

CUIDADOS DE SAUDE CULTURALMENTE COMPETENTES

PRECONCEITO

Texto de apoio da Unidade Curricular de

Multiculturalidade (Opção)

2º ano do CLE



Autor: Professor Doutor José Edmundo Xavier Furtado
de Sousa



Lisboa

maio 2022

Índice

INTRODUÇÃO	2
1. METODOLOGIA.....	7
2. RESULTADOS	10
2.1. O conceito de preconceito	10
2.2. O preconceito centrado no cuidador.....	11
2.3. O preconceito centrado na pessoa cuidada.....	12
CONCLUSÃO.....	14

INTRODUÇÃO

O Século XXI consolida-se como o da era da diversidade. A pobreza, os conflitos étnicos, religiosos e políticos levam à criação de um fenómeno de migração no mundo, onde as pessoas viajam e transportam a sua história e cultura para outras latitudes em busca de refúgio e melhores oportunidades de vida. Este é o novo panorama mundial, em que a diversidade cultural de cada país é marcada por singularidades culturais o que coloca grandes desafios aos profissionais de saúde, porque não só é difícil compreender os valores, as crenças, as tradições e as práticas de saúde das pessoas de quem cuidam, mas acresce a preocupação com o pouco êxito na adesão aos tratamentos ou até a rejeição a procedimentos que envolvem práticas de higiene, normas sociais ou atitudes que promovam estilos de vida mais saudáveis em populações migrantes. A capacitação e formação no exercício da competência cultural permitiriam que os profissionais de saúde, reconhecessem a própria procedência cultural e a dos seus clientes. Apreciar e ser sensível à forma como as pessoas compreendem e enfrentam os processos de saúde/doença e o impacto dos mesmos nos indicadores de saúde, facilitaria a construção de propostas de cuidados de saúde assentes nas crenças e valores das pessoas, as potencialidades que demonstram, recriam um Cuidado de Saúde com significado e aceitação por parte dessas mesmas pessoas.

Consideramos que o desenvolvimento de competências que levem à prestação de um Cuidado de Saúde Culturalmente Competente, deverá (poderá) constituir uma característica fundamental na formação do profissional. O profissional de saúde, deverá ser capaz de saber refletir, raciocinar e agir centrado no cliente (pessoa, família, grupos), nas novas problemáticas de saúde que decorrem das profundas e permanentes mudanças sociais e no desenvolvimento de competências de intervenção

no processo de cuidar ao nível da relação dual, interpessoal e grupal a imigrantes, na perspetiva da prestação de cuidados de saúde culturalmente competentes.

As profissões ligadas à saúde têm como principal objetivo cuidar de pessoas, de famílias e de grupos e das relações que ocorrem dentro de cada sistema ou entre os sistemas, quer estes estejam em percursos saudáveis de vida ou a vivenciar situações desviantes. Nesta perspetiva a doença é encarada como um epifenómeno, um desvio a algo mais amplo que é a Saúde. Ao defendermos, o paradigma salutogénico em detrimento do patogénico, estamos a evidenciar um movimento em direção aos locais onde as pessoas vivem, às suas crenças, às características das comunidades onde estão inseridas, aos saberes que criaram ao longo dos tempos, oriundos das *maneiras de fazer*, para fazer face às dificuldades que lhes surgiam.

Foi este o suporte que nos fez decidir por trilhar este percurso. No entanto, e descentrando o nosso enfoque numa das muitas profissões de cuidadores de saúde, também a psicologia, a sociologia, a antropologia, a história, as ciências biomédicas e a sociedade civil do planeta se têm preocupado com esta questão, passando pelo político e pelo legislador.

Foi a globalização que levou à proximidade do outro, esse outro que, num passado recente, pertencia a um imaginário mantido pelas narrativas e pelas imagens. A mundialização esbateu as diferenças culturais entre os povos. Enquanto, que no período anterior as identidades se manifestavam dentro dos próprios países, a troca massiva de pessoas e bens num mundo cada vez mais interativo leva a que as pequenas diferenças culturais entre os diferentes países se desocultem, porque passam a ter importância na relação entre as pessoas. Os significados e a simbologia mostram variações que podem levar a um outro entendimento do real, já não é apenas uma

questão de linguagem, mas de semântica, ou seja, o estudo das mudanças que sofre a significação das palavras. Além de ser um facto nas relações entre as pessoas no quotidiano, estes aspetos revestem-se de particular importância nos percursos de investigação, na “facilidade” com que resvalamos para enviesamentos de origem semântica, devido precisamente às especificidades culturais atribuídas a determinados significados, o que WOLFGANG (2005:129) denominou de “...*métrica cultural*...”. Os instrumentos de recolha de dados têm que ser construídos esbatendo e/ou anulando as conotações que se atribuem a palavras, imagens, atitudes, gestos, etc.

A acessibilidade aos sistemas de saúde está intimamente ligada a fatores políticos, económicos e sociais, onde a dialética bem-estar económica leva a um melhor estado de saúde e onde a pobreza favorece a doença. A vontade política é, por vezes, deficiente na instauração de medidas de justiça social. Portugal, enquanto membro da União Europeia, tem por obrigação conduzir a sua política de acordo com as diretivas dela emanadas, os compromissos políticos assumidos, obrigam à adoção de novas estratégias de desenvolvimento da saúde e a novos paradigmas. Esta nova postura está descrita na Lei de bases da saúde; Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro. (base II, ponto 2): “a política de saúde tem carácter evolutivo, adaptando-se permanentemente às condições da realidade nacional, às suas necessidades e aos seus recursos “

Quem confere cidadania é o Estado-Nação. O cidadão será alguém que pertence a uma comunidade nacional. O sentido de pertença está relacionado com a partilha de características comuns no seio de uma comunidade.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada pela Assembleia

Geral das Nações Unidas, em 1948, no seu Artigo 25.º refere:

(...) 1 - Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade (...)

O que está em causa não é determinar se o indivíduo é cidadão ou não, e por isso tem direitos e deveres no Estado em que está inserido, mas sim se independentemente da qualidade do vínculo desse indivíduo ao Estado tem ou não direitos e deveres relativamente a determinada assistência, no nosso caso particular à Saúde. O Artigo 25.º da Declaração Universal dos Direitos Humanos confere precisamente essa consignação transnacional do direito à proteção da saúde “Garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados”. Este enquadramento pode (ou não) ser um elemento facilitador da integração do imigrante na sociedade de acolhimento, permitindo a satisfação das necessidades provenientes dos processos migratórios de uma forma culturalmente competente e saudável. MELEIS (2000), descreve, vulnerabilidade como uma experiência de transição, interações e condições ambientais que expõem o indivíduo a potenciais danos, recuperações complicadas ou prolongadas, ou ainda uma ineficaz ou pouco saudável capacidade de lidar (*coping*). O quotidiano dos clientes, ambiente e interações são formados pela natureza, condições, significações e experiências de processos de transição.

O que pretendemos com este documento, é provocarmos reflexão sobre a prestação de cuidados de saúde culturalmente competentes, a pessoas de culturas diferentes (muitas das vezes migrantes), quando o preconceito se

mescla nessa prestação de cuidados de uma forma insidiosa, não detetável, seja no profissional de saúde, seja na pessoa cuidada.

1. METODOLOGIA

Na procura da sistematização da temática em estudo, foi elaborado um protocolo de pesquisa tendo por base os princípios metodológicos de uma revisão sistemática da literatura com base nas orientações constantes em THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE REVIEWERS' MANUAL (2015), na medida em que facilita a pesquisa e possibilita a seleção da melhor evidência permitindo, simultaneamente, decidir criteriosamente se a mesma é ou não aplicável nos contextos da prática. Para a formulação da pergunta, foi utilizada a metodologia PCC (*Population (or participants)/Concept/Context*) (quadro 1).

P	Immigrants	Hight vulnerability*(MeSH); "Health care" (and) (MeSH); Culture* (MeSH) (and); Competence* (MeSH) (and); Immigrants* (MeSH) (and); Community,
C	Community	
C	Health care Culture Competence	

Quadro 1. Esquema PCC da *scoping review*

Formulou-se a questão de partida: Quais os fatores/dimensões do preconceito que influenciam a prestação de cuidados de saúde culturalmente competentes?

Foram definidos critérios para inclusão de estudos na *scoping review*. Os critérios de inclusão (Quadro 2), também denominados critérios de elegibilidade, permitem especificar as características que delimitam a população do estudo, POLIT E BECK (2011).

Tipo de Estudo	Estudos Primários	Os estudos primários correspondem a investigações originais, sendo eles: relatos de caso; estudos de casos e estudos de casos e controles; estudo de coorte e ensaio clínico controlado randomizado, CAMPANA (1999).
	Estudos Empíricos	Estudos empíricos são estudos que integram um processo de recolha e tratamento de dados originais por parte do investigador, COUTINHO (2005).
Tipo de Participantes	Estudos que relatam resultados referentes a populações imigrantes	
Tipo de intervenção	Estudos que investigam os fatores/dimensões relacionados com a prestação de cuidados de saúde culturalmente competentes	Serão considerados os estudos relacionados com a prestação de cuidados de saúde culturalmente competentes que influenciam a saúde de populações imigrantes, na comunidade.

Quadro 2. Critérios de Inclusão

Depois da questão de partida identificada e aplicados os critérios de inclusão, iniciou-se a etapa da identificação dos estudos. Nesta, foram utilizadas as fontes *CINAHL*® (EBSCO HOST® via ESEL) e *MEDLINE*® (EBSCO HOST® via ESEL), para identificar todos os estudos que, segundo critérios pré-estabelecidos, pudessem vir a ser incluídos na *scoping review*. Desta forma, tornou-se necessário definir os termos da pesquisa, que devem

incluir todos os itens-chave da pergunta da *scoping review*. Consequentemente, para a identificação e seleção dos estudos relevantes a incluir na *scoping review*, isolaram-se os conceitos relativos aos participantes, à intervenção e aos resultados pretendidos, de modo a definir assim, um conjunto de sinónimos e de termos relacionados que, por intersecção, levariam à obtenção da frase booleana. Recorreu-se, então, aos descritores do MeSH Browser®.

Numa fase inicial da identificação dos estudos, obtiveram-se vinte e cinco referências. Os estudos foram avaliados quanto à qualidade metodológica de acordo com as recomendações

Após teste de relevância, foram excluídos treze artigos, quatro por serem estudos secundários e nove estudos por não apresentarem população imigrante. Dos restantes, foi elaborada análise e avaliação crítica, através da sua leitura integral. Constatou-se que doze artigos versavam sobre aspetos relevantes da temática.

2. RESULTADOS

Os resultados foram agrupados em torno de três categorias: o conceito de preconceito; o preconceito centrado no cuidador e o preconceito centrado na pessoa cuidada.

2.1. O conceito de preconceito

Segundo, LIPPMANN (2008) os preconceitos seriam como fotografias dentro da nossa cabeça, que seriam despoletadas a reagir quando reconheciam um pormenor que fizesse parte da fotografia. Posteriormente a esta definição, outros autores vieram demonstrar o carácter necessário do preconceito, pois é através dos preconceitos que simplificamos a informação proveniente de uma estimulação humana rica e complexa. Esta simplificação têm um preço a pagar, a generalização resultante da representação mental pré-elaborada, leva-nos a uma distorção na perceção da estrutura do mundo real. Como refere LIPPMANN (1922/1961:16):

“For the real environment is altogether too big, too complex, and too fleeting for direct acquaintance. We are not equipped to deal with so much subtlety, so much variety, so many permutations and combinations. And although we have to act in that environment, we have to reconstruct it on a simpler model before we can manage with it. To traverse the world men must have maps of the world”

O preconceito é um pré-julgamento baseado num conhecimento inadequado, geralmente baseado em estereótipos, podendo ser consciente ou inconsciente, SPARKMAN (2016).

Frequentemente, o preconceito é confundido com discriminação ou com formas de opressão como racismo e sexismo, a discriminação e a opressão caracterizam o comportamento de grupos poderosos voltados para os mais frágeis, independentemente do aspeto referido, qualquer pessoa pode ser preconceituosa, KRYSAN (2009).

O preconceito define-se como um comportamento adverso para com

um indivíduo, apenas pelo facto de este pertencer a um grupo socialmente desvalorizado, como por exemplo: mulheres; homossexuais; idosos; gordos; deficientes físicos e/ou mentais; entre outros.

Entre as várias formas possíveis de preconceito, pode encontrar-se o preconceito racial e/ou étnico, que se dirige a grupos definidos pelas suas características físicas ou fenotípicas. Este é um tipo de preconceito que se pode definir como uma repulsa baseada numa generalização rígida, que pode ser sentida ou expressa, dirigida a um grupo como um todo ou a um indivíduo por fazer parte daquele grupo, VALA (2004).

2.2. O preconceito centrado no cuidador

O preconceito pode influenciar a forma como apreciamos a pessoa cuidada, pode levar a que se ignore informação, que confrontem a ideia preconcebida. Caso tenhamos a ideia que os rapazes têm que ser duros e indisciplinados podemos atribuir o choro dos rapazes à raiva, fúria, não permitindo que o relacionemos com a empatia com outra pessoa ou o medo de algo. Quando o preconceito leva a apreciações imprecisas ou incompletas, interfere com a apreciação da pessoa cuidada, prejudicando a prestação de cuidados de saúde de qualidade, HARE-MUSTIN (1987).

O profissional de saúde pode não ter consciência do preconceito, no entanto este facto não minimiza o impacto que o mesmo pode ter seja no diagnóstico, seja na intervenção ou mesmo na avaliação do plano de cuidados. Os profissionais de saúde (homens) podem minimizar a intensidade da dor nas mulheres, podem pressupor que as mulheres podem estar a fingir ou exagerar a manifestação da dor, ou que estão reagindo com uma emoção excessiva a uma dor de baixa intensidade, esta postura leva a apreciações enviesadas e incorretas, FASSLER (2015)

e HOFFMANN (2003).

O preconceito de que os idosos são doentes, lentos ou desinteressados em aprender coisas novas pode interferir na elaboração de planos de cuidados de enfermagem, levando a não adequar os cuidados às reais necessidades dos idosos, porque é suposto que não são capazes de executar, ou que compreenderem. Os mais jovens também podem ser alvo de preconceito, quando os apelidamos de desinformados, ignorantes ou impulsivos, esta postura pode levar os profissionais de saúde a ignorá-los ou a depreciá-los.

O profissional de saúde não está blindado ao preconceito, na sua formação académica, estas áreas foram desenvolvidas de uma forma muito superficial. O preconceito pode interferir na clareza da elaboração do diagnóstico, no rigor da intervenção e na lucidez na avaliação dos cuidados.

2.3. O preconceito centrado na pessoa cuidada

Tem sido situações menos investigadas as centradas no preconceito das pessoas cuidadas, situações em que as pessoas cuidadas têm preconceitos relativamente aos profissionais de saúde. Em particular os enfermeiros, devido ao contacto direto e prolongado com as pessoas que necessitam dos seus cuidados, costumam ser expostos a comportamentos que variam de comentários pouco abonatórios, desprezo ou mesmo à rejeição. ANDREAE, SOOD, DELLASEGA (2018) criaram um termo que depois de traduzido ficará algo próximo de PPRC (Pessoa/Paciente Preconceito em Relação ao Cuidador) e traduz uma dinâmica em que os profissionais de saúde são tratados com preconceito com base no seu género, etnia, tradição religiosa ou país de origem. Estes comportamentos muitas vezes dissimulados podem levar a dilemas éticos, porque muitas vezes são difíceis de identificar, quando os doentes inquirem uma enfermeira negra que entra na sala “De onde você é?” podem estar a ser curiosos ou

desconfiados, mas solicitar a substituição de um enfermeiro negro é uma situação mais óbvia.

Mas, existe uma outra forma de construção do preconceito, não de uma forma tão óbvia como acima foi referido. Ora vejamos: TAYLOR (1994) refere que, quando o reconhecedor tece uma construção social-mental do reconhecido, de uma forma deturpada, lança sobre o outro que é reconhecido, uma construção identitária incorreta, que o estigmatiza, que o faz sofrer, que o diminui, que o faz sentir inferior, que o faz sentir não participante.

São ricos os exemplos a que o autor recorre, desde os movimentos feministas, passando pelos negros, pelos indígenas e povos colonizados. O denominador comum é, como através do reconhecimento político incorreto, a projeção de características que os depreciaram, aviltaram ao longo dos tempos, o que, por vezes, levou a uma impregnação destas falsas ideias, ao ponto de estes reconhecidos reconstruírem uma identidade baseada nestes dados e autoproclamarem-se de inferiores. O respeito perante o outro não será uma deferência social, mas uma necessidade humana básica.

CAMILLERI (1989:383) sobre este assunto:

“... la négativation réfère à l’intériorisation, par le dominé, du discours du dominant. elle produit l’«identité négative», ensemble des processus par lesquels celui qui occupe la position défavorisée dans la relation asymétrique est porté à se signifier selon les injonctions dépréciatives de l’autre...”

Os profissionais de saúde têm como objetivo supremo “não causar danos” e fornecer cuidados de saúde imparciais a todas as pessoas, isto leva a que os cuidadores sejam, por vezes, sujeitos a comportamentos abusivos por parte de quem é cuidado, por outro lado é moralmente correto insistir em cuidar de alguém que fez um pedido para que não o fizesse?

CONCLUSÃO

O processo de difusão desempenha um papel de relevante importância no enriquecimento dos conteúdos das culturas individuais. Não há provavelmente, nos dias que correm, uma cultura que deva mais de vinte por cento dos seus elementos totais às invenções realizadas pelos membros da sua própria sociedade. Porque vivemos num período de invenções galopantes estamos aptos a pensar na nossa própria cultura como largamente autocrítica e auto-suficiente, mas o papel que a difusão tem desempenhado no crescimento dessa mesma cultura é compreendido se considerarmos como exemplos algumas atividades quotidianas de um cidadão médio, LINTON (1936).

Francisco Ramos, em 1983, adaptou o texto de LINTON (1936: 326-327) para a população portuguesa:

“Acorda um típico cidadão português pelas oito horas da manhã e abandona a cama construída sobre um padrão originário do Próximo Oriente e modificado posteriormente no norte da Europa. Quando se levanta afasta cobertores feitos de algodão, originário da Índia, de linho ou lã, originários do Próximo Oriente, ou de seda, cujo uso foi inicialmente descoberto na China (...)

À volta do pescoço coloca uma gravata ou um “cachecol” vestígios do xaile que os Croácios do século XVII usavam sobre os ombros. Antes de sair de casa olha através da janela, feita de vidro inventado no Egipto e se está a chover calça botas de borracha, material descoberto pelos Índios da América Central (...) Quando o nosso amigo pede a bica e a conta, prepara-se para fumar (um hábito dos índios americanos), consome uma planta de origem brasileira, quer utilizando um cachimbo (como os índios da Virgínia), quer saboreando um cigarro (derivado do México) (...) Enquanto lê e se apercebe da confusão reinante no estrangeiro, o nosso amigo, de espírito conservador, agradece a uma divindade hebraica, utilizando uma língua indo-europeia, o facto de ter nascido cem por cento Português, algures em Freixo de Espada à Cinta, na Venda das Raparigas ou em S José de Pêramanca (...)

Estes autores demonstram-nos como uma serie de utensílios e procedimentos, perfeitamente enraizados no nosso quotidiano ao ponto de

os considerarmos como nossos, tiveram origem fora do nosso território, esta necessidade da construção de identidade, segurança e conforto, cria um tecido propício ao desenvolvimento do preconceito.

As crises recentes levaram a um foco renovado nas disparidades nos cuidados de saúde e aqueles que pertencem a grupos minoritários. No entanto, apesar dos esforços educacionais e políticos, o preconceito implícito contra as pessoas que podem ser marginalizados em virtude de sua etnia, identidade de gênero, idade ou status de imigração, continua.

O que tem sido menos estudado é o processo inverso - situações em que as pessoas/doentes têm preconceito em relação aos profissionais de saúde designados para cuidar deles. Os enfermeiros enfrentam dinâmicas variadas de racismo e preconceito na prestação de cuidados. É preciso haver uma discussão aberta e inclusiva sobre os aspectos éticos destas questões, aos níveis individuais e organizacionais. Seria interessante explorar esta área seguindo os seguintes eixos:

- I. Pesquisar a incidência e prevalência de preconceito reverso e PPRC (Pessoa/Paciente Preconceito em Relação ao Cuidador) em ambiente clínico do exercício de enfermagem;
- II. Debate nos aspectos éticos dos cenários onde o enfermeiro é tratado com desrespeito e rejeição pelas pessoas/pacientes;
- III. Identificação de respostas eficazes quando ocorrem situações de PPRC;
- IV. Formação de políticas que abordem explicitamente PPRC para enfermeiros no local de trabalho.

É possível combater a discriminação de forma permanente nos cuidados de saúde, é exequível. A discriminação custa caro, custa vidas, capital humano, nos recursos financeiros e até na melhoria dos cuidados de saúde. A ideia de que um indivíduo é melhor ou mais importante que outro não tem lugar

no mundo de hoje, particularmente na saúde. Portanto, é fundamental que os cuidados de saúde promovam a equidade na saúde. A igualdade na saúde é muitas vezes vista como simultaneamente idealista e necessária, as populações, comunidades e indivíduos devem continuar a lutar pela igualdade na saúde. Isto é fundamental para abordar as atuais desigualdades na saúde, entender a terminologia de igualdade em saúde e equidade em saúde e trabalhar para alcançar a paridade. Combater a discriminação na área da saúde deve ser um objetivo dos prestadores de cuidados de saúde, bem como dos líderes da saúde, BABYAR (2018).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDREAE, D., SOOD, N., DELLASEGA, C. Patient Prejudice toward Providers. Poster presentation at the Junior Faculty Development Program, Pennsylvania State University, College of Medicine, Hershey, PA. 2018.
- BABYAR, J. Equitable health: let's stick together as we address global discrimination, prejudice and stigma. In *Archives of Public Health* 76:44. <https://doi.org/10.1186/s13690-018-0291-3>. 2018.
- CAMILLERI, C. Chocs de cultures: concepts et enjeux pratiques de l'interculturel. Paris: L'Harmattan. 1989
- CAMPANA, A. Introdução à investigação clínica. 1ª ed. São Paulo: Editora Trianon. 1995.
- COUTINHO, C. Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática. Coimbra: Edições Almedina. 2011.
- FASSLER, J. How Doctors Take Women's Pain Less Seriously. Retrieved from <https://www.theatlantic.com/health/archive/2015/10/emergency-room-wait-times-sexism/410515/2015>.
- HARE-MUSTIN, R. The problem of gender in family therapy theory. *Family Process*, 26(1), 15-27. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1545-5300.1987.00015.x> 1987
- HOFFMANN, D., TARZIAN, A. The girl who cried pain: A bias against women in the treatment of pain. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 29, 13-27. Retrieved from https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=383803 2003.
- KRYSAN, M., COUPER, M., FARLEY, R., FORMAN, T. Does race matter in neighborhood preferences? Results from a video experiment. *American Journal of Sociology*, 115(2), 527-559. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3704191/>

2009.

- LIMA, M., VALA, J. As novas formas de expressão do preconceito e do racismo. *Estudos de Psicologia* 2004, 9(3), 401-411. 2004.
- LINTON, R. 1936. *The Study of Man*. New York. 1936.
- LIPPMANN, W. *Public Opinion*. Nova Iorque: Free Press. 1922.
- LIPPMANN, W. *Opinião Pública*. Rio de Janeiro: Vozes. 2008.
- MELEIS, A., SAWYER M. Experiencing Transitions: Emerging Middle-Range Theory. *Adv Nurs Sci*. 23: 1. pp. 12 – 28. 2000.
- POLIT, D., BECK, C. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem*. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2011.
- SOUSA, E., PINTO, A., ROMÃO, A., SANTOS, A., ENCARNAÇÃO, R. Uma realidade (des)conhecida: Perspetiva de saúde sobre vulnerabilidade no idoso sem-abrigo. Lisboa: Nursing Edição Portuguesa. 2016.
- SPARKMAN, D., EIDELMAN, S, BLANCHARD, J. Multicultural experiences reduce prejudice through personality shifts in openness to experience. *European Journal of Social Psychology*, 46(7), 840-853. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/ejsp.2189> 2016.
- TAYLOR, C. *Multiculturalismo: Examinando a política de reconhecimento*. Lisboa: Instituto Piaget. 1994.
- THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE REVIEWERS' MANUAL. Methodology for JBI Scoping Reviews. Austrália: The Joanna Briggs Institute. 2015.
- WOLFGANG, W., NICOLE, K. A comparação intercultural: como tratar a relatividade da significação. In MOREIRA, A. et al. 2005. *Perspectivas Teórico- Metodológicas em Representações Sociais*. Paraíba, Brasil: Editora Universitaria – UFPB Joao Pessoa. 2005.

