelos enfermeiros participantes do estudo	59

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1. Indicadores dos antecedentes do conceito de competência cultural.....	26
QUADRO 2. Indicadores dos consequentes do conceito de competência cultural.....	27
QUADRO 3. Indicadores das características do conceito de competência cultural.....	29
QUADRO 4. Conceitos da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger (1991, 2001).....	33
QUADRO 5. Distribuição das subcategorias por categorias.....	43

1. INTRODUÇÃO

Os modelos assistenciais em saúde refletem a forma de organização das políticas de saúde em articulação com os diversos setores de uma sociedade, com finalidade de resolução dos problemas de saúde da coletividade, ou seja, os modelos assistenciais se desenvolvem a partir de influências históricas, culturais, políticas (intersectoriais), sanitárias da época, considerando a estrutura física, os componentes humanos e tecnológicos vigentes. Nesta linha de pensamento, não existem modelos de saúde certos ou errados, mas o que melhor se adequa as demandas da sociedade da época (Silva-Júnior & Alves, 2007).

Em virtude disso, ainda hoje se questiona: como definir saúde? E, como dentro dessa definição não ser nem redundante, no que diz respeito à superficialidade dos cuidados prestados como enfermeiro ou tão pouco reducionista, no sentido de estar imerso em um contexto de saúde que se distancia do que se pensa e do porquê se faz, dada a escravidão mercantilista que valoriza os profissionais para que, cada vez mais, saibam como “fazer”.

Para atitudes positivas frente às intervenções independentes e interdependentes em saúde, o modo de agir do enfermeiro não pode desprezar a tomada de decisão, fundamentada na avaliação clínica e em aspectos individuais de cada pessoa cuidada. Perde-se, com isso, a intencionalidade dos cuidados e o raciocínio clínico crítico que o enfermeiro tem que desenvolver para planejar, intervir e avaliar os cuidados a serem prestados.

O critério de questionar os fatos fica evidente como necessário para o avanço da disciplina e reconhecimento da profissão. Demonstra-se com o texto a inquietação de qual seja o cuidado da enfermagem. Ressalta-se, ainda, a necessidade de sensibilização (pelo envolvimento, interação, sentir-se situado) e conscientização (pelo reconhecimento, significação, respeito aos valores éticos e culturais), para que a transição do pensar em saúde e em enfermagem aconteça pela internalização dos focos de cuidado refletidos nas práticas.

A enfermagem como disciplina ancora-se no *corpus* de conhecimento, em que as mudanças ocorrem, mas os conceitos antigos e novos podem coexistir e ser redefinidos ao invés de rejeitados (Meleis, 2011).

A mesma autora compara o conhecimento da enfermagem a um modelo de pêndulo, pois o que antes poderia precocemente ter sido rejeitado ou acumulado, em

outra fase de desenvolvimento fora aceite e apoiado na concorrência, criatividade e inovação, marcas estas que contribuem para o crescimento científico da disciplina.

O desenvolvimento do modelo tradicional de saúde caminhou junto das aquisições da biologia e epidemiologia, com o estabelecimento de uma visão mecanicista da vida, pautada no saber médico e na resolução do processo de saúde-doença.

Essa forma de pensar a saúde fragmenta o homem em partes, em uma especificidade para se detetar o problema e posterior cura. Nesta perspetiva, Amendoeira (2010) afirma que esse modelo assistencial que se estabeleceu como dominante, em um único paradigma biomédico, sofreu fortes influências cartesianas e na forma de pensar do século XX.

Essa ideia de modelo fragmentado apresenta uma visão reducionista e perde a multidimensionalidade e multiculturalidade do homem. A doença e a cura, através do saber médico, passam a ter foco central no olhar dos profissionais de saúde.

A pessoa implicada é desvalorizada e descartada na capacidade de opinar sobre sua produção de saúde e as demais profissões adquirem função de meras cumpridoras de atividades (Virgíleo & Oliveira, 2010).

Em relação aos cuidados de enfermagem, Meleis (2011) argumenta que esse modelo de racionalidade técnica, focado em um único paradigma, nega a dimensão científica da enfermagem, retardando o progresso da disciplina por desprezar o *status* científico e negar que as diferentes ideias possam coexistir em simultâneo, em um processo de acomodação, refinamento e coordenação dos novos paradigmas.

As críticas a esse modo de pensar a saúde tornaram-se cada vez mais presentes com as descobertas tecnológicas e científicas. A industrialização marca os limites da biomedicina, através da pouca efetividade na resolução dos problemas de doença surgidos com a urbanização, pondo em destaque as doenças psicossomáticas, neoplasias, violência, doenças infectocontagiosas que desafiavam a abordagem uniparadigmática de saúde-doença.

Silva-Júnior & Alves (2007:30) reforçam que:

“O raciocínio clínico categórico, biomédico, de lesões objetivadas, teve de enfrentar indivíduos com sintomas difusos e descontextualizados, levando os profissionais de saúde a lançar mão frequentemente, e sem crítica, de instrumentos e exames

cada vez mais complexos e caros para diagnosticar doenças, em detrimento do cuidados contextualizados aos doentes.”

Outros aspetos, como o tratamento de doenças crônicas a que apenas a medicalização não respondia, a falta de adesão dos pacientes ao tratamento comprometem o planeamento da assistência e são pontos que enfraquecem os alicerces do paradigma mecanicista da atenção à saúde. É perceptível que a resolução dos problemas de saúde está além do campo biológico, pois inclui o político, sociológico, econômico e cultural das pessoas e de suas inter-relações.

O desafio em reformular a saúde através da ampliação da clínica muda o olhar de enfoque para a saúde-doença, o contexto e para o próprio sujeito, como um ser realmente existente. Percebe-se a capacidade de se operar com a singularidade de cada caso (Virgíleo & Oliveira, 2010).

Compartilhando do mesmo pensamento, Amendoeira (2010), numa perspectiva histórico-política, reitera que o pensar em saúde deixa de se orientar meramente pela ausência de doença, reformulando-se na multidimensionalidade (bem-estar físico, mental e social) e multiculturalidade das pessoas. O foco da saúde passa a ser a pessoa dentro das suas dimensões e inserida em um contexto (Fontes & Alvim, 2008; Zagonel & Persegona, 2008).

O cuidado é, nessa perspectiva, definido pelo modo de estar da pessoa, podendo variar em função de aptidões físicas, de bem-estar cultural e condições de vida saudáveis, numa complementaridade de conceitos.

Percebe-se que a transformação social avança para uma crescente diversidade cultural, perspectivando-se ajustes na prática clínica, na pesquisa e no ensino, combinando conhecimento e ação social em face da necessidade de prestação de cuidados de saúde de alta qualidade às populações específicas.

Mesmo assim, os cuidados estruturam-se num contexto de diversidade cultural em que se inserem. Isto requer constantes adequações para que evitem acomodação e intervenções padronizadas.

Ressalta-se a importância de que a compreensão da mudança paradigmática de saúde e doença tem motivado enfermeiros a reverem práticas de intervenção cada vez menos padronizadas e orientadas para um cuidado global.

A enfermagem, como disciplina, integra no seu desenvolvimento e progresso uma perspectiva de centralidade dos cuidados nas pessoas, com *status* científico de disciplina prática, orientada na saúde e no cuidar.

A enfermagem, ao apoiar-se na singularidade, constitui um sistema aberto, capaz de ser moldada e sensível às necessidades da sociedade em todos os momentos e ambientes sociais (Meleis, 2011). Com isso, permite uma crítica cuidadosa do que está a ser realizado, através de refinamento, acomodação, inovação, aceitação e colaboração dos envolvidos no cuidado.

Os significados atribuídos ao processo de cuidar devem estar contextualizados, ponderando transição de saúde-doença e as adaptações desenvolvimentais próprias no ciclo de vida do homem.

A construção mais aberta de um modelo assistencial pautado na integralidade dos sujeitos e dos cuidados de saúde traz, como destaque, a necessidade de ter acesso de forma hierarquizada de todas as tecnologias de saúde para redução de danos.

A ampliação do pensamento clínico propõe um compromisso radical dos enfermeiros com as pessoas utentes dos serviços. A corresponsabilização é fator essencial na promoção de saúde, evita a exclusão e possibilita resolutividade às demandas da população.

Amendoeira (2010) elucida que a transição de pensamentos sobre a saúde gera novas solicitações e a necessidade de reformular as políticas públicas. Para Japiassu citado por Iribarry (2003), ver a saúde numa multidimensão e complexidade de saberes (organizado em disciplinas) desenvolve atitudes para o reconhecimento de todos os saberes que revele a pluri, inter e transdisciplinaridade, numa perspectiva de cuidado integradora da visão humanista e tecnicista.

Impõem-se como necessário que enfermeiros reconheçam os limites do seu núcleo de ação e das tecnologias empregadas, numa relação de parceria entre os demais saberes e setores para além da saúde.

Para Japiassu citado por Iribarry (2003), a atmosfera de trabalho é mais do que a diversidade profissionalizante, é interdisciplinar e intersectorial, ressaltando nas práticas de saúde de atenção integral, contextualizada e que apresentam respostas particulares a cada ação.

Diante dessa transformação na conjuntura da saúde, é necessária reformulação de currículos acadêmicos para formação de profissionais de saúde capacitados para atender às novas solicitações de cuidados. A enfermagem nos anos de 1950 refletia sobre essa necessidade de mudança para distinção entre enfermagem de doente e enfermagem de sãos, numa relação não apenas curativa, mas para outras áreas de intervenção (Amendoeira, 2010).

A transição de um modelo técnico e positivista para um modelo de competências do cuidar reflete na enfermagem como uma perspectiva para o seu desenvolvimento e progresso como disciplina, a partir de uma visão multiparadigmática nas intervenções (Meleis, 2011).

Os domínios do saber cuidar incorporam-na, além de uma disciplina prática e orientada na saúde, uma perspectiva centrada nas ciências humanas. Para Meleis (2011), o *status* de disciplina do cuidado que assume a enfermagem leva a refletir sobre o pluralismo e complementaridade das intervenções. Não na ideia de quantidade de respostas, mas na singularidade das respostas de cada pessoa, de acordo com as vivências e os significados dados aos processos de cuidar naquele momento.

Dentro dessa transição, o corpo de conhecimento fica fundamentado a partir de metaparadigmas centrais para o desenvolvimento da disciplina da enfermagem: cliente (família, pessoa e comunidade), transição, interação, processo de cuidado, ambiente, saúde, terapêuticas de enfermagem (Meleis, 2011).

Nessa visão multiparadigmática das práticas de enfermagem, Pires (2009) sinaliza que essa construção de conhecimento considera as transições históricas e políticas intersectorial e contribui para o reconhecimento social e interdisciplinar dos conhecimentos específicos da profissão de enfermeiro.

Para esta investigação, optou-se por compreender o cuidado numa dimensão de diversidade cultural. Nesta lógica, questionou-se: *qual o significado do cuidado de enfermagem culturalmente competente expresso por enfermeiros que trabalham em serviço de infecologia?*

O olhar buscado sobre o cuidado cultural firmou-se através das expressões pessoais dos fatos, nas relações interpessoais e com o meio em que se encontram inseridas, fonte para construção de significados, metáforas, condutas e atitudes frente às diversas facetas do objeto desta pesquisa. Trabalhar a partir deste ponto de vista promete compreender as experiências vivenciadas repletas de crenças e valores

compartilhados socialmente com base numa cultura, identificação de elementos fundamentais, edificantes e geradores de condutas que orientam as práticas de saúde.

Neste contexto, elaborou-se como objetivo da pesquisa:

- ✓ Compreender o significado do cuidado de enfermagem culturalmente competente por enfermeiros em serviço de infeciologia.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL PARA UMA NARRATIVA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM CULTURALMENTE COMPETENTE

2.1 O cuidado de enfermagem

Cuidar é uma prática existente ao longo dos tempos e assume uma perspectiva histórica com diversas conotações. Nos anos a.C., na Grécia, Sócrates tinha uma ideia de prática do cuidado na lógica do fazer o bem a si e ao outro. No Egito, praticava-se o cuidado numa perspectiva humana, fundamentada no zelo às grávidas, aos velhos e às crianças (Lima, 2010).

As relações da enfermagem com o cuidado são antigas e, no desenvolvimento da profissão, vários paradigmas influenciaram essa relação. Inicialmente, o cuidar de enfermagem sofreu influência religiosa (Carneiro, 2008), foi centrado na disciplina e obrigação em realizar as tarefas.

Ao focar nas eras históricas dos cuidados de enfermagem, tem-se primeiramente Florence Nightingale, que em meados do século XIX expressou que o conhecimento em enfermagem era pensado com base nas pessoas e no ambiente. O cuidado era visto como uma vocação, cujo conhecimento era passado pelo senso comum e baseado por princípios e tradições transmitidas pelos anos de experiências (Tomey & Alligood, 2003).

O ambiente desde Florence Nightingale era de fundamental importância para os cuidados, e entender a negociação, manutenção e preservação das respostas reativas da pessoa, por menor que sejam as mudanças ocorridas neste domínio, irão promover situações de racionalidades no estilo de vida do ser cuidado e do cuidador (Kruse, 2006).

Desse modo, o ambiente é definido além dos componentes e propriedades visíveis e circundantes à pessoa. São sistemas dinâmicos e não lineares da sociedade da época: sistemas sociais, inter e transculturais, familiares, institucionalização hospitalar e todos que o integram.

Passada a guerra da Crimeia, em 1856, Florence considerou as enfermeiras como um corpo de mulheres escolarizadas, mesmo não sendo. Os cuidados que eram realizados aos doentes não eram documentados. No entanto, as enfermeiras percebiam a necessidade de formar um corpo substancial de conhecimento que orientasse a prática (Tomey & Alligood, 2003). O nascimento da enfermagem moderna foi marcado pela abertura da Escola St. Thomas, num hospital em Londres, em 09 de julho de 1860 (Kruse, 2006).

Na primeira metade do século XX, a enfermagem começou a se movimentar para construção de um corpo de conhecimento próprio e para isso teve que se pensar em conceitos e teorias de enfermagem, como contributo para tornar uma profissão reconhecida e também como fonte para orientar as práticas de cuidado (Tomey & Alligood, 2003).

A partir da década de 1960, que a enfermagem iniciou a construção do conhecimento próprio, elaborando teorias para embasar a prática (Souza, Sartor, Padilha, & Prado, 2006). Os modelos de enfermagem aproximam-se da visão positivista da saúde, e produz uma prática de cuidado dos corpos, tornando-se coadjuvante da medicina, e sendo institucionalizada no hospital (Kruse, 2006).

Em seguida, passou a buscar princípios científicos, com visão direcionada aos aspetos biológicos dos seres humanos. Com o desenvolvimento científico e tecnológico, a enfermagem começou a utilizar técnicas e procedimentos uniformizados. Teve que seguir normas e regras para exercer o cuidado. Tudo isso prevaleceu em detrimento dos aspetos humanos do cuidado. Assim, a prática seguiu o modelo biologicista, centrado na cura da doença e não no sujeito (Bueno & Queiroz, 2006).

Considerando que essa aproximação do cuidado de enfermagem com a visão biomédica da saúde é um momento de grande reflexão, uma vez que na prática profissional não se deve reduzir o ser humano a processos patológicos, não se podem centrar as ações somente na doença e nos aspetos biológicos, pois, conforme Karl (2002), existem diferentes maneiras de pensar o cuidar/cuidado.

O ensino graduado é de imediato, o contexto favorável para o surgimento da pós-graduação com disciplinas de investigação em enfermagem e disciplinas de teorias de enfermagem. Com isso, para prestar cuidados de enfermagem dever-se-ia estudar um currículo uniformizado. Em meados do século XX, o ensino passou dos hospitais para as Escolas e as Universidades. Na investigação, a enfermagem procurou a formação em níveis mais elevados de estudo, caminho para o novo conhecimento. Em meados dos anos de 1970, a enfermagem passou de uma vocação para uma profissão, em desenvolvimento e progresso de uma disciplina da enfermagem e com a criação de cursos de mestrados e doutorados (Tomey & Alligood, 2003).

Nos anos de 1980, a enfermagem como ciência, na era da teoria da enfermagem, caracterizou a transição do período pré-paradigma para o paradigma ou modelos de enfermagem que traduziam conceitos (metaparadigmas) de enfermagem e desenvolvia um corpo de conhecimento de enfermagem (Tomey & Alligood, 2003).

Na era contemporânea, o cuidado, no seu sentido amplo, é uma prerrogativa de todos os profissionais de saúde. Com isso, questiona-se a base da enfermagem, a aplicabilidade das teorias, o desenvolvimento continuado e fundamentado num conhecimento assertivo, pensada dentro de paradigmas e meta paradigmas com conceitos centrais da prática de enfermagem: pessoa, ambiente, enfermagem e saúde. A base dos modelos teóricos provoca uma convergência de ideias e transmite os significados do que é ser enfermeiro e qual o cuidado de enfermagem (Gargiulo, Melo, Salimena, Bara, & Souza, 2007; Tanaka & Leite, 2007).

Para Baggio, Callegaro & Erdmann (2008), quando o foco forte de atenção dos cuidados é nos determinantes biológicos, geram-se intervenções tecnicistas padronizadas, rotineiras e descontextualizadas, as relações entre os seres humanos ficam prejudicadas e desvalorizadas nas suas múltiplas dimensões.

A discussão não é desvalorizar a condição clínica da pessoa. É preciso ponderação no cuidado realizado, aproximando ciências biológicas, das humanas e sociais (Lima, 2010). Deste modo, cuidar é também compreender a essência humana contextualizada. Para isto, é preciso apreender o significado da existência de si e do outro, para formação das condutas (Zagonel & Persegona, 2008).

Meleis (2005) considera que para existirem os cuidados de enfermagem, é preciso um processo dinâmico de interação, pois estes se concretizam na relação e interação entre a pessoa enfermeiro e a pessoa cliente dos cuidados, em que deve haver uma troca constante de informação e energia. Leininger (2011) reforça a ideia quando refere que quanto mais se conhecer a pessoa, mais congruentes serão os cuidados prestados.

Os enfermeiros têm a noção de que os indivíduos são o foco de múltiplos olhares na sua ação. Isto é percebido desde Florence Nightingale, ao descrever a relação enfermeiro/doente, como uma relação ativa, na qual o enfermeiro é um mediador capaz de adaptar estratégias que o ajude a adaptar-se à sua condição de vida ao longo do seu ciclo vital e ao ambiente envolvente (Kurse, 2006).

As alterações clínicas de uma doença são as mesmas, mas manifestadas de forma particulares nas pessoas. Os enfermeiros, lidando com uma grande diversidade de pessoas, no que diz respeito ao gênero, à raça ou religião, por exemplo, não devem reconhecer as necessidades das pessoas pelas doenças, mas de acordo com as experiências narradas isoladamente ou de forma contextualizada. Devem estar sensíveis para realizar um cuidado de enfermagem fundamentado em singularidades de ações,

cada vez mais motivados para inter e intraculturalidade, adequação às situações de saúde/doença das populações.

Pelo conceito de cliente usado por Meleis (2011), verifica-se que a interação também acontece entre o cliente e o ambiente, considerado como o contexto cultural, em que a pessoa se insere, nomeadamente, a família, os grupos, as comunidades e as condições físicas, naturais e artificiais.

Para Leininger (2001), a enfermagem é uma disciplina e profissão humanística e científica de cuidar transcultural, com objetivo principal de servir os seres humanos por todo o mundo.

2.2 O conceito de competência cultural em síntese teórica

A síntese teórica que se estrutura, envolveu uma revisão ampla da literatura para adquirir novos *insights*, com ênfase no conceito de competência cultural para a enfermagem.

Tomando a definição de conceito, como as ideias mais importantes que explicam os fenómenos (Tomey & Alligood, 2003). Serralheiro (2005:9) define que:

“Os conceitos fazem parte integrante do conhecimento do mundo que nos rodeia, utilizamo-los frequentemente para descrever acontecimentos, explicar a nossa maneira de ver as coisas. Em resumo, os conceitos fazem parte da nossa linguagem quotidiana. Quer os conceitos sejam utilizados na linguagem corrente ou organizados para constituir uma teoria, eles fazem parte da aprendizagem.”

Fora dos conceitos não se pode tomar consciência da universalidade do conhecimento, já que constituem linguagem comum do saber científico. A justificativa para o desenvolvimento dos conceitos apoia-se na necessidade de esclarecimento do significado dos fenómenos e na delimitação do corpo de conhecimento para a área em questão (Meleis, 2011).

Na enfermagem, o *status* de disciplina científica incorpora a característica de examinar, formalmente e concretamente, os conceitos observados na prática, ensino e na pesquisa (McEwen & Wills, 2009). Muitos dos conceitos são resultados de um diálogo da enfermagem com outras disciplinas (Meleis, 2011).

A finalidade em analisar esse conceito de competência cultural¹ está no esclarecimento, no reconhecimento e na definição do significado do mesmo, que promova o entendimento pelo enfermeiro, reduzindo a imposição de cuidados formatados como guia das práticas.

2.2.1 Desenvolvimento e estruturação concetual

Mesmo com o aumento da visibilidade às ações culturalmente competentes no campo da saúde, a literatura sobre o conceito é escassa, sendo centrada no domínio das interações profissionais de saúde e doente.

A Figura 1 mostra as ligações entre o uso do conceito de competência cultural nos estudos com domínio na enfermagem. A origem do conceito de competência cultural em enfermagem está fundamentada nos processos de pesquisa com abordagem qualitativa (McEwen & Wills, 2009), em que o significado é compreendido com base em experiências subjetivas das pessoas num contexto específico. A sua utilização em contexto do ensino e da prática clínica ainda tem sido limitada.



FIGURA 1. Uso do conceito.

Fonte: Rodrigues, Amendoeira, & Pereira (2013)

Para adaptar-se nessa perspetiva, o enfermeiro necessita desenvolver potencial para perceber como se manifestam as diferenças culturais entre os grupos da população, como essas diferenças podem ser aplicáveis aos diferentes contextos e, nestes adaptáveis, atender às necessidades da população.

¹ Consideraram-se os mais distintos contextos nas produções científicas para identificação dos usos da competência cultural, com suporte na metodologia tradicional de análise de conceito de Walker e Avant (2005), a fim de distinguir os atributos mais pertinentes, antecedentes e consequentes.

Questiona-se, deste modo, como a competência cultural pode agregar valor a prática de enfermagem, considerando os diferentes focos de atenção?

A resposta fundamenta-se no processo de legitimar o cuidado de enfermagem através de ações terapêuticas, em que o enfermeiro apropria-se de um raciocínio crítico no processo de decisão, que mesmo em situação de incerteza, mobiliza a decisão clínica e a decisão com suporte nas solicitações das pessoas implicadas no cuidado, através da intencionalidade contextualizada das terapêuticas de enfermagem, numa lógica de intervenções interdependentes e independentes.

Para assegurar resultados adequados e perceber como eles se relacionam na sociedade, é fundamental ao enfermeiro desenvolver atitudes pessoais dentro de um pensamento criativo. Para isso, requer algumas características e habilidades: flexibilidade, interesse, disponibilidade, envolvimento, comunicação, interação, criatividade e imaginação.

O processo de pensamento criativo é um instrumento essencial ao cuidado cultural. Estrutura-se, ininterruptamente, por uma produção convergente através de métodos, padrões necessários e/ou produção divergente, por remodelagem das ideias padronizadas.

A cada minuto, a ação e a reação na interação enfermeiro-doente se torna diferente. Isto envolve, além da capacidade intelectual do enfermeiro, uma reflexão diária da prática que executa e de como são percebidos pelos atores envolvidos nos fenômenos.

O foco disso tudo é uma readequação criativa dos conceitos de enfermagem, numa lógica inovadora, consciente e inventiva, fundamentada nas respostas humanas em contextos diversos e no conhecimento científico do enfermeiro.

Logo, a competência cultural em enfermagem refere-se à compreensão da importância social e influência cultural sobre as crenças de saúde e os comportamentos das pessoas, com base numa consciência adquirida por enfermeiros sobre os estilos de vida próprios das populações.

Entende-se que essa compreensão antropológica irá possibilitar a implementação de estratégias singulares para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e diminuir as disparidades existentes nas sociedades multiculturais (Lopes, Santos, Matos, & Ribeiro, 2009).

Nessa perspectiva, a sensibilidade cultural e a consciência cultural passam a ter influência significativa para práticas de saúde e de enfermagem competentes e congruentes (Wolf & Calmes, 2004).

Purnel & Paulanka (2010:2) explicam que a consciência cultural permite “(...) aumentar a satisfação dos utentes, face aos cuidados de saúde, e na redução das razões multifatoriais causadoras de desigualdades e complicações baseadas no género, na raça e na etnia que interferem na prestação de cuidados”.

É fundamental ter em mente que a competência cultural na enfermagem vai além de uma resposta cultural, sensível e adequada. É necessária a percepção da intencionalidade das ações. Para isso, a abordagem competente abrange a compreensão das interações entre enfermeiro-doente-ambiente, numa consciência das ações, condutas e dos impactos atribuídos.

Portanto, os atributos da competência cultural se constroem pela existência de muitos outros conceitos interligados, o que torna difícil o reconhecimento das suas características definidoras. Essa circularidade existente entre os referentes da competência cultural pouco pode contribuir para a operacionalização desse conceito.

Os principais atributos identificados, quando há ocorrência do conceito, refere-se à associação entre as características ética e humanitária, a habilidade cultural e ao conhecimento sobre uma cultura (Rodrigues, Amendoeira, & Pereira, 2013).

O dinamismo dos atributos da essência humana associados a uma perspectiva secundária da cultura, como: migrações, *status* socioeconômicos e educativos, por exemplo, vincula o conceito às visões individuais do mundo, que são intensificadas conforme o grau de identidade cultural da pessoa.

O aspeto subjetivo apresenta um importante contraponto quando comparado aos outros referentes que se estabelecem pautados em características primárias de uma cultura e facilmente mensuráveis, como a etnia, o idioma e a religião.

Nessa lógica, os enfermeiros devem estar atentos para o bem individual, respeitando as escolhas das pessoas, e também identificando os riscos que essa liberdade de ação poderá causar para o bem comum.

Para incorporar o conceito de competência cultural nos cuidados de enfermagem, é necessária compreensão e consciencialização da amplitude dos aspetos morais e culturais diante da possibilidade de adequação a cada caso. Para garantir a manutenção

da identidade multicultural e minimizar a imposição cultural, o enfermeiro deve desapropriar-se de preconceitos que estejam edificados dentro da sua cultura subjetiva e na sociedade.

2.2.2 Delineação de Antecedentes e de Consequentes à Competência Cultural

Na intenção de esclarecer o contexto social, no qual a competência cultural é utilizada, apresentam-se, no Quadro 1, os indicadores que ocorrem a *priori* à existência desse conceito.

QUADRO 1. Indicadores dos antecedentes do conceito de competência cultural

Antecedentes	Indicadores
Diversidade da população	Visibilidade aos grupos minoritários Diversidade de profissões Diversidade de serviços
Desejo Cultural	Motivação profissional Satisfação no cargo Clareza profissional
Encontro Cultural	Viagens Missões Estágios Visitas Domiciliares
Estrutura Educacional	Autonomia Coresponsabilidade Cultura profissional

Fonte: Rodrigues, Amendoeira, & Pereira (2013)

Na crescente diversidade da população, ressalta-se a visibilidade dos grupos antes socialmente invisíveis, como os casais homo-afetivos, idosos, toxicodependentes, mulheres, a diversidade de profissões e de serviços, com a tendência à inclusão da mão de obra feminina e da imigração.

Outro evento que é dito importante e preciso está relacionado ao desejo cultural, expresso na motivação profissional, satisfação no cargo, clareza de papel e na disponibilidade para os encontros culturais: através de viagens, missões, estágios, visitas domiciliares.

Esse compromisso com a profissão e a disponibilidade para interagir com grupos diversos possibilitam a autoavaliação e o desenvolvimento de relações intersubjetivas que valorizam um equilíbrio cultural.

A mudança na estrutura educacional também é observada como fenômeno que antecede à existência da competência cultural. A estrutura educacional evolui para uma matriz estereotipada não apenas na cultura do profissional, tornando a pessoa corresponsável na gestão da sua saúde.

O Quadro 2 mostra os indicadores que a *posteriori* são observáveis pela existência do conceito de competência cultural.

QUADRO 2. Indicadores dos consequentes do conceito de competência cultural

Consequentes	Indicadores
Equilíbrio Cultural	Atenção às populações minoritárias Redução das dissonâncias culturais Redução das disparidades em saúde
Etnocentrismo	Redução da imposição cultural
Qualidade dos Serviços	Resultados sensíveis e congruentes Ação intencional Intérprete

Fonte: Rodrigues, Amendoeira, & Pereira (2013)

Por outro lado, a identificação de consequentes como incidentes que acontecem como resultados da ocorrência do conceito de competência cultural são úteis para determinar as variáveis ocultas ou pouco observáveis, mas pertinentes para orientar as manifestações do conceito.

Os incidentes mais identificados foram a diminuição da discriminação, do racismo e das disparidades em saúde, e a inclusão de intérpretes, reduzindo, assim, as dificuldades de comunicação pelas barreiras linguísticas.

2.2.3 Exploração de Atributos Definidores da Competência Cultural

Considerando o contexto social da prestação de cuidados de enfermagem, as características definidoras são importantes para mostrar, com evidência, os atributos críticos associados à competência cultural, a fim de listar os fenômenos específicos que ocorrem e de diferenciá-los de outro fenômeno com ele relacionado.

A Figura 2 é uma estrutura em forma de árvore que informa as dimensões e os atributos do conceito em estudo.

QUADRO 3. Indicadores das características do conceito de competência cultural

Atributos	Indicadores
Ético e Humanitário	Empatia, respeito, confiança, vínculo flexibilidade, franqueza, humildade e compaixão
Consciência Cultural	Autenticidade Identidade Cultural Disponibilidade para outras culturas
Comunicação	Idioma Expressões
Conhecimento Cultural	Compreensão de crenças, tradições, relação de gênero, papéis sociais, economia, etnicidade, educação, tradições, estrutura familiar, estilo de vida, impacto das reuniões sociais e das políticas públicas

Fonte: Rodrigues, Amendoeira, & Pereira (2013)

A consciência cultural incorpora-se nessas características individuais. Esse atributo é determinado pela orientação cultural de cada pessoa e pela capacidade em desenvolver a autenticidade, em um exercício de reconhecimento da própria identidade cultural (autoconsciência) e pela disponibilidade para entender as outras culturas.

A consciência cultural é importante para o reconhecimento de preconceitos, dos estereótipos e as suposições sobre os padrões culturais manifestados em diferentes culturas, em uma atitude respeitosa dos diversos pontos de vista, contribuindo para diminuir as dissonâncias culturais e a imposição de uma cultural sobre outra.

A comunicação eficaz através de terminologia, de linguagem adequada a cada contexto e de ênfase no idioma, são habilidades culturais que devem ser melhoradas na transmissão das informações de forma precisa, na discussão dos assuntos culturais de forma aberta, sugerindo respostas baseadas na cultura e avaliando etnicamente o significado que a cultura tem para as pessoas.

Para a habilidade cultural, é indispensável a aprendizagem de competências linguísticas e os métodos para romper as barreiras da comunicação.

Outro atributo da competência cultural é o conhecimento cultural. Essa característica é observada neste conceito porque compreende os atributos intraculturais e interculturais.

Nesta lógica, exige o conhecimento de padrões culturais específicos marcados dentro de diferentes culturas e que afetam vários aspectos da vida de cada pessoa. Essas características reforçam a ideia da diversidade social e da existência de um campo transcultural para compreensão das interações sociais.

O conhecimento das singularidades na diversidade cultural é útil por possibilitar a compreensão das crenças, relações de gênero, papéis sociais, estrutura econômica, etnicidade, acessibilidade à educação, tradições, estrutura familiar, concepção de estado de saúde/doença, estilos de vida, impacto das reuniões sociais na funcionalidade do espaço e as políticas públicas.

2.3 IMPLICAÇÃO NA PRÁTICA DE CUIDAR CULTURALMENTE COMPETENTE

Não há consenso sobre a melhor maneira de ser prestador de cuidados culturalmente competentes, por não haver um modelo linear para compreender as pessoas de diversos grupos culturais. Para Dreher & MacNaughton (2002), a imprevisibilidade gerada pela influência cultural nos cuidados pode ser encarada como uma forma de ocultação das responsabilidades de assistência à pessoa.

Os mesmos autores apontam a cultura como uma construção social, referindo-se aos comportamentos, às crenças, às normas e aos valores de grupos, e observam que a enfermagem tem aplicado conhecimento cultural no cuidado aos indivíduos que pode não respeitar as crenças e os comportamentos do grupo.

O conhecimento cultural, assim aplicado, pode resultar de pressupostos inapropriados (ou estereótipos) sobre a saúde dos indivíduos e populações (Flaskerud, 2007).

A correção das assimetrias em saúde requer o reconhecimento de múltiplos enfoques. A recomendação de Flaskerud (2007) tem sido a de desenvolver formação com base em currículos transculturais abrangentes.

O desafio é isolar estratégias de formação específicas, com intervenções efetivas e sustentáveis, guiadas por ferramentas curriculares, com centralidade na comunicação e nas pessoas, como o *medical home*² e na educação interprofissional (Lie, Lee-Rey, Gomez, Berekyei, & Braddock, 2011).

² Modelo de cuidados de saúde centrados na pessoa e na família.

Flaskserud (2007) explica que para alcançar o entendimento acerca de uma cultura requer habilidades para envolver, ouvir, interagir e responder. Consciente de que as pessoas não são homogêneas em crenças e práticas, acredita-se que a história dos cuidados clínicos, a experiência de investigação, o envolvimento em organizações comunitárias e o falar a língua³ da comunidade fornecem informações valiosas para compreender a saúde das pessoas, crenças de doença, práticas de cura, filosofias religiosas, preferências e práticas alimentares, hábitos de higienização do corpo, dentre outros de um repertório amplo para escolher ou rejeitar, a partir das experiências compartilhadas.

Tendo em consideração que a sociedade ocidental é fortemente influenciada pela ciência, é possível generalizar que a dinâmica social, neste caso, favorece constantes transições e adaptações. Em contraponto, as sociedades não ocidentais são tidas como mais estáveis, mantendo os padrões culturais mais óbvios ao longo dos tempos. Para *Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care (CLAS)*, isso consiste na tarefa de relativizar o que é aprendido sobre os comportamentos e as atitudes em situações culturais cruzadas.

O padrão de uma cultura compreende dimensões subjetivas, interativas e materiais que fornecem os cenários para orientar as pessoas para as suas atividades diárias. Embora essa afirmação seja genérica, o foco principal deve estar, portanto, em aprender como as pessoas utilizam as informações culturais na dinâmica social em que se inserem (Elliot, 2006). Para o mesmo autor, o ponto de partida perfeito é avaliar de forma sistemática os valores, as crenças e práticas de vida diária.

Para desenvolver um cuidado culturalmente competente, é preciso ter sensibilidade e, sobretudo, ser capaz de colocar de lado os próprios valores para compreender o outro, com valores, crenças e práticas diferentes das nossas.

2.3.1 Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural

No âmbito das teorias de enfermagem aplicadas à prática, destaca-se a Teoria de Médio Alcance de Madeleine Leininger, intitulada de Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC), elaborada sob os pilares da antropologia, em articulação com os propósitos específicos da enfermagem.

³ Dialeto, gírias e expressões.

Pode-se ainda afirmar que a teoria insere-se no paradigma da transformação e na Escola de Pensamento do Cuidar, pois está situada em um contexto de orientação de abertura face ao mundo e do paradigma de transformação (Tomey & Alligood, 2003).

A teoria de Leininger recebeu e transporta influências do Holismo, tendo em conta que vê o ser humano como um todo e considera o contexto cultural da pessoa uma parte fundamental do processo terapêutico (Tomey & Alligood, 2003).

Em meados da década de 1950, Madeleine Leininger deparou-se com um choque cultural quando despertou para a necessidade de compreender os fatores culturais que se repercutiam no comportamento das crianças de diferentes culturas que estavam sob os seus cuidados (Oriá, Ximenes, & Pagliuca, 2007), o que fez com que fosse a primeira enfermeira a fazer um doutoramento em antropologia cultural e social, na Universidade de Washington. Centrou a sua atenção no povo de *Gadsum* das *Eastern Highlands* na Nova Guiné, onde viveu sozinha com o povo indígena quase dois anos.

Leininger define teoria como a descoberta sistemática e criativa de conhecimentos sobre um domínio de interesse ou um fenómeno que parece importante compreender ou ter em conta para algum fenómeno desconhecido e acrescenta que deve ter em mente a descoberta criativa sobre o indivíduo, as famílias e os grupos e, o seu cuidar, valores, expressões, crenças e ações ou práticas baseadas no modo de vida cultural, para prestar um cuidado de enfermagem eficaz, satisfatório e culturalmente coerente (Tomey & Alligood, 2003).

Embora a TDUCC possa ser considerada como uma grande teoria, Leininger (1991) defende que o âmbito da sua teoria enquadra-se nas teorias de médio alcance, tendo em conta que aborda fenómenos e conceitos específicos e reflete a prática nas várias situações de enfermagem.

O uso da teoria oferece estrutura e organização do conhecimento de enfermagem e proporciona um meio sistemático de colher dados para descrever, explicar e prever a prática; além disto, promove a prática racional e sistemática, desafiando e validando a intuição (Sousa, Guedes, Monteiro, Freitas, & Rodrigues, 2013).

Leininger (1991) define como principais conceitos na TDUCC a ajuda aos enfermeiros a operacionalizar os cuidados de enfermagem capazes de compreender as visões de mundo dos clientes, uma enfermagem mais humanística e cuidado centrado em decisões feitas à medida para servir os valores, as crenças e os modos de vida do indivíduo, grupo ou instituições (Quadro 4).

QUADRO 4. Conceitos da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger (1991, 2001)

Conceitos	Definições
Cuidar	Ações e atividades orientadas no sentido de assistir, apoiar ou capacitar outro indivíduo ou grupo com necessidades evidentes ou antecipadas para melhorar ou aperfeiçoar uma forma de vida ou condição humana, ou para encarar a morte.
Cuidado	Fenômenos abstratos e concretos relacionados com a assistência, o apoio ou o possibilitar de experiências, comportamentos, no sentido de apoiar os outros com necessidades evidentes, antecipadas para melhorar ou aperfeiçoar uma forma de vida ou condição humana.
Cultura	Valores, crenças, normas e modos de vida aprendidos, partilhados e transmitidos, pertencentes a um grupo específico que orienta pensamento, decisões e ações de forma padronizadas.
Cuidar cultural	Valores, crenças e modos de vida regidos por um padrão, subjetiva e objetivamente aprendidos e transmitidos, que assistem, apoiam, facilitam ou habilitam outro indivíduo ou grupo a manter a saúde e o bem-estar, a melhorar a condição humana e o modo de vida, ou a lidar com a doença, impedimentos ou morte.
Diversidade do cuidar cultural	Variabilidades e/ou diferenças nos significados, padrões, valores, modos de vida ou símbolos do cuidado dentro de ou entre as coletividades que estão relacionadas com as expressões do cuidar humano de auxílio, suporte e capacitação.
Universalidade do cuidar cultural	Significados, padrões, valores, modos de vida ou símbolos de cuidar uniformes comuns, semelhantes ou dominantes que manifestam entre muitas culturas e refletem formas de auxílio, apoio, facilitadoras ou capacitadoras para ajudar as pessoas.
Enfermagem	Disciplina e profissão humanística e científica aprendida, centrada nos fenômenos do cuidar humano e nas atividades para auxiliar, apoiar, facilitar ou capacitar indivíduos ou grupos a manter ou readquirir o bem-estar (ou saúde), de formas culturalmente significativas e benéficas, ou a ajudar as pessoas a encarar <i>handicaps</i> ou a morte.

Visão do mundo	Forma como as pessoas tendem a ver o mundo ou o universo para formar uma imagem ou uma posição valorativa sobre a vida ou o mundo ao seu redor.
Dimensões da estrutura cultural e social	Respeito aos padrões e aspectos dinâmicos dos fatores estruturais e organizacionais inter-relacionados de uma cultura específica (subcultura ou sociedade), que inclui valores religiosos, de parentesco (sociais), políticos (e legais), econômicos, educativos, tecnológicos e culturais, fatores <i>ethnohistóricos</i> e a forma como estes fatores podem estar inter-relacionados e funcionar, de modo a influenciar o comportamento humano em diferentes contextos ambientais.
Contexto ambiental	É totalidade de um evento, situação ou experiência específica que confere significado às expressões humanas, interpretações e interações sociais, particularmente contextos físicos, ecológicos, sociopolíticos e/ou culturais.
<i>Ethnohistória</i>	Fatos, eventos, circunstâncias e experiências passadas de indivíduos, grupos, culturas e instituições que são principalmente centradas nas pessoas (<i>ethno</i>) e que descrevem, explicam e interpretam os modos de vida do ser humano dentro de contextos culturais específicos e durante períodos longos ou curtos.
Sistema genérico laico do cuidar	Conhecimento e competências baseadas na terra natal, culturalmente aprendidas e transmitidas, usadas para prestar atos de auxílio, apoio, capacitação ou facilitadores, no sentido de ou para outro indivíduo, grupo ou instituição com necessidades evidentes ou antecipadas, por aperfeiçoar ou melhorar o modo de vida humano ou estado de saúde (ou bem-estar) ou para lidar com deficiências ou situações de morte.
Sistema(s) profissional(is) de cuidar	Diz respeito ao ensino, aprendizagem e transmissão formal do cuidar profissional, da saúde, doença, bem-estar, conhecimentos relativos e competências de práticas que prevalecem nas instituições profissionais, habitualmente com pessoal multidisciplinar para servir os consumidores.
Saúde	Condição de bem-estar que é culturalmente definida, valorizada e praticada, refletindo a capacidade dos indivíduos/grupos desempenharem as suas atividades diárias, de modos culturalmente expressos, benéficos e modulares.

Preservação ou manutenção do cuidar cultural	Ações e decisões profissionais de auxílio, apoio, facilitadora ou capacitadoras que ajudam as pessoas de uma cultura específica a reter e/ou preservar valores relevantes do cuidar, de modo a que possam manter o bem-estar, recuperar da doença ou encarar deficiências ou morte.
Acomodação ou negociação do cuidar cultural	Ações e decisões profissionais criativas de auxílio, apoio, facilitadoras ou capacitadoras que ajudam as pessoas de uma designada cultura a adaptar-se a ou a negociar com os outros para um resultado de saúde benéfico ou satisfatório com os prestadores de cuidados profissionais.
Repadronização ou reestruturação do cuidar cultural	Ações e decisões profissionais de auxílio, apoio, facilitadoras ou capacitadoras que ajudam os clientes a reordenar, alterar ou modificar grandemente os seus modos de vida para padrões de cuidados de saúde novos, diferentes e benéficos, respeitando os valores culturais e as crenças dos clientes e fornecendo, ainda, um modo de vida benéfico ou mais saudável do que antes.
Cuidar culturalmente congruente	Ações ou decisões de auxílio, apoio, facilitadoras ou capacitadoras cognitivamente baseadas feitas à medida para servir os valores, as crenças e os modos de vida do indivíduo, grupo ou instituições para prestar ou apoiar serviços de cuidados de saúde ou bem-estar significativos, benéficos e satisfatórios.

Existem hipóteses específicas inerentes à teoria que suportam as premissas e o uso dos conceitos descritos acima e assenta em treze pressupostos, acrescentam significado, profundidade e clareza ao foco geral para chegar aos cuidados de enfermagem culturalmente congruente (Leininger, 1991).

Para isso, é necessário compreender o cuidado de enfermagem nos seguintes pressupostos identificados por Crespo, Rodrigues, Vicente, Amendoeira, & Barbieri-Figueiredo (2014: 8) na Teoria de Leininger:

“(1) O cuidado é a essência da enfermagem e um ponto distinto, dominante, central e unificador; (2) O cuidar (cuidados) é essencial para o bem-estar, saúde, cura, crescimento, sobrevivência e para enfrentar dificuldades ou a morte; (3) O cuidado cultural é a forma holística mais lata de saber, explicar, interpretar e prever os fenômenos do cuidar cultural para orientar as práticas do cuidar em enfermagem; (4) A enfermagem é uma disciplina e profissão humanística e científica de cuidar transcultural com o objetivo principal de servir os seres humanos por todo o mundo; (5) O cuidar (cuidados) é essencial ao tratamento e cura, pois não pode existir cura sem cuidar; (6) Os conceitos, significados, expressões, padrões, processos do cuidar cultural e as formas estruturais do cuidar são diferentes (diversidade) e semelhantes (no sentido das comunidades ou das universalidades) entre todas as culturas do mundo; (7) Toda a cultura humana possui conhecimentos e práticas genéricas sobre o cuidar e conhecimentos e práticas do cuidar normais que variam transculturalmente; (8) Os valores, as crenças e as práticas do cuidado cultural são influenciadas e tendem a estar englobados na visão do mundo, na língua, no contexto religioso (ou espiritual), de parentesco (social), políticos (ou legal), educativo, econômico, tecnológico, *etnohistórico* e ambiental de uma cultura específica; (9) O cuidar em enfermagem benéfico, saudável e satisfatório, culturalmente baseado, contribui para o bem-estar de indivíduos, famílias, grupos e comunidades dentro do seu contexto ambiental; (10) O cuidar em enfermagem congruente ou benéfico pode ocorrer apenas quando o indivíduo, grupo, família, comunidade ou os valores, expressões ou padrões de cuidar cultural são conhecidos e usados adequadamente e de forma significativa pela enfermeira com as pessoas; (11) As diferenças e semelhanças do cuidar cultural entre o(s) prestador (es) de cuidados profissional(is) e o cliente (genérico) recetor do cuidado existem em qualquer cultura humana do mundo; (12) Os clientes que passem pela experiência de um cuidar em enfermagem que não consiga ser, razoavelmente, congruente com as crenças, valores e modos de vida do cliente, irão mostrar sinais de conflitos culturais, falta de condescendência, tensões e preocupações éticas ou morais; (13) O paradigma qualitativo fornece novas formas de conhecimento e diferentes formas de descobrir, transculturalmente, as dimensões epistêmicas e ontológicas do cuidar humano.”

Para utilização da TDUCC de Leininger, selecionaram-se e utilizaram-se constructos da antropologia e de cuidado próprio da Enfermagem, dando origem à Enfermagem Transcultural que tem como foco o estudo e a análise comparativa de diferentes culturas, no que diz respeito ao comportamento relativo ao cuidado, especialmente ao cuidado de Enfermagem (Moura, Chamilco, & Silva, 2005).

3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

3.1 Desenho do estudo

Em face da finalidade do estudo e das questões que orientam a pesquisa, tornou-se pertinente a realização de um estudo de natureza qualitativa, do tipo exploratório e descritivo.

A escolha por este caminho metodológico ocorreu em virtude da possibilidade de buscar através da compreensão dos significados nas situações particulares da ação interativa, específicas dos fenômenos dentro de um contexto social (Haguette, 1992).

Para Morse (1994), o desenho metodológico descrito liga o estudo de maneira construtiva, para atingir maior profundidade, e compreensiva, para explorar a unicidade, juntando, em maior conformidade, os padrões, as categorias e relações significativas. Favoreceu, assim, o desenvolvimento de interpretações concetuais e teóricas na perspectiva dos informantes, em face da realidade estudada.

3.2 Participantes no contexto do estudo

Participaram do estudo 10 enfermeiros que prestavam cuidados de enfermagem em contextos hospitalares de referência especializada na atenção a pessoa com HIV/Aids e outras doenças infectocontagiosas, em Portugal.

Como modelo de organização para esta pesquisa, optou-se pela abordagem dos participantes, enquanto estivessem prestando cuidados no internamento de infecologia.

A inclusão dos enfermeiros desse local ocorreu devido à continuidade de cuidados prestados aos doentes, numa lógica inerente de pensamento que quanto mais o enfermeiro conhecer o doente, maior é a oportunidade de ser prestado um atendimento que preencha as necessidades da pessoa, garantindo credibilidade aos resultados.

Não foi ponderada a quantidade de intervenções, mas a diversidade de singularidades que o enfermeiro pudesse ter vivenciado, a intencionalidade e as circunstâncias congruentes como cuidador, numa compreensão dos significados atribuídos dentro do contexto social e pela explicação das particularidades.

Foram excluídos da pesquisa quem estivesse eventualmente a trabalhar no setor por motivo de férias ou devido ao afastamento, por atestado médico, de algum outro enfermeiro do serviço, por um tempo inferior a seis meses.

A seleção dos participantes seguiu os critérios que permitiram descobertas significativas, precisas e credíveis. Para isso, ponderou-se a dinâmica propícia do contexto empírico, a intencionalidade observada como foco de estudo, para uma completude da ideia e a reafirmação da participação ativa dos enfermeiros.

Deste modo, seguiu-se o critério de amostragem teórica, em que o quantitativo de participantes foi saturado pelo esgotamento do contexto, observado nas redundâncias e na duplicidade de ideias apresentadas (Morse, 1994).

3.3 Instrumentos para obtenção das informações

O roteiro de trabalho de campo ocorreu em duas fases, que se suportaram num entendimento anterior do mundo empírico do estudo, na determinação de adequações, na identificação de determinantes próprios a serem compreendidos e dos meios possíveis para poderem ser usados.

A fase I: preparação para a entrada no campo como investigador, num momento de socialização com a realidade e com os atores, conhecimento do contexto social e das práticas culturais.

Inicialmente, foi realizado com três enfermeiros o mesmo estudo exploratório-descritivo, com intuito de uma validade teórica do desenho metodológico planejado.

A intenção dessa etapa era refinar e adequar o processo de como foi pensado o desenvolvimento da investigação: no que persiste a linguagem dos instrumentos para obtenção dos dados, ajuste necessários à dinâmica do campo e ao desenvolvimento/progresso das estratégias para colheita das informações.

Ressalta-se que não foi modificado o conteúdo perguntado, mas adequado a melhor maneira de perguntá-lo, respeitando os espaços e a dinâmica do campo social. Os resultados que emergiram desta fase I foram incluídos na análise dos dados.

Na fase II: efetivado o roteiro do trabalho de campo de um estudo exploratório e descritivo com os participantes através da técnica da entrevista semiestruturada:

a) Entrevista semiestruturada

A técnica apoiou-se num roteiro com perguntas norteadoras que foram realizadas individualmente e gravadas em *flash-drive*, mediante permissão concedida pelo participante.

A escolha pela entrevista como instrumento nesta pesquisa se fez em virtude da relação que esta possibilita, através das experiências, linguagens e saberes diferentes em torno do tema pesquisado, compreender as visões de mundo, as contradições e os conflitos presentes nas condições do cotidiano.

Na entrevista semiestruturada, relacionaram-se os valores, as atitudes e as opiniões através da exploração do universo subjetivo dos entrevistados, conforme explicam Deslandes, Cruz-Neto, & Gomes (2002, p. 108-109):

“(...) a entrevista semiestruturada combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade em discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador (...) [objetivando] colocar as respostas dos sujeitos no seu contexto, evitando prevalência comum nos questionamentos estruturados.”

A operacionalização da entrevista iniciou-se com perguntas objetivas de caráter concreto sobre o participante, conforme a apresentação do perfil no ponto 02 desta metodologia e, gradualmente foram realizados questionamentos de aprofundamento que exijam reflexões, os quais foram orientados pelos objetivos do estudo.

O roteiro semiestruturado se constituiu de questões norteadoras e indutoras de um diálogo aberto que foram formuladas tendo como pressupostos a questão de investigação, o objetivo e os princípios do paradigma qualitativo:

- ✓ Fale o que é o cuidado de enfermagem para você?
- ✓ Como você pratica o cuidado de enfermagem no contexto da infeciologia, com pessoas com HIV/Aids e outras doenças infectocontagiosas?
- ✓ Comente com base na sua experiência, o que seria para você o cuidado de enfermagem culturalmente competente neste contexto?

No decorrer da entrevista, algumas questões foram introduzidas, à medida que se identificaram como necessárias, de acordo com os conteúdos expressos, oferecendo, assim, caminhos para que o entrevistado expusesse suas ideias acerca do cuidado de enfermagem, bem como suas estratégias de prática em serviço especializado em doenças infecciosas.

3.4 Análise dos dados

Após a fase de coleta de dados, as entrevistas foram transcritas e organizadas para a análise qualitativa.

A análise de conteúdo, como forma de análise, possibilitou a compreensão crítica, busca de significado dos sentidos manifestos, além do que foi comunicado. Conforme Bardin (2011), a análise de conteúdo mobiliza técnicas complementares, que consistem na explicitação e expressão do conteúdo das mensagens.

Bardin (2011) trabalha com a análise de conteúdo a partir de três fases básicas, conforme discriminadas a seguir:

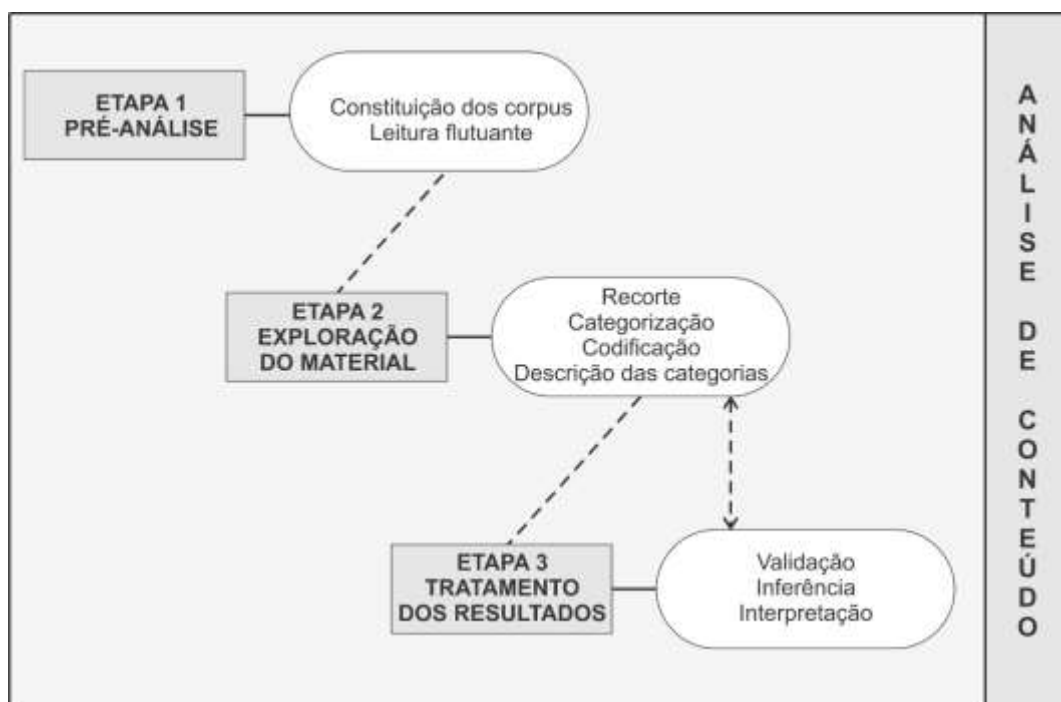


FIGURA 3. Representação da análise de conteúdo, segundo Bardin (2011).

Adaptação de Lima (2010)

1ª Fase é a pré-análise. Ponto fundamental para as fases subsequentes. Correspondem as 10 entrevistas para constituição do *corpus* de análise. Desta forma, foram feitas leituras atentas e repetitivas, para uma visão geral do material e das ideias iniciais.

2ª Fase é a exploração do material. Esta é a etapa de preparação e conclusão de operações de codificações das entrevistas. A codificação de categorias foi realizada de forma sistemática a partir de recortes da composição do corpus, sua classificação e agregação.

Assim, selecionou-se para unidade de contexto o parágrafo que se constituiu um dos segmentos mais largos para compreensão do conteúdo e para a unidade de registo, a frase.

A **3ª Fase** é o de tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação. Foi realizado agrupamento numa matriz temática que resultou no cuidado culturalmente competente. Os resultados tratados, considerando as subcategorias, organizaram-se num sistema categorial como variáveis empíricas, que emergiram dos dados.

Para exemplificação:

Tema: Cuidado de enfermagem culturalmente competente	
Categoria: Vivenciando o cuidar	Subcategoria: A experiência do cuidar e a centralidade nos cuidados
Fonte: “De maneira geral, a gente , por vezes, esquecemos que eles têm o HIV que são cuidados básicos de higienização, de proteção nossa individual para com a pessoa que presta cuidados e também para a pessoa. <u>Como nós lidamos diariamente com essas pessoas, eu que quase nem nós lembramos ou às vezes nem lembramos que essa pessoa tem o HIV.”</u>	

3.5 Aspectos éticos

Foram adotados todos os procedimentos para que a investigação estivesse de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, que norteia as condutas, os padrões e procedimentos éticos do estudo.

Valendo salientar os seguintes: (1) encaminhamento às instituições, foco do estudo, de uma solicitação para a entrada do pesquisador em campo; (2) elaboração de termo de consentimento livre e esclarecido para todos os enfermeiros participantes; (2) informação sobre os métodos e procedimentos utilizados na realização da pesquisa; (3) garantia do anonimato e confidencialidade do conteúdo das informações coletadas, com isso as identidades foram substituídas por códigos crescentes, como as entrevistas (E1, E2,..., E10); (4) esclarecimento a respeito da possibilidade do enfermeiro se recusar a participar e/ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer custo ou prejuízo para o próprio; e (5) reforço sobre a importância da participação para realização desta pesquisa e dos contributos sociais, teóricos e profissionais que poderão vir a surgir com os resultados.

4. CONSTRUÇÃO DA NARRATIVA A PARTIR DOS SIGNIFICADOS EXPRESSOS PELOS ENFERMEIROS PARTICIPANTES

O cuidado culturalmente competente está interpretado numa associação de três categorias que apresentam conceitos que se interrelacionam (Quadro 5). Para exemplificação de cada subcategoria, constam nos resultados trechos paradigmáticos das entrevistas (E1...E10) que possam ilustrar a análise.

QUADRO 5. Distribuição das subcategorias por categorias

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Vivenciando o cuidar	A experiência do cuidar e a centralidade nos cuidados
	Expetativas positivas com o cuidar
	Expetativas negativas com o cuidar
	O ambiente físico e o ambiente simbólico
O enfermeiro cuidando	Reconhecendo-se enfermeiro no contexto social
	Percebendo-se como mediador cultural
	Operacionalizando o cuidado
O enfermeiro interagindo	A Influência dos indicadores inter e intraculturais no cuidado
	Estratégias e táticas no cuidado

Pode-se afirmar que ao cuidar, o enfermeiro confronta-se com reações e comportamentos humanos plurais e complementares, sendo impossível conseguir intervir de forma paradigmática na saúde.

Dessa forma, explicam-se e justificam-se as diferentes formas de praticar o cuidado, a partir dos padrões de respostas diversos e fundos teóricos diferentes, que para Leininger (1991), convergem para o resultado final: o cuidado culturalmente congruente.

O cuidado de enfermagem culturalmente competente é uma necessidade. Para Pereira (2011), o conceito de enfermagem transcultural permite aos enfermeiros a compreensão dos indivíduos, das famílias e das culturas para um cuidado congruente.

Sem dúvida que o enfermeiro por estar em contato direto com a pessoa durante o cuidar assume posição que favorece estratégias culturais, ou seja, todo o enfermeiro seria capaz de produzir cuidados culturalmente congruentes.

As formas de cuidar cultural são diferentes (diversidade) e semelhantes (no sentido das universalidades do caráter humano) entre todas as culturas. É válido pensar que essa diversidade aumenta a variedade de barreiras culturais próprias das pessoas e torna-se um desafio significativo para as intervenções de enfermagem (Leininger, 1991).

No contexto de manutenção da saúde, o ideal será explorar os significados sobre a doença, condição de saúde e comportamentos de risco, para desvalorizar o modelo conservador⁴ que alimenta a ignorância cultural.

⁴ Esse modelo denota a manutenção de princípios e valores atemporais. No contexto das doenças infecciosas, isso implica ideia de imunidade que resulta na não realização de estratégias preventivas ou de controle e na não adesão ao tratamento.

4.1 VIVENCIANDO O CUIDAR

4.1.1 A experiência do cuidar e a centralidade nos cuidados

A enfermagem assume como centralidades nos cuidados uma associação entre ações humanísticas e técnicas que estão orientadas pelas respostas humanas do doente e pela condição clínica que resultou na situação de internamento.

A enfermagem, nesta lógica, é entendida como uma ciência do cuidado, da prática, com o *status* de ciências humanas e orientada na saúde (Meleis, 2011).

A pessoa é descrita como sendo um ser autointerpretativo, que se define ao longo do seu percurso de vida e lida com vários papéis que a caracterizam inserida no mundo. Como tal, os enfermeiros cuidam do corpo e do papel da personificação na saúde, na doença e na recuperação (Brykczynski, 2013).

A saúde não é entendida apenas como a ausência de doenças, mas como bem-estar, ou seja, a experiência humana de saúde ou de totalidade. A doença é apenas o que pode ser apreciado ao nível físico, mas uma pessoa pode sofrer de uma doença sem se sentir doente ou sem sentir perda e disfunção (Brykczynski, 2013).

Mesmo ciente que a causa do internamento foi a agudização do quadro clínico, os enfermeiros referem não diferenciarem os doentes conforme a patologia, sinais ou sintomas. Estes são entendidos como os fatores para diagnosticar a doença ou a necessidade do internamento. O desafio central é ter um pensamento de cuidar que veja o doente de forma holística e não ser reducionista nas ações.

Traçam-se estratégias acessíveis que consigam perceber a natureza das respostas integradoras às questões adaptativas e contextualizáveis que, por vezes, podem ser observáveis e/ou não observáveis diretamente pelo enfermeiro e/ou sinalizadas pela pessoa.

No caso do doente internado por doenças associadas ao HIV, este é dito como cuidado de maneira semelhante a qualquer outro doente crónico. Reforça-se que a experiência de cuidar não é direcionada para a doença infecciosa. O processo de adoecer limita-se a uma condição e não apenas a um guia condutor para o cuidado.

O plano de cuidados orienta-se pelas solicitações do doente, as limitações físicas e incapacidades, em que o enfermeiro realiza serviços e técnicas necessárias para

satisfazer as necessidades básicas de vida e morte da pessoa. Assim, o plano de cuidados é delineado e/ou redefinido constantemente.

Eu levo em consideração o doente em si. (E1)

O doente HIV não é diferente dos outros doentes crônicos. (E2)

Como nós lidamos diariamente com essas pessoas, quase nem lembramos-nos de ou, às vezes, nem lembramos que essa pessoa tem o HIV. (E2)

O meu cuidado de enfermagem não acho que seja muito diferente em doentes com HIV e sem HIV. (E5)

O foco dos cuidados está além da possibilidade de beneficiar o doente, mas também revela uma preocupação com a família e a sociedade em que está inserido. O contexto ajuda a resignificar através do ensino as questões relativas ao processo de adoecer para um melhor convívio social e aceitação da situação de cronicidade.

O reforço para visitas de amigos, familiares e outras pessoas significativas é realizado para manutenção de um ambiente acolhedor.

Tudo aquilo que possa beneficiar direta ou indiretamente o doente e a família. (E3)

No doente com HIV, eu não deixo de ver o doente que está inserido em uma sociedade, em uma família. (E1)

Ver o contexto da doença, se os familiares aceitam ou não aceitam o diagnóstico, se sabem ou não sabem do diagnóstico. (E4)

4.1.2 Expetativas positivas com o cuidar

Cuidar foi descrito pelos enfermeiros participantes como a maneira de beneficiar o doente, proporcionando-lhe bem-estar, saúde e assistência em todas as fases da vida até a morte.

Havia expectativa em prestar os cuidados com a melhor qualidade possível, para que os doentes se sentissem satisfeitos, cumprindo medicação e evitando reinternamentos.

Cuidar é uma vocação para ajudar o outro. Não há a tentativa de imposição ao doente do que deve ser feito, mas de auxiliá-lo, apoiá-lo no que não consegue realizar, por meio próprio e estimulá-lo para uma vida saudável.

Cuidados de enfermagem são tentar que o doente tenha as atividades de vida dele satisfeitas. (E8)

Cuidado de enfermagem é auxiliar o doente em todas as atividades em que ele não consegue desenvolver por ele próprio, pelos seus próprios meios e ele precisa de ajuda. (E5)

Tens que fazer essa medicação para continuares a sentir-se saudável. (E7)

É dar o bem-estar ao doente. Dar-lhe a saúde, proporcionar-lhe cuidado para ter uma boa saúde, ter mais saúde. É também assitir na morte e dar qualidade numa morte. (E3)

O cuidado de enfermagem é tudo aquilo que possa beneficiar o doente... que muitas vezes faz com que ele cumpra ou não cumpra a terapêutica para evitar um reinternamento. (E1)

Para realizar um cuidado satisfatório, havia preocupação em manter uma relação empática enfermeiro-doente, escutá-lo, estar presente para oferecer conforto. Com isso, é preciso melhor compreensão das diferenças existentes entre as pessoas, de modo a minimizar as práticas de cuidar padronizadas.

Respeitar os valores que um doente tem. (E4)

(...) as palavras de conforto, nós não poderemos também, estar muito tempo dentro do isolamento (...) vamos ao isolamento, tentamos estar ali um bocadinho a ouvir o doente e a transmitir também algum conforto algumas palavras, às vezes são palavras de circunstância, mas que o ajudam a passar mais um dia. (E9)

(...) são doentes muito diversificados, cada um tem sua personalidade, cada doente é um doente. (E7)

4.1.3 Expetativas negativas com o cuidar

A quantidade de enfermeiros por turno foi referido como aspeto que prejudica a atenção destinada a cada doente. Além de mais enfermeiros, o ideal seria constituição de uma equipa multidisciplinar. Além de médico e enfermeiro, outros profissionais de saúde que auxiliassem e partilhassem questões mais específicas ao contexto social, familiar e cognitivo dos doentes.

O ideal eu acho que não está, mas não é só aqui, acho que acaba por ser a nível de rácio [taxa, proporção de profissionais] em todo lado que infelizmente estamos cada vez com menos rácio, quer na enfermagem quer nas outras áreas. (E4)

E é claro que se a gente vai muitas vezes a correr e se fazemos isso não vai dar para dispensar muitas vezes a atenção a tudo que vai a volta ao doente e a todo o resto. (E8)

A herança de um cuidado associado a um saber fazer centra-o em rotinas a serem seguidas como processos de trabalho do enfermeiro (Moura, Rabêlo, & Sampaio, 2008).

Houve uma associação entre o que sejam cuidados de enfermagem e rotinas do serviço. Muitos dos enfermeiros descreveram os cuidados de enfermagem (sinais vitais, higienização, medicação, por exemplo) como rotinas realizadas. Este pensamento de cuidado é de base funcionalista e contrário à manutenção e adequação a competências de cuidar.

(...) temos conhecimento do que é o serviço, a parte física, a parte estrutural... nós não conseguimos fazer nada sem a rotina. Há coisas que têm que ser feitas e nós temos que arranjar estratégias para as coisas serem feitas e bem feitas, para ficarmos então com tempo disponível pra aquilo que não é rotinado. (E10)

(...) se o doente tem colheita disto colheita daquilo se está em jejum...é nas as horas certas começar a preparar a medicação que é para hora certa também conseguimos administrar... a evolução dos sinais vitais...estar a falar com um doente e perceber se ele evacuou, se comeu bem, se está contente com a alimentação, avaliar uma tensão arterial três vezes por dia, poderá ser discutível, mas pronto são estas as rotinas que existem. (E8)

Firmar uma relação terapêutica saudável é difícil. O profissional deve apropriar-se de criatividade e estratégias diversas de comunicação que favoreça a confiança mútua na relação enfermeiro-doente.

A dificuldade de comunicação, principalmente na recepção por parte deles, porque se fechavam muito e estranhavam muito quando alguém os falava diretamente como uma pessoa normal, porque não estavam habituados a isso. (E9)

O cliente de enfermagem é um ser em constante interação com o ambiente e capacidade de adaptar-se à dinâmica das situações ou apresentar respostas não adaptativas manifestadas por um grau de dependência. Para Meleis (2011), como o enfermeiro mantém, altera e interage com a pessoa constitui ferramenta para construção do cuidado fundamentado na confiança e em respostas resolutas.

4.1.4 O ambiente físico e o ambiente simbólico

O ambiente é entendido como situação de definição social e significação. Encontrar-se situado significa que a pessoa tem um passado, presente e futuro e que

todos estes aspetos influenciam a sua situação atual, uma vez que a interpretação pessoal da situação é limitada pela forma como o indivíduo está nela (Brykczynski, 2013).

Leininger (1991, 2001) recebeu e transporta influências do Holismo, tendo em conta que se deve estar atento ao ser humano como um todo e considera o contexto cultural da pessoa uma parte fundamental do processo terapêutico.

Isto engloba compreender o conceito de ambiente. Leininger (1991, 2001) define-o como todos os aspetos contextuais em que a pessoa se encontra, sejam eles físicos, ecológicos, sociais, visão do mundo e todos os fatores que influenciam o estilo de vida da pessoa, acrescentando que sendo principalmente exterior à pessoa, influi no cotidiano e na existência, dando significado às experiências de vida, um comportamento só é significativo, na medida em que se inclui no ambiente. Deste modo, a estrutura social repercute-se na saúde, pelo que varia de cultura para cultura (Leininger, 1991, 2001).

Os enfermeiros referiram que num ambiente físico partilhado com outros doentes, torna-se difícil manter a privacidade. As intervenções voltadas para os ensinos ficam prejudicadas e ao saírem do internamento, possivelmente voltam a ter comportamentos de risco e abandono da terapêutica.

Por norma, temos muita dificuldade porque muitas vezes esses quartos são de dois, que há a questão da privacidade. (E5)

Pode haver questões que são importantes para eles e nós não temos essa perceção e pronto o resto, este é um das grandes apostam no ensino. (E3)

Outra coisa é a terapêutica que ainda é, há bastante remorticença por parte de eles continuarem com a terapêutica em casa e que, muitas vezes, existe um tal abandono que tinha dito. Embora nós tentarmos ao máximo que eles saiam daqui, quer médicos quer enfermeiros, com os ensinos, acho que é fundamental. (E7)

O ambiente físico de uma unidade de internamento em doenças infecciosas não é comparável a uma instituição penitenciária. Trata-se de um espaço arquitetónico destinado a receber um determinado tipo de doente, ao mesmo tempo, em que presta um serviço de bem coletivo.

O internamento para pessoas com doenças infecciosas torna-se um ambiente simbólico devido às medidas de controlo ambiental adequada quando explicadas às condições para a pessoa internada e as visitas.

Neste caso, a concepção do “Outro” pode ser entendida simbolicamente como diferente devido às condições de saúde. Com isso, o espaço físico passa a ser simbolizado e compreendido como o “Lugar do Outro”.

Identifica-se nesta lógica o “Eu”, em todos os outros membros de uma sociedade considerada normal. O “Lugar do Outro” como um espaço identificável é descrito através de um lugar físico.

Na perspectiva da pessoa que precise de um internamento com isolamento, assume-se a identidade transitória do “Outro”, estereotipada na sociedade pela precisão de ser recluso devido à situação de saúde debilitada e aos riscos assumidos de transmissão e exposição da sociedade. A existência de um espaço de isolamento possibilita que os outros espaços existentes numa cultura sejam representados, contestados e contrapostos.

O isolamento de uma pessoa é representado numa relação simbólica entre o espaço e o poder, recriando num dispositivo arquitetónico um modelo social, em que se pode observar a presença dos que vigiam e dos que são vigiados, num contexto de sistema disciplinar (Foucault, 1987).

Tivemos uns aqui que tiveram que ter alta, porque não aceitam, querem andar pelo corredor e não pode ser, ou vem aqui para o internamento e aceitam as regras como é, senão é um pouco complicado gerir essas situações. (E10)

Já tivemos até um caso há pouco tempo que não aceitou as regras... queria sair e entrar do isolamento conforme queria. (E7)

4.2 O ENFERMEIRO CUIDANDO

4.2.1 Reconhecendo-se enfermeiro no contexto social

O enfermeiro se reconhece como um profissional que compreende o doente de forma holística, dentro de um nível biopsicossocial e não apenas físico. Direciona esforços aos conhecimentos técnicos, atitudinais e teóricos para ajudar a superar a situação aguda que o doente vivencia. Ao longo do internamento, o doente vai melhorando o estado de saúde e conduzindo a uma vida menos dependente nas questões de vida diária.

Essa prestação de bem-estar do doente desde a administração de medicação, cuidados até de higiene que dão conforto... até uma escuta... conversar com o doente. (E2)

Tudo aquilo a nível psicossocial. É o que eu digo, quer não sendo só a parte física, mas todo o resto. (E1)

(...) é superar a situação aguda que eles enfrentam, para melhorar o seu estado de saúde. A partida vai ficar com as defesas mais altas, mais saudável, vão conseguir fazer uma vida mais próxima do normal, vivendo o mais normal possível. (E6)

Uma parte das vezes é por falta de conhecimento, outras é por falta da capacidade física, passa por muita coisa desde a gestão da medicação, a administração da medicação, cuidados de higiene, eliminação... a gente tem que fazer pelo doente aquilo... (E3)

4.2.2 Percebendo-se como mediador cultural

Os profissionais têm demonstrado interesse em trabalhar com a cultura do indivíduo, visto que o modo de viver, crenças e valores interferem e influenciam a qualidade de vida dos envolvidos. Cuidar vai além de procedimentos técnicos, a compreensão do modo de viver do outro fornece ao ser cuidado subsídios que favorecem a reflexão e a autonomia para tomada de decisão (Seima, Michel, Méier, Wall, & Lenardt, 2011).

O enfermeiro como mediador cultural percebe as diversas características individualizadas dos doentes no processo de cuidar. Estar atento às particularidades de cada pessoa ajuda-o a entender e respeitar a cultura, as crenças, as questões de género sem interferir com os valores próprios ou impondo o saber profissional para poder cuidar,

mas adequando e mantendo as visões de mundo assumidas por cada um. Isto torna o cuidado de enfermagem dinâmico e complexo.

Assim, as diferenças culturais passam a significar características que se expressam em alguns contextos, mas não com tanta estabilidade, ao contrário de serem entendidas como características que nunca estarão presentes. Define-se, assim, a existência de fronteiras culturais como linhas tênues e transitórias, a serem consideradas. Tomando por base a ideia de Rodrigues (2014), a resultante dessas forças é um cuidado que se desenvolve no interior de um sistema não estacionário e racional que vai sendo remodelado pela valorização atribuída, pelos significados e pontos de vista que se vão intensificando com o que foi vivido por cada pessoa.

As intervenções são centradas no cliente favorecendo, desta forma, o aprimoramento da relação interpessoal enfermeiro-cliente, bem como permite a compreensão dos fenômenos de saúde e doença que permeiam o vivido dos indivíduos e/ou grupos populacionais, apresentando a relação com os hábitos cotidianos, as crenças, os costumes e demais aspetos que configuram as suas culturas, pois o cuidado é culturalmente definido (Schaurich & Crossetti, 2010).

Por mais que a gente planeje nosso trabalho, nosso cuidado é sempre alterado, porque nunca sabemos o que vem dali, qual é a resposta que eles têm, e essa foi uma das respostas. (E1)

Temos alguns, não muitos, mas temos dois ou três ciganos aqui no serviço, mas, por exemplo, não é só o HIV, eles têm uma cultura diferente em tudo e nós temos que ver isso também. (E2)

O fato de ser ou não católico... antigamente, nos serviços hospitalares, em quase todos os hospitais ou em quase todos os hospitais, havia santos ou... Sabes que simbolizavam a religião católica... Mas pronto, começavam a haver doentes que não eram da religião católica e que começaram a dizer que eu tenho direito a não ter presente esse tipo de estátuas. (E9)

Eles têm umas religiões que eles não aceitam certas práticas e deveremos perguntar ao doente se estar interessado ou não. (E10)

A idade dos doentes mesmo no contexto do HIV, uma senhora, por exemplo, com oitenta anos nem sabe direito o que tem nem vai aceitar que o marido se quer fez qualquer coisa que lhe pudesse infectar. (E6)

São pessoas que mesmos nos cuidados básicos de enfermagem, como: nos cuidados de higiene são muito mais reticentes. Para um homem aceitar o banho de uma mulher é diferente, para uma mulher aceitar um homem é diferente. (E4)

Há complexidade e dinamismo na concetualização da mediação cultural do enfermeiro, principalmente devido à capacidade de iniciativa e criação do homem, e também, pelos limites de base folclórica, representado pela subjetividade que existe nas mentes de cada pessoa. De outro modo, as funções de vida diária constroem identidades através dos papéis sociais mais típicos.

Trabalhar o cuidado cultural é perceber as distintas formas de ser. Um trabalho pouco linear, pois pode ser dependente da imagem (pré) concebida sobre quem seja o outro e essa pode ser ou não a melhor concepção para entendê-lo na sua coletividade.

A atenção, deste modo, é não perceber o outro como sujeito possuidor de diferenças, mas compreendê-lo dentro das suas particularidades e temporalidades. Esta compreensão vai interferir diretamente na forma como os sujeitos interagem, negociam e adequam as ações no campo transcultural.

Pode-se ter em mente que o ambiente dos cuidados é capaz de justapor num único lugar real, diversos espaços e pessoas “diferentes”⁵, numa lógica contraditória e, por vezes, incompatível (Foucault, 2000).

Como comparação aos jardins⁶ Persas, descrito por Foucault (2000), em que eram espaços, numa espécie de microsomo, que reunia no seu interior toda a vegetação das quatro partes do mundo. Com isso, o jardim era a menor parcela do mundo e ao mesmo tempo a totalidade.

O enfermeiro quando cuida, deve ter a capacidade de ser toda a humanidade ao mesmo tempo (Pereira, 2011), para desempenhar o papel de mediadores culturais.

O mediador cultural no processo de cuidar tem como objetivo promover uma melhor adaptação do doente ao meio subjacente, rompendo barreiras culturais e comunicativas, sendo eles próprios peças únicas que recriam dentro daquela sociedade, não apenas uma língua, como também costumes e formas congruentes com as características de outras culturas.

⁵ Diferente refere-se a quem seja o Outro.

⁶ A mais antiga das heterotopias.

4.2.3 Operacionalizando o cuidado

Há tendências para outros domínios de cuidar: assistir (ou cuidar), administrar, ensinar, pesquisar e participar politicamente (Tanaka & Leite, 2007).

Para os enfermeiros entrevistados, o ideal para ser trabalhado seria uma equipa multidisciplinar que cuidasse do doente sob diversos olhares e intervenções integradas.

As dimensões da estrutura social e cultural, compostas pelos fatores tecnológicos, religiosos e filosóficos, parentesco e sociais, valores culturais e modos de vida, políticos e legais, económicos e educacionais, que se repercutem indubitavelmente na vida das pessoas (Leininger, 1991). Esses fatores constituem-se como um todo interrelacionado, intimamente presente no ser humano a ser cuidado, evidenciando a reciprocidade das influências culturais no contexto social.

A operacionalização dos cuidados se faz através de ensino e com atenção ao respeito aos estilos de vida. Lidar com as pessoas todos os dias ou devido aos constantes reinternamentos é aprendido como lidar com eles de forma a agradar-lhes.

Eu acho que isto é ideal se tivermos uma equipa ... o ideal era termos todos os profissionais no serviço a qualquer momento em que se desejava para podermos trabalhar. (E5)

Nos ensinamos aos doentes, é para dar a eles um melhor estilo de vida e melhores cuidados de saúde. (E4)

São questões culturais que vemos por deparar aqui, e temos que realmente usar estratégias diferentes para cada doente. (E1)

Imagine que eu tenho um doente atribuído: um homem de uma certa idade que veio do interior, se ele quer ir a casa de banho se calhar [talvez] eles não se sentem muito a vontade comigo. A gente habitua-se a fazer isso normalmente que não percebe, apenas porque as pessoas são diferentes. (E7)

Se eu for expô-lo, eu tento resguardá-lo, com biombo, dos outros doentes. Tento ter um controle de infeção adequada, quer dizer lavar as mãos de doente em doente... (E5)

O cuidado é realizado com respeito e privacidade. O corpo não é visto como máquina, que pode ser manipulada aleatória e permanentemente. Observa-se, com isso, obrigação ética de não maleficência e beneficência (Beauchamp & Childress, 2002).

O respeito e a dignidade são garantidos a qualquer pessoa, evitando medidas discriminatórias e estigmatizantes (Felismino, Costa, & Soares, 2008).

A privacidade requer acordo moral e racional. Quando os argumentos de moralidade e racionalidade apresentados são insuficientes, a resolução pode ser estabelecida pela moralidade comum, através de um acordo mútuo sustentado no respeito e no consentimento. O fortalecimento das relações é estabelecido a partir da confiança e do vínculo com o profissional (Massarollo, 2006).

Firmada uma relação terapêutica, o respeito a esse princípio ético somente acontece quando se reconhece a consciência de si, a qual existe a partir do instante em que se aceita a existência do outro (Engelhardt, 1998).

O encontro de interesses entre os enfermeiros, os doentes e a cultura organizacional fica firmado mediante uma relação empática e participativa, resultante de uma decisão consciente e satisfatória de adesão aos cuidados.

4.3 O ENFERMEIRO INTERAGINDO

4.3.1 A Influência dos indicadores inter e intraculturais no cuidado

Os componentes influenciam o estado de saúde e o atendimento proporcionado aos indivíduos, famílias, grupos, comunidades e instituições de uma cultura. Nesta lógica, fica inerente no pensamento de que quanto mais conhecido for o cliente, maior é a oportunidade de ser prestado um atendimento que preencha a sua necessidade (George, 2000).

Os indicadores de cada cultura moldam o estilo de vida de cada pessoa. Mesmo dentro de uma mesma cultura, há diferenças que devem ser respeitadas e consideradas ao planejar o cuidado de enfermagem.

Os enfermeiros, no contexto de internamento, mostraram-se sensíveis aos determinantes culturais, como a religião, a cultura cigana, os papéis sociais, os hábitos de uso de aditivos e diversos valores que possibilitam uma (re) significação no processo de adoecer e manutenção do tratamento.

Considerando a cultura como a aquisição, através da aprendizagem, de características comportamentais, identificadas num grupo de pessoas que reúnem os padrões de comportamento semelhantes (Rodrigues, 2014), pode-se afirmar que o conhecimento sobre uma cultura identifica os limites e as condições de existência de particularidades e possibilita a compreensão pormenorizada das “respostas humanas aos processos de saúde e de vida, assim como, as transições enfrentadas pelos indivíduos e grupos, ao longo do ciclo de vida” (Amendoeira, 2006:26).

É perceptível que a visão de mundo do cuidado cultural influencia e é influenciada pelas dimensões da estrutura social e cultural, que, por sua vez, influenciam e são influenciadas por cada um dos seus fatores constitutivos. Estas dimensões da estrutura cultural e social fluem a partir da visão do mundo e também são moldados pelo ambiente e contextos de linguagem em que eles existem (Leininger, 1991, 2001).

Em algumas religiões é muito mal aceito porque é visto como a pessoa que teve um comportamento desviante da própria religião ou da própria cultura. (E1)

Os ciganos, por exemplo, é muitas vezes associado à droga ou então à esposa se for, porque pode ter sido infiel ao marido e isso não é completamente aceito nos ciganos. (E3)

Nós temos um perfil de doente toxicodependente, sem as rotinas, sem responsabilidades, sem horas para nada, e em que aqui tem que se deparar com horas para refeição, para acordar, para tomar a medicação, para tomar banho, para apagar a luz e, às vezes, não é fácil, mas nós vamos arranjando estratégias e ao fim destes anos todos, sabemos como lidar. (E7).

Os doentes infetados com HIV têm histórias, por este ou por aquele motivo, não querem partilhar, não querem dar a conhecer, porque sabem que dando a conhecer que são seropositivos, ou no trabalho ou muitas vezes na família no seu sítio social, são discriminados (E10).

4.3.2 Estratégias e táticas no cuidado

Estar institucionalizado requer observância na ordem disciplinar institucional, ou seja, para compreender o espaço tem que compreender as práticas sociais que o constituem. Isto revela relações de poder para manutenção de uma ordem disciplinar das estratégias.

A relação entre as estratégias e as táticas é a contraposição à fixidez do sistema em que o doente e o enfermeiro estão inseridos.

O interesse centrado nos acontecimentos e no conhecimento de quem vive aquele espaço apontam histórias visíveis que devem ser decifradas para encontrar a lógica para melhor adequá-las ao contexto e não torná-las ilegíveis. Isto ajuda enfermeiros a diferenciar os comportamentos em função das respostas dadas mediante as ações.

Enquanto a estratégia traçada pelo enfermeiro tem a intenção de controlar e organizar a forma mais correta do espaço, manipula numa relação de poder o doente, de forma que ele siga as regras institucionais de internamento na maneira mais previsível possível.

Porém, diante da diversidade cultural, a realização e a manutenção do cuidado são necessárias para apropriar-se do conhecimento cultural de quem vive aquele espaço, para entender as múltiplas perturbações. Não que haja a ausência de poder, mas uma liberdade para que o espaço da tática seja a mais adequada para o outro. A consciência cultural ajuda ao enfermeiro desenvolver um espaço de autonomia para o doente.

Isso resulta na tomada de decisão e nas ações do cuidado de Enfermagem representadas pela preservação/manutenção do cuidar cultural, acomodação/negociação do cuidar cultural e a repadronização/restruturação do cuidar cultural, a fim de prover um

cuidado culturalmente congruente, o enfermeiro sintetiza aspetos do sistema genérico e do sistema profissional de cuidar (Leininger, 1991, 2001). O atendimento será exclusivo para cada indivíduo ou grupo, como resultado desta síntese. Representa as fases do processo de enfermagem, no qual exhibe o histórico, o reconhecimento da situação cultural e as ações do cuidado de Enfermagem (Seima, Michel, Múier, Wall, & Lenardt, 2011).

Havia aqui um fator que não era muito agradável para os doentes, nem para nós, que era o fator das visitas. Hoje um doente em isolamento tem o mesmo direito à visita. (E10).

Estando num isolamento, se olharmos bem, é pior do que uma prisão, na prisão ainda tem a altura do recreio, que vão apanhar ar, em isolamento não... não tem, estão a cumprir uma pena que não sabem qual é o fim, porque quando entram em isolamento eles não sabem quando é que vão sair, é uma pergunta frequente deles, até quando é que vão estar em isolamento? (E9)

Para os que fumam, tento verificar se o ambiente está seguro, primeiro é ver se há pessoas na varanda. Se há pessoas na varanda, ele ainda não pode sair... não posso também me dirigir as outras pessoas: não vá para li porque aquele tem tuberculose. (E8)

Quando vão fumar, eles aceitam, não metem entravos, pronto já tivemos doente também nos isolamentos que não aceitavam as regras. (E2)

5. O CUIDADO DE ENFERMAGEM CULTURALMENTE COMPETENTE EM SÍNTESE

O cuidado de enfermagem culturalmente competente em serviço de infeciologia, não deve ser entendido na leitura isolada das categorias e subcategorias apresentadas acima. A associação entre elas é essencial para compreensão do significado do tema na realidade dos enfermeiros que participaram da investigação. A Figura 4 representa uma síntese dos aspetos essenciais que resultam da descrição dos dados.

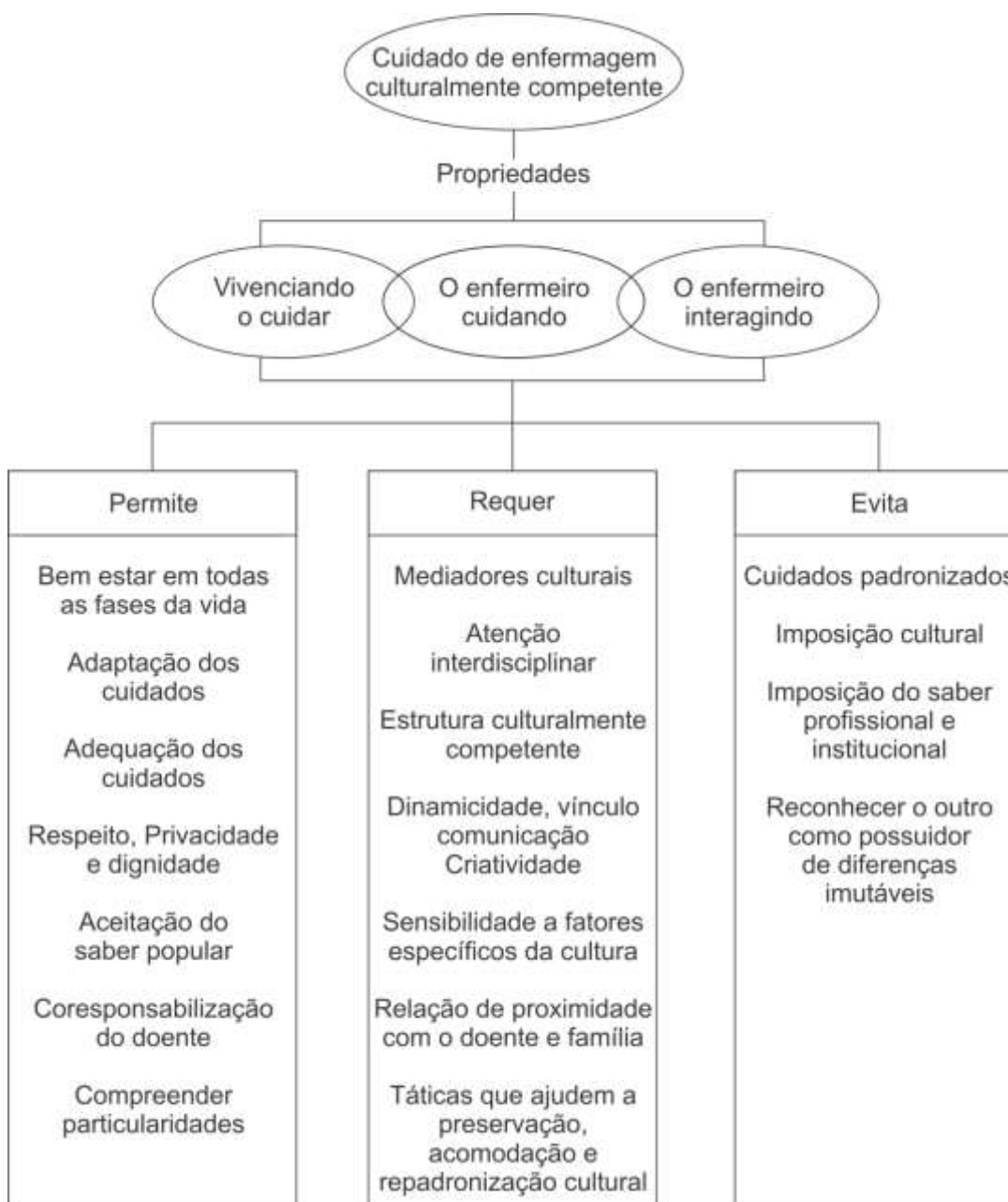


FIGURA 4. Síntese da narrativa a partir dos significados expressos pelos enfermeiros participantes

Cuidar foi descrito por ações orientadas tanto pelas competências práticas quanto pelas competências atitudinais expressas, no sentido do cuidar profissional e no apoiar o ser humano para a capacitação e condição de bem-estar definidas em todas as fases da vida.

O enfermeiro mostra-se consciente da necessidade de compreender a variedade de visões de mundo, de valores e conhecimento populares facilitadores na forma de prestar cuidados de enfermagem. Esses valores e modos de vida são pertencentes a cada pessoa e aos seus grupos, mas dinâmicos, conforme o grau de identidade em que cada um se aproxima e se distancia de forma valorativa ao seu contexto.

Assim, a enfermagem é narrada como uma ação constantemente criativa, capaz de aperfeiçoar o plano de cuidado às experiências centradas em cada pessoa, família e sociedade, efetivadas no respeito, na privacidade e sensibilidade de fatores específicos do comportamento humano, nos mais diversos contextos como fontes de significado e compreensão.

O enfermeiro assume a função de um mediador cultural capaz de encontrar táticas adequadas para um cuidado mais sensível às solicitações dos doentes internados. A incorporação de táticas não desvaloriza o cuidado prestado, mas evita as rotinas, a imposição de cultural, reconhecendo o outro como possuidor de “diferenças” que devem ser preservadas, de modo a manter o bem-estar, ajudando-as a adaptarem-se ao ambiente de internamento, a fim de reordenarem o cuidado por meio de uma relação terapêutica empática e confiante.

6. CONCLUSÕES

A complexidade do cuidado culturalmente competente é de suma importância para um resultado de saúde sensível e adequado às necessidades do ser humano. Mesmo que o número de fatores influenciando um determinado resultado seja pequeno, ainda assim, a ocorrência do resultado esperado através do cuidado estandardizado pode ser melhor adaptado.

O cuidado culturalmente competente foi percebido pelos enfermeiros participantes como um processo não linear, que por mais estável que seja a sua adequação e manutenção devido aos padrões culturais de uma sociedade, o cuidado também se suporta num processo de decisão, com base em particularidades de cada indivíduo. Deste modo, o enfermeiro deve compreender que o comportamento humano é pouco previsível e nunca se conseguirá ter precisão suficiente da maneira mais adequada de cuidar das pessoas.

Por concentrar-se num sistema de cuidado tão dinâmico, depende crucialmente das suas condições iniciais de como o enfermeiro na relação com o doente observa, percebe e significa o fenômeno. A dinâmica de cuidar cultural dependerá então da sua situação de início e do maior convívio possível que ao analisar o mesmo sistema, sob outras condições iniciais, logicamente ele assumirá outros caminhos e mostrar-se-á totalmente diferente do anterior.

Dessa forma, cuidar culturalmente competente compreende oferecer resposta às flutuações que se centram nas solicitações do ser humano em constante interação com os outros, com natureza, resíduos compartilhados na formação primordial e convívio em sociedade.

Os enfermeiros sujeitos do estudo demonstraram que além de competências cognitivas para realizar o cuidado profissional, havia necessidade de apropriar-se de competências atitudinais e convivência humana. Expressaram como fundamentais para o cuidado culturalmente competente, neste contexto, a escuta ativa, o estar ao lado do doente e da família, a realização de táticas que possibilitem adequação para um cuidar culturalmente sensível.

Valorizar e conhecer melhor as particularidades dos doentes e suas solicitações observáveis e desvendar através da relação terapêutica fundamentada em pilares éticos de confiança, confidencialidade e privacidade são guias para os ensinamentos mais assertivos

e redução dos riscos de reinternamentos pela má adesão às terapêuticas e aos comportamentos de risco causadores de danos à saúde.

O enfermeiro como mediador cultural reconhece seu potencial para traçar um plano de cuidados fundamentado em fenômenos contextualizados, pelo entendimento dos antecedentes ao processo de internamento/processo de adoecer e realiza uma prática clínica com ações intencionais, guiadas pelo raciocínio clínico, interação e comunicação efetiva.

Também, através deste estudo, verificou-se que os enfermeiros em serviço de infeciologia apresentaram dificuldade em sair de um sistema que passa facilmente de um estado de ordem para um estado de racionalidade, devido às singularidades e diversidade das respostas aos estímulos do contexto, seja pela tipologia de doente, estrutura e dinâmica hospitalar, número reduzido dos profissionais de enfermagem por turno ou falta de organização multiprofissional atuante.

Também foram verificadas que pequenas diferenças de como se percebe o outro e à medida que o enfermeiro se dispõe para conhecê-lo, ajuda ao doente ter uma vida menos dependente e apropriar-se de um poder corresponsável no seu processo saúde-doença. Isto pode conduzir a diferenças bastante significativas no modo de cuidar e em resultados mais eficazes.

Compreender os determinantes facilitadores e dificultadores de cada caso auxilia na manutenção e adequação cultural de como o sistema se comportará como um todo ao longo do tempo. Alguns indicadores culturais mais citados nas narrativas dos enfermeiros foram: as diferenças de religião, a relação de gênero identificada na interação para os cuidados de higiene, a estrutura física para manter a privacidade e realizar ensinamentos mais diretivos às solicitações individuais, as diferenças entre as pessoas urbanas e de moradia rural em relação à aceitação dos cuidados, o significado atribuído ao processo de adoecer conforme a idade, as particularidades da cultura cigana frente às regras do internamento e o simbolismo promovido pelo ambiente hospitalar.

A prática viciante de cuidar e dar respostas às necessidades da instituição e do cliente faz com que o enfermeiro busque padrões organizados de cuidar dentro de um sistema aparentemente aleatório. Para isto, é necessário o desenvolvimento de competências fundamentadas em indicadores culturais como modo para diminuir o abalo e resultando em práticas padronizadas no cotidiano de cuidado.

Porém, se assim é pensada “um simples momento de escuta” pode provocar uma diferença considerável em resultados mais sensíveis e congruentes. Também pode acontecer que não origine uma diferença significativa, uma vez que a recorrência torna o processo de cuidar pouco previsível a longo prazo.

A criatividade e a inovação são instrumentos base da prática do cuidado. Tornar-se ciente de que sistemas os quais enfermeiros estão acostumados a lidar e acreditar que os resultados são determinados e já estão bem definidos, na realidade requerem constante adequação mediante respostas e comportamento humano. Enfim, os riscos de padronização, na prática, por mais que sejam imprevisíveis, podem ser minimizados quando há interação e conhecimento entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidar.

Os enfermeiros percebem e representam o cuidado de enfermagem como um processo contínuo de decisão, em situação de incerteza, que mobiliza ações clínicas e ações fundamentadas nas visões de mundo de cada pessoa.

REFERÊNCIAS

- Amendoeira, J. (2006). Enfermagem, disciplina do conhecimento. *Sinais Vitais* (67), 19 - 27.
- Amendoeira, J. (2010). *Políticas de saúde em Portugal e desigualdades* (2ª ed.). Santarém: Portugal.
- Baggio, M. A., Callegaro, G. D., & Erdmann, A. L. (2008). Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(5), 552 - 557.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2002). *Princípios da bioética biomédica*. Barcelona: Masson S.A.
- Brykczynski, K. A. (2013). Caring Clinical and Ethics in Nursing Practice *Nursing Theorists and Their Work*.
- Bueno, F. M. G., & Queiroz, M. S. (2006). O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(2), 222 - 227.
- Carneiro, T. M. (2008). Vivenciando o cuidar e o curar como familiar em um hospital. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(3), 390 -394.
- Crespo, S., Rodrigues, R., Vicente, C., Amendoeira, J., & Barbieri-Figueiredo, M.C. (2014). Teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural: análise segundo o método sintético de McEwen e Wills. *Escola Superior de Saúde de Santarém Revista da Unidade de Investigação do IPSantarém*, 2(6), 1 – 20.
- Deslandes, S. F., Cruz-Neto, S. F., & Gomes, R. (2002). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. In: MINAYO, M. C. S. (Eds.) *Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social*. (21ª ed.). Rio de Janeiro: Vozes.
- Dreher, M., & Macnaughton, N. (2002). Cultural competence in nursing: foundation or fallacy? *Nurs Outlook*, 50(5), 181-186.

- Elliot, G. (2006). Cracking the cultural competency code: how does one become culturally competent as a caregiver in our multi-dimensional environment?. *Canadian Nursing Home*, 17(4), 12 - 14.
- Engelhardt, H. T. (1998). *Fundamentos da Bioética*. Brasil: Loyola.
- Felismino, H. P., Costa, S. F. G., & Soares, M. J. G. O. (2008). Direitos e deveres de pessoas com HIV/AIDS no âmbito da saúde: um enfoque bioético. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(1), 87 - 99.
- Flaskerud, J. H. (2007). Cultural competence column Can we achieve it? *Issues in Mental Health Nursing*, 28, 309 - 311.
- Fontes, C. A. S., & Alvim, N. A. T. (2008). A relação humana no cuidado de enfermagem junto ao cliente com câncer submetido à terapia antineoplásica. *Acta Paulista Enfermagem*, 21(1), 77 - 83.
- Foucault, M. (1987). *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.
- Foucault, M. (2000). *Em defesa da sociedade* (Edito, M. F., Trans. 2ª ed.). São Paulo.
- Gargiulo, C. A., Melo, M. C. S. C., Salimena, A. M. O., Bara, V. M. F., & Souza, I. E. (2007). Vivenciando o cotidiano do cuidado na percepção de enfermeiras oncológicas. *Texto e Contexto Enfermagem*, 16(4), 696 - 702.
- George, J. B. (2000). *Teorias de Enfermagem, os fundamentos à prática profissional*. Porto Alegre: Artmed.
- Haguette, T. M. F. (1992). *Metodologias Qualitativas na sociologia* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Vozes.
- Iribarry, I. N. (2003). Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. *Psicologia Reflexão Crítica*, 16(3), 483 - 490.
- Karl, I. S. (2002). *Relação dialógica de cuidado entre o ser enfermeiro e o ser criança: sob a visão da Teoria de Paterson e Zderad*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Kruse, M. H. L. (2006). Enfermagem moderna a ordem do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(esp), 403 - 407.

- Leininger, M. (1991). *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. New York: National League for Nursing Press.
- Leininger, M. (2001). *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. New York: Jones and Bartlett Publishers.
- Lie, D. A., Lee-Rey, E., Gomez, A., Bereknyei, S., & Braddock, C. H. (2011). Does Cultural Competency Training of Health Professionals Improve Patient Outcomes? A Systematic Review and Proposed Algorithm for Future Research. *Journal of General Internal Medicine*, 26(3), 317.
- Lima, M. P. O. (2010). *significado do cuidado de enfermagem para enfermeiras no contexto hospitalar: uma visão interacionista*. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará
- Lopes, J. C. R., Santos, M. C., Matos, M. S. D., & Ribeiro, O. P. (2009). *Multiculturalidade: perspectivas da enfermagem: contributos para um melhor cuidar*. Loures: Lusociência.
- Massarollo, M. K. B. (2006). Autonomia, privacidade e confidencialidade. In: Oguisso, T., & Zoboli, E. L. C. P. (Eds.), *Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde*. São Paulo: Manolle.
- McEwen, M., & Wills, E. M. (2009). *Bases teóricas da enfermagem* (2. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Meleis, A. I. (2011). *Theoretical nursing : development and progress* (Fifth Edition. ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Morse, J. M. (1994). *Aspectos essenciais de Metodologia de Investigação Qualitativa*. Portugal: Formasau.
- Moura, A. C. F., Rabêlo, C. B. M., & Sampaio, M. R. F. B. (2008). Prática profissional e metodologia assistencial dos enfermeiros em hospital filantrópico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(4), 476 - 481.
- Moura, M. A. V., Chamilco, R. A. S. I., & Silva, L. R. (2005). A teoria transcultural e sua aplicação em algumas pesquisas de Enfermagem: uma reflexão. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 434-440.

- Oriá, M. O. B., Ximenes, L. B., & Pagliuca, L. M. F. (2007). Sunrise model: análise a partir da perspectiva de Afaf Meleis. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 15(1), 130-135.
- Pereira, P. (2011). Salvar a Pessoa: Contributos para a competência cultural dos enfermeiros nos processos de doença. *Pensar Enfermagem*, 15(2), 15 - 25.
- Pires, D. (2009). A enfermagem enquanto disciplina Profissão e trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5), 739 -744.
- Purnel, L. D., & Paulanka, B. J. (2010). *Cuidados de saúde transculturais: uma abordagem culturalmente competente*. Loures: Lusodidacta.
- Rodrigues, F. R. A. (2014). *The concept of cultural district: reflection about the form and the function*. Paper presented at the 7th Meeting of young researches of University of Porto, Porto.
- Rodrigues, F. R. A., Amendoeira, J., & Pereira, M. L. D. (2013). Competência Cultural: análise do conceito segundo a metodologia tradicional de Walker e Avant. *Electronic Journal of Intercultural Studies*, 1, 1 - 10.
- Schaurich, D., & Crossetti, M. G. O. (2010). Produção do Conhecimento sobre teorias de Enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 14(1), 182-188.
- Silva-Júnior, A. G., & Alves, C. A. (2007). Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: Morosini, M. V., & Corbo, A. D. A. (Eds.), *Modelos de atenção e a saúde da família* (pp. 27-41). Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz.
- Seima, M. D., Michel, T., Méier, M. J., Wall, M. L., & Lenardt, M. H. (2011). A produção científica da Enfermagem e a utilização da teoria de Madeleine Leininger: revisão integrativa 1985-2011. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 15(4), 851-857.
- Serralheiro, M. (2005). *Identificação, organização, operacionalidade, análise e desenvolvimento de conceitos*. Cadernos de apoio à unidade curricular de ciências da enfermagem II do Curso de Mestrado em Ciências da Enfermagem. Universidade do Porto, Porto.
- Sousa, A. A. S., Guedes, M. V. C., Monteiro, A. R. M., Freitas, M. C., & Rodrigues, D. P. (2013). *Análise da teoria da consecução do papel materno segundo a proposta*

de Chinn e Kramer. Paper presented at the 17º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem Natal.

Souza, M. L., Sartor, V. V. B., Padilha, M. I. C. S., & Prado, M. L. (2006). O Cuidado em Enfermagem uma aproximação teórica. *Texto e Contexto Enfermagem*, 14(2), 266 - 270.

Tanaka, L. H., & Leite, M. M. J. (2007). O cuidar no processo de trabalho do enfermeiro: visões dos professores. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(6), 681 -686.

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2003). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem* (5 ed.). Loures: Lusociência.

Virgíleo, M. S., & Oliveira, M. R. (2010). Considerações sobre a clínica ampliada no processo de enfermagem. *Caderno de Saúde Coletiva*, 38(7), 61 - 66.

Wolf, K. E., & Calmes, D. (2004). Cultural competence in the emergency department. *Topics in Emergency Medicine*, 26(1), 9 - 13.

Zagonel, I. P. S., & Persegona, K. R. (2008). A relação intersubjetiva entre o enfermeiro e a criança com dor na fase pós-operatória no ato de cuidar. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 12(3), 430 - 436.

ANEXOS

Anexo I

GUIÃO DA ENTREVISTA

Observações Gerais:

A entrevista foi individual e realizada em meio a uma atmosfera agradável e informal, deixando os participantes à vontade para expor idéias, sentimentos, necessidades e opiniões. O entrevistador apresentou aos participantes os assuntos numa progressão natural, partindo de tópicos mais gerais até chegar ao foco específico da pesquisa. Ressaltou-se que a entrevista tem por metas à expressão de opiniões espontâneas, sendo importante a participação de todos, porém sem coação. Neste sentido, tornou-se fundamental o comunicado sobre a garantia do anonimato da pesquisa e necessário a solicitação de termo de consentimento para a gravação em áudio.

Objetivos da entrevista:

- ✓ Caracterizar a prática de cuidar;
- ✓ Conhecer os determinantes que orientam a prática de cuidar do enfermeiro;
- ✓ Descrever as percepções para um cuidado culturalmente competente, na perspectiva dos enfermeiros.

Instruções:

Bloco 1. Introdução:

1. Inicialmente, o condutor das entrevistas solicitou ao participante uma entrevista e explicou os seus objetivos, destacando a importância da participação nesta etapa da coleta de dados.
2. Em seguida, o condutor da entrevista pediu a autorização (assinatura do termo de consentimento) do participante para a gravação em *flash drive*.

Bloco 2: Perfil dos entrevistados

CARACTERÍSTICAS PRIMÁRIAS		
Nacionalidade:	Naturalidade:	Gênero: () M () F
Idade:	Religião/Crenças:	

CARACTERÍSTICAS SECUNDÁRIAS		
Estado Civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () União Estável () Outros: _____	Tempo de Formado, em anos: Tempo que exerce a profissão, em anos:	Possui Pós-graduação: () especialidade () Mestrado () Doutorado () Outra Formação _____
Possui pós-graduação na área: Sim () Não (), Qual: _____		
Tempo que trabalha neste setor desta Instituição, em anos:		
Entrevista nº:		

Bloco 3: Questões e conteúdos a explorar

<u>CATEGORIAS</u> <u>TEÓRICAS</u>	<u>QUESTÕES NORTEADORAS</u>	<u>O QUE EXPLORAR</u>
<p>Percepção sobre o que é o cuidado de enfermagem, ambiente, pessoa, enfermagem e doente.</p>	<p>Fale sobre qual a sua percepção sobre o cuidado de enfermagem no internamento...</p> <p>Como você pratica o cuidado de enfermagem neste contexto da infeciologia, com pessoas com HIV/AIDS e outras doenças infecto-contagiosas?</p>	<p>Explorar preparo para lidar com a diversidade cultural através da implementação de estratégias culturalmente competentes;</p> <p>Explorar como se estabelecem aspectos de interação profissional-paciente com enfoque na comunicação, na escuta, no acolhimento, vínculo, respeito, confiança e como isso influencia numa abordagem competente;</p> <p>Expectativas quanto ao atendimento, dificuldades e facilidades do cuidar</p>
<p>Compreensão de um campo intercultural e das competências culturais nos</p>	<p>Comente com base na sua experiência, o que seria para você o cuidado de enfermagem culturalmente competente neste contexto?</p>	<p>Explorar necessidades culturais gerais e prioridades nos cuidados de enfermagem e associar com a prevenção de infecções oportunistas;</p> <p>Identificar comportamentos culturais e significados culturais relevantes para a temática.</p>

<p>cuidados de enfermagem</p>		<p>Explorar estratégias de adequação e aceitação da cultura;</p> <p>Explorar a existência de imposição cultural;</p> <p>Explorar a intercultural: conhecimento cultural, informação cultural, habilidade cultural, consciência cultural.</p>
-------------------------------	--	--

Bloco 4. Fechamento e Agradecimentos.

1. Abrir espaço para questionamentos e discussão, caso fosse necessário.
2. Agradeceu-se a colaboração do participante.

Anexo II

Consentimento informado, livre e esclarecido para participar na investigação

Título do estudo: O CUIDADO DE ENFERMAGEM CULTURALMENTE COMPETENTE: UMA NARRATIVA DE ENFERMEIROS EM SERVIÇO DE INFECIOLOGIA

Explicação do estudo: A competência cultural em enfermagem refere-se à compreensão da importância social e da influência cultural sobre as crenças de saúde e os comportamentos das pessoas, com base numa consciência adquirida pelos enfermeiros sobre os estilos de vida próprios das populações. Nosso objetivo é compreender o significado do cuidado de enfermagem culturalmente competente por enfermeiros em serviço de infecologia. Por isso, convidamos a vossa senhoria para realizar uma entrevista individual e gravada, se aceitar participar do estudo, após o consentimento livre e esclarecido. Os participantes serão os enfermeiros que trabalham em serviço de internamento em infecologia. As entrevistas serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa.

Esclareço que sua participação é voluntária e sem ausência de prejuízos assistenciais ou outros, caso não queira participar. Esclareço que não há pagamento de deslocções ou contrapartidas. Informo que o estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética.

Confidencialidade e anonimato: Asseguro que os contactos serão feitos em ambiente de privacidade. Garanto a confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo. Terá liberdade de desistir, a qualquer momento, de participar da pesquisa, as informações ficarão em sigilo e que seu anonimato será preservado. Quando publicadas em revistas científicas serão identificados os participantes por códigos mantendo o anonimato e a confidencialidade.

Agradecimentos e identificação do investigador: Gostaria de colocar que sua participação será de extrema importância para a concretização da pesquisa e o aumento dos conhecimentos científicos nesta área. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao investigador responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas:

Nome: FRANCISCO RAFAEL DE ARAÚJO RODRIGUES

Telefone: 91 60 21 672

E-mail: RAFAELRODRIGUES.RFL@GMAIL.COM

Assinatura:

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina e que considero suficientes. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Nome: _____

Assinatura:

Data: __ / __ / ____

**ESTE DOCUMENTO, COMPOSTO DE 02 PÁGINAS, É FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**