



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CULTURAIS  
NO LICENCIADO EM ENFERMAGEM:**

*Estudo comparativo de análise qualitativa entre  
estudantes portuguesas e brasileiros*

**DEVELOPING CULTURAL COMPETENCE IN NURSING DEGREE:**

**Comparative study with qualitative analysis between  
portuguese and brazilian students**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção  
do grau de doutor em Enfermagem, na Especialidade  
de Educação em Enfermagem

Por

Ana Rita Camara Pestana de Almeida Alves

Instituto de Ciências da Saúde

Abril, 2016



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CULTURAIS  
NO LICENCIADO EM ENFERMAGEM:**

*Estudo comparativo de análise qualitativa entre  
estudantes portuguesas e brasileiros*

**DEVELOPING CULTURAL COMPETENCE IN NURSING DEGREE:**

**Comparative study with qualitative analysis between  
portuguese and brazilian students**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção  
do grau de doutor em Enfermagem, na Especialidade  
de Educação em Enfermagem

Por

Ana Rita Camara Pestana de Almeida Alves

Sob orientação da Professora Doutora Margarida Maria Silva Vieira

Instituto de Ciências da Saúde

Abril, 2016

## RESUMO

---

O modo como os estudantes de enfermagem desenvolvem competências culturais, depende da forma como o seu país, educação profissional e também a sua própria cultura valorizam as suas tradições, hábitos, valores, crenças de saúde/doença e a forma como assimila e transforma as ideias dominantes. Às escolas de enfermagem, pede-se que sejam capazes de formar profissionais que valorizem o respeito pelo outro em todas as suas dimensões.

Estudar o desenvolvimento da sensibilidade, conhecimentos e habilidades culturais nos estudantes é reconhecer que depende também das suas expectativas e vivências em saúde relativamente a si e aos outros e aos encontros culturais que advêm da profissão de enfermagem. Mas, será que estudantes de países diferentes têm a mesma perspetiva de um cuidar transcultural? Será que as expectativas e vivências de encontros culturais são idênticas? Que influência tem a formação e os conceitos de enfermagem e cuidar transcultural veiculados pela escola, no desenvolvimento de competências culturais nos estudantes?

Com o objetivo geral de *compreender o processo de desenvolvimento de competência cultural dos estudantes de enfermagem*, apresenta-se um estudo qualitativo cujo desenho foi evoluindo à medida que a análise exigia alguns esclarecimentos, envolvendo e comparando o desenvolvimento de estudantes de enfermagem portugueses e brasileiros.

A recolha de informação numa perspetiva fenomenológica utilizou a entrevista para a colheita da dados, utilizando o mesmo guião com os estudantes portugueses e brasileiros.

A amostra do estudo foi sendo constituída ao longo da investigação à medida que os dados foram emergindo, até se considerar que dava resposta ao objetivo proposto; trata-se assim de uma amostragem intencional de forma a garantir uma amostra diversificada que desse resposta a alguns critérios pré-definidos, com recurso à técnica da “bola de neve” em ambas as amostras, com o objetivo de conseguir informadores privilegiados em tempo útil.

Foi feita análise da informação por comparação constante entre os dois grupos de estudantes, através dos conceitos de comparação das semelhanças e diferenças, descritos na *Grounded Theory*, fazendo assim a triangulação metodológica.

Como principais **conclusões**, realçamos que os estudantes das duas culturas têm sobretudo semelhanças na sua formação.

As maiores **divergências** prendem-se com as características das duas amostras na sua diversidade e multiculturalidade, Os estudantes portugueses falam da diferença como não sendo um problema, talvez porque ainda estejam numa fase de **etnocentrismo** em que não a relevam. E, os estudantes brasileiros, reconhecem a diferença como problemática, realçando os conflitos raciais e os preconceitos instalados, em que se verifica uma convivência principalmente dita de “multicultural”, mas que em alguns se percebe a perspetiva “intercultural”.

Verificou-se uma grande **convergência** no discurso dos estudantes de ambas as amostras sobre a disciplina de **enfermagem**, o que permite inferir que a **Escola** tem uma grande influência na filosofia do “cuidar” que transmite, e que os estudantes adotam e defendem como princípio e valor da prática.

A **prática do cuidar** transmitida pelas duas escolas baseia-se na filosofia humanista e holística: na amostra portuguesa os estudantes designam o cuidado que prestam por “**cuidado centrado no doente**” e os estudantes da amostra

brasileira por “**cuidado integral**”, mas defendem a mesma *práxis* da profissão.

Verificou-se ainda que a grande influência para a **evolução de uma prática culturalmente competente** se relaciona com a entrada nos campos de ensino clínico. É no contacto com a realidade que os estudantes relatam alguma desilusão pela dificuldade em aplicar a teoria na prática.

A **articulação teórico-prática** é, neste estudo, a maior evidência do papel da formação no desempenho do futuro profissional. As sugestões que os estudantes fazem para as superar estão em paralelo com as que os autores recomendam.

**Palavras chave:** Competência Cultural; Estudo comparativo; Estudante Enfermagem

**Keywords:** Cultural Competence; Comparative study; Nursing Students

# AGRADECIMENTOS

---

Este foi um trabalho, que apesar de individual, teve o contributo de várias pessoas e instituições, a quem não podemos deixar de expressar o nosso reconhecimento.

Agradecemos em particular:

Á Professora Doutora Margarida Vieira, professora e orientadora desta dissertação, pela perspicácia e pertinência das suas observações e pelas críticas e sugestões relevantes na orientação.

Á Professora Doutora Maragareth Ângelo pela disponibilidade, ajuda, carinho e preocupação com que me acolheu na universidade de São Paulo e conseguiu que fosse possível a colheita de dados aos estudantes brasileiros.

Aos estudantes portugueses e brasileiros que voluntariamente e com esforço pessoal se disponibilizaram a participar neste trabalho tornando possível a sua realização.

Á Teresinha, pelos conselhos preciosos e disponibilidade na revisão da dissertação.

Á Universidade Católica, pela disponibilidade de tempo concedida, bem como a permissão para a realização da investigação, o que permitiu o cumprimento de todas as obrigações profissionais e académicas.

Á Universidade de São Paulo, pela amabilidade e disponibilidade com que sempre nos recebeu para a realização desta investigação.

Por último, o nosso sincero agradecimento àqueles que desde sempre estão ao nosso lado - a família-, muito em especial ao pai enquanto pessoa e espírito nunca deixou de ser o meu exemplo e a minha luz, à mãe pelo estímulo e apoio incondicional, aos filhos pela ternura e amizade que sempre manifestaram.

*Every Man is in certain respects:*

*Like all other man*

*Like some other man*

*Like no other man*

Kluckhohn, C. and Murray H.A. (1948)

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	19
<b>1.1. Impacto da Cultura na Saúde: Conceitos e Suas Implicações</b> ..	20
<b>1.2. Teorias, Modelos, Conceitos e Práticas de Enfermagem</b>	
<b>Ancoradas na Cultura</b> .....	29
1.2.1. Enfermagem Transcultural: as Teorias e Modelos .....	29
1.2.2. Instrumentos de Avaliação Cultural .....	34
1.2.3. A Prática de Enfermagem Culturalmente Competente .....	36
<b>1.3. Educação</b> .....	48
1.3.1. Currículo .....	54
1.3.2. Estratégias de Ensino .....	59
<b>2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO</b> .....	68
<b>2.1. Desenho do Estudo</b> .....	68
<b>2.2. Amostras em Estudo</b> .....	73
<b>2.3. As Entrevistas</b> .....	75
<b>3. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS</b> .....	83
<b>3.1. Apresentação dos Resultados</b> .....	84
3.1.1. Vivências de Internamento .....	85
3.1.2. Expectativas dos Estudantes na Adaptação ao Internamento ...	97
3.1.3. Perspetivas de Desempenho Observado .....	101
3.1.4. Perspetivas de Desempenho Ideal .....	104
3.1.5. A Formação no Desenvolvimento da Competência Cultural .....	133
<b>3.2. Síntese Parcelar 1</b> .....	146
<b>4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	151
<b>4.1. Contexto 1 – Os Estudantes Portugueses</b> .....	155
4.1.1. Desenvolvimento da Competência Cultural nos Estudantes	
Portugueses .....	155
<b>4.2. Contexto 2 – Os Estudantes Brasileiros</b> .....	175
4.2.1. Desenvolvimento da Competência Cultural nos Estudantes	
Brasileiros .....	176
<b>4.3. Síntese Parcelar 2</b> .....	195

<b>5. PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DA COMPETÊNCIA CULTURAL.....</b>	<b>197</b>
<b>6. CONCLUSÃO.....</b>	<b>202</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>212</b>
<b>ANEXO 1 .....</b>	<b>236</b>

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Desenho da Investigação.....	72
Figura 2 - Esquema da Análise Efetuada.....	81
Figura 3 - Esquema do Percurso Analítico.....	83
Figura 4 - Modelo de Desenvolvimento de Competência Cultural de Papadopoulos, Tilki e Taylor.....	84
Figura 5 - Vivências de Internamento.....	85
Figura 6 - Expectativas de Adaptação.....	98
Figura 7 - Perspetivas de Desempenho Observado.....	102
Figura 8 - Perspetivas de Desempenho Ideal.....	118
Figura 9 - A Formação no Desenvolvimento da Competência Cultural.....	133
Figura 10 - Comparação da Estrutura dos Cursos.....	152
Figura 11 - Comparação do Modelo dos Cursos.....	153
Figura 12 - Evolução da Consciência Cultural nos Estudantes Portugueses.....	162
Figura 13 - Evolução do Conhecimento Cultural dos Estudantes Portugueses .	167
Figura 14 - Evolução da Sensibilidade Cultural dos Estudantes Portugueses...	174
Figura 15 - Evolução da Consciência Cultural dos Estudantes Brasileiros .....	180
Figura 16 - Evolução do Conhecimento Cultural dos Estudantes Brasileiros ...	188
Figura 17 - Evolução da Sensibilidade Cultural dos Estudantes Brasileiros .....	195
Figura 18 - Dimensões que Influenciam o Desenvolvimento da Competência Cultural.....	195
Figura 19 - Modelo de Desenvolvimento da Competência Cultural .....	199

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Vivências dos Estudantes .....	97
Quadro 2 - Expectativas Internamento.....	101
Quadro 3 - Perspetivas de Desempenho Observado.....	118
Quadro 4 - Desempenho que “Desejam” Ter .....	132
Quadro 5 - A Formação no Desenvolvimento da Competência Cultural .....	145

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Distribuição dos Estudantes por Anos de Aprendizagem e Género	74
Tabela 2 – Comparação Curricular dos dois Cursos.....	154

## LISTA DE SIGLAS

<b>AACN</b>	American Association of Colleges of Nursing
<b>AAMC</b>	Association of American Medical Colleges
<b>AIR</b>	American Institute of Research
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>HU</b>	Hospital Universitário
<b>NLN</b>	National League for Nursing
<b>OCDE</b>	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
<b>PSF</b>	Programa de Saúde de Família
<b>SO</b>	Serviço de Observação
<b>TACCT</b>	Tool for Acesino Cultural Competente Training
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>US</b>	United States
<b>UTI</b>	Unidade de Tratamento Intensivo

## LISTA DE ACRÓNIMOS

<b>AMA</b>	Assistência Médica Ambulatória
<b>USP</b>	Universidade de São Paulo
<b>COPA</b>	Competency, Outcomes, Performance, Assessment
<b>ETHNIC</b>	Explanation, Treatment, Healers, Negotiation, Intervention, Collaboration
<b>LEARN</b>	Listen, Explain, Acknowledge, Recommend, Negotiate
<b>BATHE</b>	Background, Affect, Trouble, Handling, Empathy
<b>CARE</b>	Care, Always, Realize, Evaluate
<b>GREET</b>	Generation, Reason, Extended family, Ethnic behaviour, Time living
<b>CLAS</b>	Culturally and Linguistically Appropriate Services
<b>PNUD</b>	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
<b>IENE</b>	Intercultural Education of Nurses in Europe
<b>UNESCO</b>	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
<b>VIP</b>	Very Important Person
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>CEI</b>	Centro de Educação Infantil
<b>DeSeCo</b>	Definition and Selection of Competencies

# INTRODUÇÃO

---

Saúde e cultura são dois conceitos que se interligam na prática de enfermagem. Ser enfermeiro é cuidar da pessoa respeitando-a na sua identidade cultural.

À escola compete formar profissionais com os saberes e as competências necessárias à prática, respeitando o princípio fundamental de que ninguém deve exercer ações para as quais não tenha a formação, conhecimentos, aptidão e prática.

Às escolas de enfermagem, pede-se que sejam capazes de formar profissionais que valorizem o respeito pelo “outro” em todas as suas dimensões, desenvolvendo um processo de criar oportunidades de crescimento pessoal e profissional, de libertar potenciais, de desenvolvimento da consciência, sensibilidade e competência no cuidado que presta e, sobretudo, formar o aluno para ser aberto e flexível na única dimensão que importa – o doente.

Pretende-se ainda, que o futuro profissional se aplique num processo contínuo de evolução e de desenvolvimento das suas competências, através da formação contínua, da reflexão da sua prática e da procura incessante de “fazer melhor”, ou seja, que adquira um saber agir competente.

Tradicionalmente as escolas de enfermagem veiculam um conceito de enfermagem que envolve um cuidar com compaixão, com empatia, com generosidade, com respeito pela dignidade da pessoa. Hoje, faz cada vez mais sentido que este conceito se alargue, englobando toda a dimensão cultural que enreda a prestação de cuidados.

As teorias de enfermagem transcultural consideram o “cuidar” a essência da enfermagem e preconizam um cuidar culturalmente competente. A atual conjuntura, marcada pelo fenómeno da globalização, faz emergir um enfoque cada vez mais importante na formação de profissionais culturalmente competentes.

As sociedades contemporâneas são, por um lado, cada vez mais multiculturais, por outro, a cultura identitária está cada vez mais reduzida à cultura de cada um. Esta multiculturalidade de pessoas e sociedades releva a importância de uma capacidade de tolerância, de luta pela paz e de ser capaz

de, mantendo a diferença, entender a diferença do “outro” e respeitá-la num diálogo cada vez mais intercultural e menos fechado.

Outro aspeto da atualidade que preocupa a sociedade é a iniquidade de acesso à saúde e as divergências na distribuição e adequação de cuidados de saúde que a crise económica e as desigualdades sociais têm agravado, sendo esta, segundo Narayanasamy e White (2005), uma das áreas em que a enfermagem transcultural tem falhado, defendendo a importância da formação e educação dos enfermeiros na redução destas disparidades e no estabelecimento da justiça social.

Têm sido feitos vários estudos sobre a relação entre a saúde e as minorias étnicas principalmente nos países do continente americano, Austrália e Nova Zelândia, talvez por terem uma população com grande disparidade cultural, onde se confirma que há desigualdades e discriminação na sociedade em relação às minorias: na acessibilidade, prestação de cuidados e na manutenção da saúde.

Em Portugal, o aumento da multiculturalidade, devido a fenómenos de imigração muito expressivos no início da década de 2000 Santos (2004); Carrilho e Patrício (2009); Eurostat (2014, tem tido eco na investigação em saúde e particularmente em enfermagem. Se até ao início da década de 2000, pouca era a produção científica nacional sobre esta problemática, o repositório nacional demonstra que o interesse na diversidade cultural principalmente na prestação de cuidados, tem vindo a aumentar. Verifica-se também na maioria destes estudos que a comunicação, a discriminação e a iniquidade de acesso à saúde são os principais problemas sentidos por utentes culturalmente diferentes. Um estudo de caso num centro de saúde de Lisboa, realizado por Fonseca e Silva em 2010, confirmaram que 57% de utentes imigrantes referiram múltiplas barreiras no acesso aos cuidados de saúde.

No entanto, os portugueses consideram-se um povo não racista e de “brandos costumes”. Num estudo realizado por Neto (2007), os resultados confirmam a existência de uma atitude predominantemente positiva em relação à diversidade cultural. Na sua amostra (204 pessoas entre os 18 e os 83 anos), 85,3% situam-se no pólo tolerante da escala de avaliação e 12,7% no pólo preconceituoso.

Ao analisar as representações dos portugueses sobre diversos grupos étnicos minoritários e desses mesmos grupos em relação aos portugueses, Cabecinhas (2002), verificou que o racismo sofreu uma metamorfose nas suas formas de expressão. O racismo atual manifesta-se essencialmente pela negação do reconhecimento da singularidade do “outro”, ou seja, pelo tratamento dos membros das minorias não como “indivíduos” mas simplesmente como “representantes” de uma categoria homogénea. Os membros das minorias tornam-se “invisíveis” enquanto pessoas, mas extremamente “visíveis”, enquanto grupo. Malheiros et al. (2007), referem uma etnicização de vários grupos étnicos principalmente relacionada com a pobreza.

Nos Estados Unidos da América, país de grande diversidade cultural, foi criado *The Office of Minority Health* (<http://www.cdc.gov/minorityhealth/index.html>), com o objetivo de melhorar o acesso à saúde e promover a implementação de medidas que facilitem a implementação de cuidados culturais nos serviços de saúde e refere que com sensibilidade, escuta empática e um pouco de esforço extra, consegue-se muitas vezes fazer a ponte entre as diferenças de cultura do enfermeiro, doente e instituição, no encontro de saúde. Mas este esforço normalmente não chega para vencer as barreiras organizacionais pelo que se deve desenvolver:

- um processo de tomada de consciência cultural que englobe **atitudes de tolerância** e de mente aberta **perante as diferenças sociais e culturais**. Aprofundar a sua própria cultura tomando consciência do seu **etnocentrismo** bem como de formas de **discriminação no sistema de saúde e na sociedade em geral**;
- o empenhamento para continuar a **aprofundar o conhecimento do impacto da cultura na saúde** e o **conhecimento específico das principais culturas que estão integradas na comunidade que servem**;
- **sensibilidade cultural e comportamentos interpessoais de preocupação e respeito apesar das diferenças**;
- **aptidões que permitam alcançar o respeito e responder construtivamente a todos os aspetos culturais do doente/cliente**

**durante um encontro de enfermagem**, ou seja, ser culturalmente competente.

Para o desenvolvimento destas aptidões, a maioria dos autores é unânime na aposta na formação com uma das vias mais importantes para a consolidação da competência cultural, para a melhoria da igualdade de acesso à saúde, para a redução de barreiras culturais e linguísticas e em última análise, como assinala Roberto Carneiro (1995), o preconceito está na origem da estigmatização e da discriminação, não é genético, é antes uma atitude intencional e construído culturalmente, pelo que apenas pode ser vencido pela via educativa.

Para que a formação seja eficaz, é fundamental, como defende Montenery et al. (2013), que tanto facultades como professores estejam motivados e preparados para o fazer, investindo na atualização de conhecimentos e estratégias de ensino que promovam a competência cultural nos estudantes de enfermagem.

O modo como os estudantes de enfermagem desenvolvem competências culturais, depende da forma como o seu país, educação profissional e também a sua própria cultura valorizam as suas tradições, hábitos, valores, crenças de saúde/doença e a forma como assimila e transforma as ideias dominantes.

Estudar o desenvolvimento da sensibilidade, conhecimentos e habilidades culturais nos estudantes depende certamente das suas expectativas e vivências em saúde relativamente a si e aos outros e aos encontros culturais que advêm da profissão de enfermagem. Será que estudantes de países diferentes têm a mesma perspetiva de um cuidar transcultural? Será que as expectativas e vivências de encontros culturais são idênticas? Que influência tem a formação e os conceitos de enfermagem e cuidar transcultural veiculados pela faculdade, no desenvolvimento de competências culturais nos estudantes?

Estas e outras questões levaram-me a iniciar um trabalho de investigação que pretende estudar estudantes de enfermagem portugueses e brasileiros comparando-os. A comparação dos dados recolhidos em Portugal e no Brasil parece-me particularmente interessante, dada à grande distância geográfica entre os dois países que apesar de terem a mesma língua, têm uma história de vivência multicultural muito diferente. Para além disso, currículos, experiências,

metodologias e até conceitos são necessariamente diferentes o que leva a que comparar casos tão diferentes se possa encontrar semelhanças e divergências que permitam compreender melhor o fenômeno do desenvolvimento de competências culturais nos estudantes de enfermagem.

Este trabalho irá integrar, no capítulo do enquadramento teórico, a temática da cultura e a sua importância na disciplina de enfermagem, os conceitos de competência cultural em enfermagem e as diferentes teorias e modelos que objetivam a sua implementação e possibilitam a avaliação cultural do doente. O subcapítulo seguinte versa a educação, incluindo os currículos e as estratégias preconizadas para o desenvolvimento da competência cultural.

No capítulo do enquadramento metodológico será feita a descrição pormenorizada do desenho da investigação, da realização das entrevistas, da análise efetuada e justificadas as opções metodológicas.

A análise, interpretação e discussão dos resultados será feita nos três capítulos seguintes começando pela apresentação dos resultados nas diferentes categorias que emergiram da análise das entrevistas.

Posteriormente será discutida e analisada a evolução da perspectiva dos estudantes ao longo dos quatro anos do curso. Serão também realizadas duas sínteses parcelares resumindo os principais achados da apresentação e da discussão dos dados e, finalmente, termino com o quinto capítulo que tem por objetivo descrever o processo de desenvolvimento da competência cultural dos estudantes de enfermagem, suas limitações, dificuldades, necessidades, riquezas e até excelências.

Por último, são apresentadas as conclusões com propostas de superação das dificuldades e de valorização das excelências, fazendo ainda algumas sugestões de novos estudos que possam clarificar os achados desta investigação.

# 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

---

**Enfermagem** é a ciência que estuda as respostas humanas aos processos de saúde doença hoje em dia, uma profissão que cuida de pessoas em contexto nas suas dimensões biológica, sociocultural, psicológica, espiritual e na sua inter-relação dinâmica e complementar, ou seja, presta cuidados holísticos à pessoa e família.

A prática de cuidados de saúde holísticos é considerada o ideal a atingir, onde a centralidade dos cuidados de enfermagem é a pessoa e família, na sua globalidade, e não a doença.

Muitas têm sido as teorias e modelos que procuram representar a “ciência” e a “arte” da enfermagem, mas como refere Vieira (2007), a sua transposição para um enquadramento teórico é sempre redutor da disciplina e, muitas vezes, influenciado pela ciência de base do autor que a cria.

Assim acontece com Leininger (2001) que, influenciada pela antropologia, associa o conceito de cultura ao conceito de enfermagem e desenvolve a teoria de Enfermagem Transcultural. Defende como pressupostos, que o “cuidado” é a essência da enfermagem e é universal, pelo que é influenciado pela cultura.

O cuidado holístico, neste sentido, tem que ter em conta a influência da cultura no indivíduo/família de quem cuidamos, nos aspetos relacionados com a sua perceção e experiência no binómio saúde/doença, bem como, nos comportamentos culturais de manutenção de saúde, prevenção e tratamento de doença.

Numa situação de prestação de cuidados de enfermagem não existe apenas a cultura do doente/família, também o enfermeiro é influenciado pela sua cultura na forma como presta cuidados e ambos estão sujeitos à cultura organizacional da instituição onde é prestado o cuidado. É esta tríade de culturas que complexifica o cuidado que se pretende culturalmente competente.

**Cultura** é um conceito com distintos significados consoante a disciplina que lhe dá sentido. Neste trabalho não é objetivo esgotar todas as suas interpretações, mas apenas analisar as perspetivas que contribuem para a compreensão de uma **prática culturalmente competente** em enfermagem.

## ***1.1. Impacto da cultura na saúde: conceitos e suas implicações***

---

O conceito de cultura que alicerça a enfermagem vai buscar os seus fundamentos e significados à antropologia, Duffy (2001). Também Leininger (2002) se apoia nesta disciplina para entender a cultura como os valores, crenças e formas de vida que são aprendidos, partilhados e transmitidos num grupo específico e que guiam de uma forma padronizada a sua forma de pensar, as suas decisões e as suas ações.

A maioria dos autores, referencia a característica dinâmica do conceito, e embora com reflexões e lógicas diferentes, podemos incluir nos fatores que para isso contribuem: a influência das vicissitudes históricas, as diferentes perspetivas filosóficas, as relações diretas e indiretas das sociedades, as interações humanas e ainda a complexidade do ser humano.

É indiscutível que a saúde é influenciada pela cultura nas suas diferentes dimensões: profissional, individual, étnica, social, política, económica ou até religiosa e espiritual. Gastão Campos (2002) afirma que Saúde “...é um traço cultural, os valores, as concepções que nós temos sobre saúde são sempre um traço cultural...” p.109, ou seja, a perspetiva, experiência e até a expectativa de saúde, têm especificidades próprias caracterizadas pela cultura que lhe subjaz e que se traduzem em práticas mais ou menos científicas, mais ou menos tradicionais.

### **Práticas tradicionais de saúde**

A primeira definição de cultura numa perspetiva antropológica foi elaborada por Tylor (2005) em 1871, tendo escrito: “Cultura ou civilização, tomada em seu mais amplo sentido etnográfico, é aquele todo complexo que inclui conhecimento, crença, arte, moral, lei, costume e quaisquer outras capacidades e hábitos adquiridos pelo homem na condição de membro da sociedade” pg 69. Tylor associa no mesmo conceito cultura e civilização e defende uma teoria evolucionista da cultura muito influenciado pela visão evolucionista de Darwin.

Esta noção de cultura transmite uma perspetiva de graus e estádios associada ao desenvolvimento e evolução do homem, permitindo dizer que

uma cultura primitiva é pertença de um homem primitivo e criando uma hierarquia de categorias e classes. Podemos transferir esta noção para as crenças de saúde, considerando que as práticas tradicionais espelham a aprendizagem dos cuidados no grupo primitivo de pertença, muitas vezes associados à magia, ao desconhecimento, à “incivilização”, e que são desvalorizadas pela maioria “civilizada” que tem uma prática científica e tecnológica.

Bauman (2012), na sua reflexão sobre o conceito de cultura, inclui a noção de **hierarquia**, a diferenciação em classes herdada pela família de pertença ou a adquirida pelos estudos e esforço individual, mas que rotula quem é de classe social mais alta ou tem conhecimento das artes ou filosofia como “culto” e como “inculto”, quem é considerado de classes inferiores e pouco informado. Langdon e Wiik (2010) apropriam esta ideia ao “rotularem” de “**bons pacientes**” os doentes que têm cultura para compreender a linguagem e orientações que lhes são transmitidas e de “**pacientes difíceis**” aqueles que por ignorância ou superstição têm comportamentos menos adequados.

Ampliando a análise do conceito de cultura, Bauman, numa perspetiva estrutural, descreve-o como antónimo de desordem e, portanto, com sistemas estruturados socioculturais, em que os padrões culturais orientam condutas e onde a linguagem e os símbolos como forma de comunicação permitem a transformação em novos signos e novas relações, mas possibilitam também, a manutenção da tradição.

**Tradição na saúde** é um aspeto importante para a prestação de cuidados em enfermagem sob duas perspetivas: por um lado a estagnação em práticas já conhecidas que não envolvem mudança, por outro na compreensão das tradições culturais de saúde que os utentes podem ter e na necessidade de negociar e introduzir essas tradições nos cuidados.

Um dos *constructos* que Leininger (2002) trabalha é o de – preservação ou manutenção do cuidado cultural – definindo-o como “...as ações e decisões profissionais de assistência, que apoiam, facilitam ou capacitam as pessoas de uma determinada cultura a preservar valores relevantes, de forma a manter o bem-estar, recuperar da doença e encarar a deficiência e/ou morte”. p.48.

Esta lógica de cuidados que Leininger defende pode trazer, segundo Seaton (2010), graves consequências para os doentes, se forem respeitadas

algumas tradições, como seja a mutilação genital feminina, que apesar de ser uma prática tradicional e preservada em algumas comunidades, pode resultar em morte da adolescente sem qualquer benefício do ato em si. Meleis e Im (1999) recomendam que na prática dos cuidados, os valores humanistas universais sejam sempre adotados para a defesa dos direitos e da dignidade humana.

Também Bauman (2013), analisando a evolução do conceito de **cultura**, critica a sua leitura no mundo global, que qualifica de “modernidade líquida”, onde a sua constante modificação não permite uma forma de vida social com um formato constante e sólido. Considera que a cultura se tem transformado de forma a adaptar-se e a moldar-se à liberdade individual e tem perdido a função que tinha de equilíbrio e orientação da vida social, incluindo a própria noção de ideal a atingir pela sociedade. O individualismo é uma realidade da sociedade atual que traz indiferença e impessoalidade nas inter-relações.

A cultura que anteriormente tinha um papel “estimulante” da sociedade para evoluir num sentido de “condição humana universal”, transformou-se em “tranquilizante”. Nesta sociedade “tranquilizada”, a cultura seduz, em vez de normalizar, oferece, em vez de proibir, as redes substituem as estruturas, defende-se a tolerância e a não seletividade o que se opõe ao esclarecimento e dignificação e que na saúde nos reporta para o conceito de **relativização cultural**.

### **Relativismo cultural**

A conceção antropológica de **relativismo cultural** deve-se, segundo Cuche (2004), a Franz Boas, ao considerar que à priori é impossível hierarquizar as diferentes culturas, defendendo que todas são dignas de respeito e tolerância perante outras diferentes, conceito continuado por Ruth Benedict (1989), sua discípula. Esta visão antropológica da cultura introduz alguma dificuldade na sua aplicação prática quando pensamos em valores éticos. Pires (2006) refere que a ideia da homogeneização cultural é também para ela um conceito abandonado e substituído pelo desejo de uma diversidade harmoniosa. Lévi-Strauss (2012 a), tentando suavizar a ideia, afirma que “toda a cultura deve a si própria uma fidelidade cujo preço a pagar é uma certa surdez a valores diferentes aos quais permanecerá insensível, total ou parcialmente”, pg 193.

Geertz (2008) classifica esta postura de Lévi-Strauss impermeável aos outros, considerando-a “do tipo ”nós somos nós, eles são eles” e ao mesmo tempo critica a perspectiva **etnocentrista** de valores superiores e de uma cultura a defender, ao que Rorty (2000) responde sustentando que o etnocentrismo, ao contrário do que a maioria dos autores menciona como sendo uma visão que apenas cria discriminação e preconceito é na sua perspectiva, um conceito importante porque é ele que nos permite indignar e desprezar alguns valores que se chocam com a moral. Pensando em relação ao nazismo, escreveu: “preferimos morrer a ser etnocêntricos, mas o etnocentrismo é exatamente a convicção de que é preferível morrer a partilhar certas crenças” p. 213. Defende ainda que é preferível assumir que se é etnocêntrico e que não se vai conseguir vestir a “pele” do “outro”, mas que isso não implica, antes pelo contrário, pois considera que partir deste pressuposto encoraja a pluralidade de subculturas, a solidariedade e o progresso moral.

Pojman (2004) vai mais longe quando diz que, em última análise, aceitar o relativismo convencional é aceitar que todas as práticas sejam legítimas incluindo atos que sejam moralmente condenáveis, e mesmo o cumprimento da lei ou a desobediência civil deixam de ter fundamento moral. Nesta visão, a moral deixa de ter a sua função de guia orientador, permitindo que cada indivíduo possa criar a sua moralidade, o que nos leva a refletir na importância da existência de **valores universais**.

No entanto, Alexandra Howson (2009) refere que é possível adaptar o conceito de relativismo moral a valores universais, concluindo no seu ensaio que o relativismo cultural pretende explicar as práticas de outras culturas e não sancioná-las. Já em 1971, Bastian defendia que o relativismo não nega valores universais mas apenas absolutos, ou seja, estáticos, imutáveis, mas que os valores dependem do sujeito que os valoriza.

O relatório de desenvolvimento humano de 2004 para as Nações Unidas diz que “Cultura não é um conjunto cristalizado de valores e práticas. Recria-se constantemente, à medida que as pessoas questionam adaptam, redefinem os seus valores e práticas em função da mudança das realidades e da troca de ideias”, p.4, mas também afirma que a preservação de valores e práticas não pode ser visto como um fim em si mesmo e tem que haver espírito crítico e não uma submissão cega à tradição.

Na ótica da saúde, o **relativismo cultural** assume muitas vezes a característica de **relativismo moral**. Sob esta perspectiva questiona-se o que fazer quando são os nossos valores e aquilo que consideramos o “bem” que são postos em causa. A propósito Meleis e Im (1999) recomendam que os enfermeiros exerçam a sua prática de acordo com o código deontológico (incluído no Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril, alterado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro) e de forma a prevenir atitudes, que compactuem com a desumanização. Também Campinha-Bacote (2005 a), defendendo a importância dos valores éticos na prática de enfermagem, integra no seu modelo de competência cultural dezoito virtudes intelectuais e morais baseadas na interpretação da Bíblia.

Os quatro princípios da Bioética que orientam a prestação de cuidados de saúde são: o da não maleficência, o da beneficência, o da justiça e o do respeito pela autonomia que, quando violados, põem em causa os direitos humanos, pelo que o respeito pela diversidade não significa que tenhamos que aceitar todas as tradições, ou que isso transforme a nossa prática em etnocêntrica.

Yeh, Wu e Che (2010) realçam que os significados e a visão oriental destes conceitos são diferentes da perspectiva ocidental e, num estudo realizado em estudantes no norte da Tailândia, detetaram múltiplas dificuldades em conciliar o cumprimento destes princípios com a cultura das pessoas de quem cuidavam. Também na cultura africana, Solum, Maluwa e Severinsson (2012), assinalaram obstáculos expressos pelos estudantes na harmonização entre os valores e as normas ocidentais e o contexto Malawi.

O respeito pela diversidade cultural passa pelo respeito dos direitos humanos e também pela compreensão das matizadas interpretações que a cultura introduz e que necessitam de tradução cultural.

### **Diversidade cultural – Tradução cultural**

Falar de diversidade cultural num mundo cada vez mais globalizado parece um paradoxo, mas é a complexidade da sociedade global que torna ainda mais difícil conseguir decifrar as particularidades e singularidades de um mesmo processo cultural. Segundo o relatório do desenvolvimento das Nações Unidas de 2013, a mobilidade humana continua a aumentar levando inevitavelmente

ao contacto cultural e ao conceito de **choque cultural** muito relacionado pela procura da identidade daquilo que nos distingue.

Segundo Coelho (2008), historicamente o choque cultural pode evoluir de duas formas: pela **integração**, em que domina a alteridade, o diálogo intercultural, a “tradução transcultural”, o intercâmbio e difusão transcultural ou, pela **assimilação**, em que há uma acomodação à cultura dominante, por quem está em minoria, levando à homogeneização cultural.

O conceito de **tradução transcultural** perspectivado como a compreensão da cultura do “outro”, é fundamental em saúde. Florence Nightingale, praticou uma enfermagem baseada no modelo biomédico, em que o cuidado se dirigia à doença e não ao significado individual de “estar doente” ou “sentir-se doente”, Abreu (2012). Leininger, em 1967, escrevia defendendo que, compreender a cultura da pessoa doente é tão ou mais importante do que ter conhecimentos fisiológicos e psicológicos sobre aspetos da doença da pessoa.

Numa perspetiva sociológica, Guiddens (2009) releva as opiniões do paciente e a sua experiência de doença como cruciais no sucesso do tratamento e referindo-se a Parsons reafirma a dimensão social da doença.

É esta dimensão que permite uma interpretação de saúde-doença associada à cultura e que nos coloca, como refere Lévi-Strauss (2012 b), uma vantagem ou um inconveniente, já que o conjunto se subdivide em muitas outras, resultantes das relações diretas e indiretas das sociedades humanas. Mas o autor continua o seu raciocínio, afirmando que é esta visão das diferenças que nos torna etnocêntricos, porque repudiamos aquilo com que não nos identificamos.

Não há cultura sem homem nem homem sem cultura, portanto, a cultura, como refere Bauman (2012), é tanto pré-social com socialmente gerada. Ela garante as necessidades essenciais da sobrevivência humana, criando os pré-requisitos funcionais (normas, regras sociais), que criam a **identidade grupal**. Retomando a ideia já desenvolvida por Rorty (2000) de que etnocentrismo não tem que ser necessariamente um conceito negativo, Vieira (1999) afirma que o etnocentrismo é essencial para a formação da identidade cultural. É a cultura que criando regras morais permite falar em **universais éticos**, que criando padrões de avaliação fornece ao homem a capacidade de se transformar e de transformar o mundo.

A cultura é de facto uma **unidade essencial** à espécie humana, ela é dinâmica e matizada, mas o que a define, segundo Bauman, é o conjunto de significados e símbolos que são exclusivamente atribuíveis à espécie humana - a **linguagem** é a produção de **símbolos mediadores da comunicação**, é o alicerce dos protocolos de compreensão e percepção entre as pessoas.

### **Linguagem e Símbolos Mediadores da Comunicação**

É a estrutura da linguagem cultural que permite tornar as situações significativas, ou seja, dar significado aos signos, entender significados e significantes. Geertz (2008) é o grande impulsionador da conceção simbólica da cultura, considerando que a cultura é a forma como o homem procura os significados.

Laraia (2007), afirma que não há nenhuma língua humana que seja natural, congénita e inerente ao homem. Toda a linguagem, simbólica ou não, é um produto cultural do homem.

A linguagem, com o seu sistema de significação, é fundamental para entender a cultura do “outro”. A compreensão dos signos do “outro” é um dos aspetos como veremos mais à frente, fundamentais para a prestação de cuidados culturalmente competentes em enfermagem e preocupação da maioria dos artigos publicados pelos enfermeiros que abordam a temática da enfermagem transcultural.

Mas Laraia (2007) defende, também, que grande parte dos padrões culturais são copiados de outros, ou como refere (2012 b) os costumes nascem da vontade de não ficar atrasado em relação a um grupo vizinho e é este processo de difusão cultural que gera o desenvolvimento humano. O processo de aculturação é universal o que leva Cuche (2004) a mencionar que não existe uma cultura em estado puro.

Se a estrutura social é a forma de criar ordem numa cultura, as relações sociais são o que determinam aquela sociedade e definem o comportamento dos seus membros.

Bauman (2012) refere que as características da *práxis* humana é dar ordem ao caos ou substituir essa ordem por outra e que entre as várias culturas “há diferença de grau não de natureza; de generalidade, não de espécie” p. 231.

Laraia (2007), apoiando-se em Kroeber, reafirma o homem como o único ser vivo que tem cultura, ou seja, só os seres humanos vivem com regras, normas, costumes, tradições, valores, ideias, interesses, crenças, que lhes criam padrões de comportamento. Bauman (2012) acrescenta a ideia de que “só as motivações de crescimento, como a cultura, são de facto especificamente humanas” p.295, apenas a adaptação à sobrevivência não é ainda exclusivo do ser humano.

Mas também como a cultura se afirma como diversidade de padrões há sempre o risco de rotular o diferente, de marginalizar, de generalizar, de particularizar, de criar preconceitos e fazer juízos de valor quando as regras são diferentes das que conhecemos. Como refere Alexander (2008), a Cultura não é apenas uma definição de grupo, mas também uma expressão individual, “Cultura é um conceito individual, um fenómeno de grupo uma realidade da organização” p.416, inclui uma rede diversificada de perspectivas e linguagens tem um carácter de tal forma dinâmico e evolutivo que leva este autor a considerar que discussão racial e étnica é muito redutora do conceito, pela pluralidade de subculturas que emergem desta intrincada rede de partilha de símbolos e significados.

A cultura pode ser aprendida, reproduzida e transmitida de geração em geração. Mas mais que isso, ela tem que ser conhecida, senão não é entendida. Como lembra Laraia (2007), esta é a característica da cultura que cria o conflito e o desentendimento, quando os códigos não são entendidos por todos. Sem a chave da descodificação, ou o desejo dela, surge a incompreensão e o choque cultural.

Ou, numa perspectiva menos destrutiva e mais construtivista, como menciona Bauman (2012), “a cultura humana, longe de ser a arte da adaptação, é a mais audaciosa de todas as tentativas de quebrar os grilhões de adaptação como obstáculo fundamental à plena revelação de criatividade humana”, p.296.

Esta vertente que para Bauman não é a arte da adaptação humana, mas sim aquilo que permite a cada um a sua interpretação criativa e a sua singularidade, remete para a reflexão do que é inato e do que é adquirido, aspeto que tem sido objeto de várias correntes e abordagens sociológicas. Dubar (1997), numa perspectiva funcionalista, foi um dos autores que se

debruçou sobre aquilo que nomeou de “socialização” e que contribui para um processo de identidade social e a incorporação de saberes especializados e de saberes profissionais para a construção de uma identidade profissional.

A **cultura profissional**, numa perspetiva sociológica, é determinada pela posse de um título e de uma qualificação profissional que habilita aquele grupo a uma competência que lhe é exclusiva e que não pode ser atribuída a amadores.

### **Prática Profissional em Saúde**

A prática profissional é feita num contexto e tem que ser lida com a hermenêutica da época. Os fatores económicos são cada vez mais um aspeto de forte influência na política de saúde do país, das instituições, dos serviços, dos profissionais e mais especificamente dos enfermeiros.

Se as políticas de saúde preconizam a equidade, os fatores económicos e a sustentabilidade dos serviços de saúde têm criado dificuldades às boas intenções políticas e influenciado as suas decisões. Cuidar de minorias implica dinheiro para adaptar a diferença e esse é um dos problemas que de alguma forma pode condicionar o acesso à saúde, à disponibilidade de recursos e tratamentos, o que direta e indiretamente influencia a prática dos cuidados de enfermagem.

A cultura profissional é regida por um código-deontológico que defende os direitos e deveres dos doentes, mas como refere Vieira (2004), a ação do enfermeiro tem que ser regida pelo seu empenho e sentido de missão ética que nenhuma lei ou ética por si só ocasionam e limitam. A leitura do código-deontológico não pode ser transversal à humanidade porque a significação dos direitos é diferente consoante a cultura de quem a interpreta. Uma das situações mais estudada e refletida na saúde é a recusa de transfusão de sangue defendida por crenças religiosas, o que manifestamente gera um conflito de valores no enfermeiro entre o salvar a vida física ou espiritual da pessoa.

Arnault (2009) escreve um artigo sobre os determinantes culturais para a procura de ajuda na saúde e propõe um **modelo cultural** considerando que o processo de perceção de saúde/ doença interfere com a forma como cada

indivíduo a classifica e o leva a procurar ajuda e que isso depende de dois aspetos:

- a interpretação dos significados – que inclui a causa dos sintomas e o significado social da doença ;
- as dinâmicas do contexto social – que inclui a disponibilidade dos recursos e a reciprocidade e expectativas na permuta de regras.

A diversidade cultural e o nosso etnocentrismo condicionam a forma como vemos o “outro” e como o cuidamos pelo que se coloca a questão de como respeitar a cultura de quem cuidamos. Aos enfermeiros é pedido, também, que conciliem a sua cultura com a da instituição onde trabalham, cuidando de pessoas na sua singularidade e diversidade. Ser culturalmente competente em saúde é sempre um encontro de três culturas e cabe ao enfermeiro aprender a lidar com a riqueza e dificuldade que as situações da prática podem criar.

Em enfermagem têm surgido várias teorias e modelos que orientam o enfermeiro para uma prática culturalmente competente, fornecendo conceitos, estratégias e modelos de atuação, como veremos no capítulo seguinte, já que ser culturalmente competente não pode ser reduzido a capacidades técnicas como menciona Kleinman e Benson (2006).

## ***1.2. Teorias, Modelos, Conceitos e Práticas de Enfermagem Acoradas na Cultura***

---

Nesta subcapítulo apresentarei sucintamente as principais teorias e modelos utilizados na enfermagem, ancorados na cultura e depois enumerar as diferentes mnemónicas de ajuda à avaliação cultural do doente, para poder planear cuidados de enfermagem que tenham em conta as perspetivas culturais do doente e família, terminando com os conceitos e a prática de uma enfermagem culturalmente competente.

### **1.2.1. ENFERMAGEM TRANSCULTURAL: TEORIAS E MODELOS**

O conceito de enfermagem transcultural é relativamente recente, tendo começado a ser desenvolvido na década de 70 do século XX, com Madeleine Leininger, que em 1985 publicou a teoria “Transcultural care diversity and universality: A Theory of Nursing”, Leininger (2002).

Posteriormente, vários enfermeiros, profissionais de saúde e organizações governamentais e não governamentais, têm problematizado sobre a cultura e o cuidado de enfermagem. Foram construídas teorias e modelos de cuidados, *guidelines* de atuação; mnemônicas de ajuda à avaliação cultural do doente; escalas de avaliação de desempenho da competência cultural, legislação e códigos de conduta ética.

Não podendo esgotar o tema, irei apenas abordar as principais teorias e modelos de enfermagem de uma forma sucinta e apresentar alguns instrumentos construídos para fazer a avaliação das especificidades culturais do doente.

### **“Transcultural Care Diversity And Universality: A Theory Of Nursing” - Leininger**

Para Leininger, a cultura pode determinar quase todos os cuidados que a pessoa deseja ou necessita por parte dos profissionais de saúde. Em 2002 cria o modelo conhecido como *Sunrise* que permite ao enfermeiro guiar-se no sentido de perceber todas as influências culturais que podem afetar a saúde ou podem provocar doença ou morte. É um modelo complexo com 173 *constructos*. Para além de defender o cuidar como a essência da enfermagem, defende três formas de atuação do enfermeiro:

- preservação do cuidado: facilitar a manutenção de saúde e hábitos saudáveis;
- acomodação do cuidado: adaptação ou negociação de práticas de cuidado;
- repadronização do cuidado: Ajudar a encontrar formas de vida saudáveis.

(Leininger 1967; 1988; 2001; 2002; 2008)

### **“The process of culturally competence in the delivery of healthcare services model” - Josepha Campinha-Bacote**

No seu modelo, Josepha Campinha-Bacote parte do pressuposto que a cultura é dinâmica e que a competência cultural é um processo contínuo e nunca acabado e apoia o seu modelo em cinco *constructos*. A característica

dinâmica do conceito tem-se transmitido também ao modelo que tem sido sujeito a várias revisões. Em 1998 faz a sua primeira proposta em que os *constructos* se interrelacionam. Em 2003 representa o modelo como um vulcão em que centra a sua explosão no desejo cultural. Em 2007 o modelo muda o seu centro para a competência cultural e em 2011, versão que está atualizada, o centro do modelo são os encontros culturais. É com base neste entendimento dinâmico que apresento a última definição dos *constructos* do seu modelo:

- **encontro cultural** – O processo contínuo de interação com doentes de uma cultura com diferentes origens de forma a validar, aperfeiçoar ou modificar valores, crenças e práticas existentes acerca de um grupo cultural e de desenvolver o desejo cultural, a consciência cultural, as habilidades culturais e o conhecimento cultural;
- **desejo cultural** – A motivação do profissional de saúde de “querer” inscrever-se no processo de ser culturalmente competente; e não “ter que ser”;
- **consciência cultural** – O autoexame intencional e a análise profunda dos viéses, preconceitos, estereótipos, juízos e “ismos” que temos em relação a grupos que são diferentes;
- **conhecimento cultural** – O processo de procura e obtenção de formação baseada na diversidade de grupos étnicos e culturais;
- **habilidade cultural** – A capacidade de colher dados culturalmente relevantes relativamente ao problema apresentado pelo doente e de fazer corretamente a avaliação assente na cultura do doente e de uma forma culturalmente sensível.

Campinha-Bacote- (2002; 2003; 2006; 2008, 2009; 2011a)

### The Purnell Model For Cultural Competence - Purnell

Em 2002, Larry Purnell desenvolveu um modelo de enfermagem transcultural “the Purnell Model for Cultural Competence”, onde define conceitos e um modelo complexo de avaliação cultural, semelhante ao de Leininger, introduzindo como novidade uma progressão no processo de ser competente, muito na linha de Benner:

- **incompetente inconsciente** – Não tem consciência da falta de conhecimentos sobre outra cultura;

- **incompetente consciente** – tem consciência da sua falta de conhecimentos sobre outra cultura;
- **competência consciente** – aprende acerca da cultura do cliente, verifica generalizações acerca da cultura do cliente e presta cuidados culturalmente específicos;
- **competência inconsciente** – automaticamente presta cuidados culturalmente congruentes a clientes de diferentes culturas.

Purnell (2002)

### **Cultural Negotiation: A Constructivist-Based Model for Nursing Practice - Engebretson e Littleton**

Engebretson e Littleton, em 2001, propõem o modelo de “Negociação Cultural”, que assenta numa perspetiva construtivista de cultura. Considera que a realidade é socialmente construída e portanto um processo modelado pela cultura de acordo com regras e valores partilhados, pelo que a cultura influencia necessariamente a compreensão e significado de saúde e doença, tanto para doente como para o enfermeiro que cuida, como para a Instituição e sistema de saúde.

Parte de quatro pressupostos:

- a saúde ocorre num contexto social, pelo que influencia qualquer encontro de saúde;
- a autodeterminação fundamenta qualquer interação de cuidado em saúde;
- cuidado de saúde é um processo interativo entre enfermeiro e doente/família;
- ambos trazem conhecimento para a interação.

Engebretson e Littleton (2001).

### **The Papadopoulos, Tilki and Taylor Model for Developing Cultural Competence**

**Irene Papadopoulos, Mary Tilki e Gina Taylor**, com o objetivo de promover a introdução da cultura no currículo de enfermagem, propõem um

modelo de desenvolvimento de competência cultural nos estudantes. Definem quatro *constructos* que têm um desenvolvimento sequencial:

- **consciência cultural** – é um processo reflexivo, começa com o autoexame dos valores e crenças pessoais e como eles são socialmente construídos. Inclui o autoexame, a identidade cultural, a herança cultural e o etnocentrismo;
- **conhecimento cultural** – Pode ser conseguido através do contacto com diferentes grupos étnicos. Através de estudos sociológicos que abordem o poder profissional e o controle ou façam ligações entre posições pessoais e desigualdades estruturais. Inclui: crenças e comportamentos de saúde estereotipados; etnohistória/compreensão antropológica; compreensão sociológica; compreensão psicológica e biológica, similaridades e diferenças;
- **sensibilidade cultural** – este é um estágio considerado importante porque é aquele em que os profissionais integram as pessoas no seu cuidado. Consideram que só há sensibilidade cultural quando os clientes são considerados verdadeiros parceiros, de outra forma os enfermeiros estarão a usar o seu poder de imposição. Esta parceria envolve confiança, aceitação, respeito bem como Facilitação e negociação. Inclui: empatia; capacidades interpessoais de comunicação; confiança; aceitação; apropriação e respeito;
- **competência cultural** – chegar ao 4º estágio significa que há uma síntese e aplicação dos estágios anteriores. O foco é colocado nas habilidades práticas do cuidar, como seja a avaliação das necessidades e o diagnóstico de enfermagem. Uma componente importante deste estágio de desenvolvimento é a capacidade de reconhecer e desafiar o racismo ou outras formas de discriminação e práticas opressivas. Inclui: capacidades de avaliação, capacidades de diagnóstico, capacidades clínicas.

Papadopolus, Tilki, Taylor (2001; 2004; s/d); Papadopoulos, Tilki, Lees (2015)

## 1.2.2. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO CULTURAL

### Transcultural Nursing: Assessment And Intervention – Giger e Davidhizar

Joyce **Giger** e Ruth **Davidhizar** publicam um modelo de enfermagem transcultural em 1989, “Transcultural nursing: Assessment and Intervention”, com o principal objetivo de facilitar aos estudantes de enfermagem a avaliação e prestação de cuidados culturais. O modelo inclui seis fenómenos culturais:

- **comunicação** – Os dois aspetos críticos da comunicação são a barreira da língua e a receção da mensagem em que a comunicação não verbal tem também um papel importante;
- **orientação no tempo** – refere-se à forma de estar na vida do indivíduo que pode ser orientada para o passado, presente ou futuro;
- **espaço** – refere-se ao espaço que rodeia o indivíduo e que lhe é socialmente confortável ou desconfortável e se sente invadido. Inclui também o toque pelo sexo oposto;
- **organização social** – avalia a organização familiar, os papéis sociais e familiares, as crenças religiosas;
- **controle ambiental** – Avalia as crenças do doente na habilidade pessoal de controlar o que o rodeia e a forma como veem o mundo, mais fatalista ou mais positivo;
- **variações biológicas** – variações genéticas, variações intra grupos

Giger e Davidhizar (2001; 2002; 2006; 2007); Davidhizar, Betchel e Giger (1998); Giger, Davidhizar e Fordham (2006).

### The ACCESS Model – Narayanasamy

**Aru Narayanasamy**, em 1998, decorrente dos seus estudos sobre espiritualidade, construiu um modelo de avaliação com o objetivo de permitir ao enfermeiro prestar cuidados culturalmente competentes “The ACCESS Model” que inclui seis passos:

- **avaliação** – foco nos aspetos culturais;
- **comunicação** - verbal e não-verbal;
- **negociação cultural** - compreender o ponto de vista do “outro”;

- **demonstrar respeito e congruência** - estabelecendo relação terapêutica;
- **sensibilidade** - cuidado culturalmente sensível;
- **segurança** - transmitir segurança cultural.

Criou em 1999 o “Modelo ASSET”, com o objetivo de dar diretrizes curriculares a educadores e estudantes que facilitem a avaliação espiritual e o objetivo de promover o bem-estar espiritual do doente. O processo de implementação de cuidado espiritual tem início na autoavaliação e implica capacidades de comunicação, conseguir uma relação de confiança, transmitir esperança e ser o catalisador do crescimento espiritual do doente.

Narayanasamy, A. (2002, 2004a, 2006, 2008).

### **Instrumentos de Avaliação que utilizam Mnemônicas**

A avaliação cultural do doente não é apenas preocupação dos enfermeiros e tem sido estudada por vários profissionais de saúde que propõem vários modelos a aplicar na prática. Stein (2010b) a propósito da formação de nutricionistas, sumariza alguns modelos que utilizam acrónimos que facilitam a sua aplicação e memorização:

- **ETHNIC** - **Exposição** dos sintomas, dos conhecimentos e interferência pessoal e social; **Tratamento** que está a fazer, já fez ou espera fazer; **(Healers) curandeiros** uso de medicinas alternativas; **Negociação** discussão das opções; **Intervenção** preocupações com a opção escolhida; **Colaboração** da equipa de saúde, comunidade e pessoas significativas;

- **LEARN** – **(Listen) escuta**, com empatia e compreensão a percepção do doente sobre o problema; **Explica** a sua percepção do problema; **(Acknowledge) reconhece** e discute as diferenças e semelhanças; **Recomenda** o tratamento; **Negoceia**, para chegar a acordo.

- **BATHE** – **(Background) antecedentes**, esclarece o que está a acontecer; **Afeções**, reporta o que sente; **(Trouble) problema**, significado do problema para o doente; **(Handling) Tratamento** o que já fez ou costuma fazer; **Empatia**, legitimando resposta do doente à situação.

- **GREET** – **Geração** - aculturação; **Razão** - porque emigrou; **Extensão à família** - adaptação da família; **(Ethnic behavior) comportamento Étnico** - linguagem e tradições; **Tempo de emigração**.

Posteriormente Hunt em 2008 propõe o acrónimo CARE:

- **CARE – (Care) Preocupar-se** em saber os valores e crenças culturais do doente; **(Always) Sempre** fazer a avaliação completa do seu doente e prestar cuidado culturalmente congruente; **(Realize) Compreender** que a maioria das pessoas desenvolve de forma única a sua cultura, crenças e valores; **(Evaluate) Avalie** as suas crenças e tente não julgar os outros pelas suas crenças e práticas.

No entanto, como lembra Stein, estas orientações de avaliação não são mais que *guidelines*, úteis para iniciar uma conversa se esta for útil para o doente e profissional, mas a especificidade do doente pode proporcionar desvios a que o profissional tem que estar atento para permitir uma colaboração efetiva e determinar os resultados pretendidos. A avaliação cultural, no entanto, não pode ser reduzida a um instrumento, todo o processo de comunicação entre um profissional e um doente é singular e criador, pelo que um instrumento é apenas uma ajuda e orientação para usar em benefício do objetivo de prestar cuidados culturalmente competentes.

Memorizar *guidelines* e potenciais necessidades culturais é uma tarefa quase impossível e por isso o seu contributo, por mais importante que seja para a prática, não substitui o desejo de ser culturalmente competente e estar disponível para aprender com o “outro”, ser humilde e recolher informação dentro da sua disciplina.

### 1.2.3. A PRÁTICA DE ENFERMAGEM CULTURALMENTE COMPETENTE

A enfermagem tem sido concetualizada por numerosos teóricos, definindo conceitos e propondo práticas, que governos e instituições reguladoras, regem e normalizam. Neste capítulo refletir-se-á no conceito de competência cultural e nas suas variáveis para depois se analisar o que é ser enfermeiro culturalmente competente.

#### Conceito de Competência cultural em enfermagem

A competência cultural em enfermagem é preconizada não apenas pelos enfermeiros que se dedicaram com maior ênfase à cultura na prestação de

cuidados, mas é também uma das competências exigida aos recém-formados e preocupação da formação profissional contínua.

O conceito de competência cultural tem, nas últimas décadas, evoluído e sido adaptado e utilizado em diferentes profissões de saúde decorrente das mudanças sociais associadas à diversidade cultural, às políticas de saúde, ao aumento da pobreza, à iniquidade de acesso à saúde, que demonstram a emergência de desenvolver competências culturais na prática de enfermagem.

Para Boterf (2006), ser **competente** profissionalmente é saber adaptar os recursos ao contexto por forma a atingir os objetivos pretendidos. Como recursos inclui: os pessoais ou conjunto de saberes, e os externos, ou disponíveis, que mobiliza e combina com um agir em conformidade, dentro das suas qualificações, ou seja, põe em prática o seu saber e a sua experiência atingindo os objetivos e resultados propostos. Para Boterf, o profissional competente é ainda capaz de se distanciar e refletir na sua prática analisando-a, para que a possa melhorar.

A reflexão da prática e a ação pensada e construída com doente e família, edificam uma prática em enfermagem congruente e fundamentada nos valores.

Cuidar em enfermagem implica o respeito pela singularidade da pessoa e envolve, segundo Gerrish (2000), valores e princípios como: o respeito individual; o cuidado holístico; o foco nas necessidades de enfermagem; a promoção da independência; a parceria e o cuidado negociado; a equidade e a justiça. Estes são atributos transversais ao cuidado de enfermagem que se fundamenta na **filosofia holística e humanista**.

Leininger, nos pressupostos da sua **teoria transcultural** defende que são “os cuidados culturais a forma holística mais ampla de cuidar” considerando que o cuidado cultural ao respeitar a diferença cultural dá de uma forma global resposta a estes valores e princípios.

A essência da **enfermagem** para Leininger (2008) é o “cuidado”, que na sua perspetiva deve respeitar sempre a cultura do “outro”, pelo que define **cuidado cultural** como “os valores, crenças e modos de vida padronizados aprendidos, objetiva e subjetivamente, e que são transmitidos para auxiliar e sustentar, facilitar ou capacitar outro indivíduo ou grupo a manter o seu bem-estar” p. 6.

A **competência cultural** em Enfermagem tem sido definida por vários autores. Uns colocam o enfoque no processo, outros no resultado, outros ainda nas capacidades. Alexander (2008) diz que quando se coloca cultura e competência juntas, o resultado é tanto um processo (conjunto de eventos) como um resultado (uma síntese de diferentes perspectivas) e que implementando um conjunto de capacidades com mestria permite que todos os envolvidos, doente, enfermeiro, instituição, ganhem. Também Dudas (2012) na sua análise da evolução do conceito infere que, ser culturalmente competente, tem consequências benéficas para o doente e para as organizações.

Kardong-Edgren e Campinha-Bacote, (2008) definem **competência cultural** como “o processo em que o cuidador de saúde adquire ou tenta continuamente atingir a capacidade de trabalhar efetivamente no contexto cultural do cliente, indivíduo, família ou comunidade” p.38. Esta definição transmite uma ideia dinâmica, em que o processo se apoia na vontade própria de quem presta o cuidado.

Purnell (2002) refere que ser culturalmente competente é um processo consciente e nem sempre linear e propõe várias características que o enfermeiro deve ter para ser culturalmente competente, que envolvem características pessoais, habilidades e conhecimentos. Também, definindo o conceito na perspectiva das características do cuidador, “The Office of Minority Health” U.S. Department of Health and Human Services (2007) define competência cultural como “o conjunto de comportamentos, atitudes, e capacidades que habilitam os profissionais de enfermagem em situações de diferenças culturais”.

Para se ser culturalmente competente, a maioria dos autores defende que o enfermeiro deve começar por um processo de **consciencialização das suas diferenças e semelhanças** em relação à cultura do “outro”, ir adquirindo **sensibilidade cultural** para compreender essas diferenças, apoiar-se nos **conhecimentos** para compreender as implicações das dissemelhanças, mostrar e desenvolver **capacidades** para resolver os conflitos, sabendo adequar o cuidado à cultura do cliente e mantendo-se atento e disponível para

as diferenças culturais. Campinha-Bacote defende que é através dos vários **encontros culturais** que se vai adquirindo a competência cultural.

Suh (2004) analisa a evolução do conceito e considera que há três atributos fundamentais para se ser culturalmente competente: habilidade, abertura e flexibilidade e propõe um modelo de competência cultural em que estes atributos são centrais e que articulados com os quatro domínios (cognitivo, afetivo, comportamental e ambiental) produzem consequências que engloba em três domínios: variáveis relacionadas com o recetor de cuidados, variáveis relacionadas com o prestador de cuidados e variáveis relacionadas com os resultados na saúde. Esta perspetiva é interessante porque apela não só as diferenças culturais do cliente e do prestador de cuidados, mas também à eficácia dos resultados na situação de saúde e de como o cuidado negligente em relação à cultura os pode influenciar.

### Variáveis Culturais

Não esquecendo que a cultura não é estática e é composta por múltiplas variáveis, Leininger esclarece que o “cuidado cultural” é proposto à pessoa no seu contexto e na sua singularidade. Vários são os atributos pessoais que têm a possibilidade de culturalmente influenciar o cuidado, desde os mais visíveis aos mais subtis, uns herdados outros adquiridos, mas que atribuem significado e valor passível de estigmatização e de conferir preconceitos pessoais e profissionais. Dessas variáveis saliento as mais comuns:

- **raça** é um conceito em desuso no âmbito da cultura, já que somos todos da mesma raça, embora os comportamentos de estigmatização associados à diferença, continuem a ser denominados por “racismo”. Hoje em dia faz mais sentido falar de **etnia**, porque, por definição, esta representa a pertença a um grupo com a mesma cultura e apesar de considerarmos que étnicos são sempre os “outros”, na verdade, todos pertencemos a um grupo étnico que tem um conjunto de norma e padrões, que necessariamente influenciam uma **visão etnocêntrica** do mundo;
- **religião** tem sido motivo de discriminação, estigmatização e perseguição ao longo da história. Na saúde, o apoio espiritual é preconizado e o

doente tem direito à sua liberdade religiosa. O enfermeiro é culturalmente competente quando reconhece esse direito e não julga práticas ou comportamentos por serem diferentes;

- **pobreza** é um dos principais fatores de desigualdade social em saúde, como lembra Nogueira e Remoaldo (2012), pelas dificuldades que cria no acesso ao desenvolvimento de uma vida quotidiana saudável, mas também na discriminação de tratamento e acesso à saúde que tem sido encontrada nalguns estudos Erdil (2009); Solum, Maluwa e Severinssin (2012). Este infelizmente é um fenómeno presente na atualidade criando vários problemas no **acesso à saúde, na adesão terapêutica, na manutenção de saúde e na prevenção de doença;**
- a diversidade de **gerações e de idades**, para além de ter diferenças culturais, tem de certeza distinções evidentes nas necessidades de cuidados;
- a diferença de **género e de orientação sexual;**
- as **dissemelhanças individuais e de grupo** influenciadas por **diferenças políticas, económicas, sociais, familiares e até de personalidade;**
- os estigmas criados pela **deficiência: visual, auditiva física ou mental**, que geram como descreve Yang et al. (2007) uma reação emocional (preconceito) associado a um comportamento (discriminação) impondo, com a continuidade, o auto-preconceito e a auto-discriminação.
- as disparidades criadas por pertenças a **grupos considerados marginais** como sejam a **toxicodêpendência, presos ou criminosos;**
- as **discrepantes manifestações de emoções, das perceções de saúde e doença, do sofrimento**, que, se não são bem interpretadas na sua tradução cultural, criam, quando interpretados à luz da visão etnocêntrica de quem cuida, **rótulos e estereótipos**, que inviabilizam um cuidado culturalmente competente;
- e, por fim, a **comunicação**, sem dúvida, uma das grandes barreiras ao entendimento.

Gerrish (2001), num estudo realizado em Inglaterra com doentes asiáticos, confirmou que a qualidade dos cuidados e a equidade de saúde pode ficar gravemente afetada se não houver uma boa comunicação e também

Pestana, já em (1996) tinha verificado, no seu estudo sobre a formação dos enfermeiros num contexto multicultural, que **a barreira linguística é a mais evidente**, sendo o recurso ao interprete o recurso mais frequentemente utilizado. Nos EUA Waite, Nardi e Killian (2014), verificam que em mais de 75% dos casos a principal estratégia para o entendimento com utilizadores do sistema de saúde que falam outras línguas é a utilização de profissionais da instituição e apenas em 40 % dos casos recorrem a interpretes.

Para além da tradução da língua outro aspeto importante a ter em conta é a **comunicação não verbal** e a **tradução cultural dos significados** por vezes mais importante que a própria linguagem verbal.

Stein (2006) menciona três aspetos da comunicação que o profissional de saúde deve dominar e ter em atenção, são eles: a **velocidade** de comunicação, a **escolha** das palavras e o **tempo** que é dado ao doente para falar. A falta de tempo pressiona muitas vezes o profissional a falar mais depressa transmitindo uma pressa que pode bloquear o diálogo, não dando tempo para, por um lado ouvir, mas por outro, também não permitindo que dúvidas se instalem. A pressa quando demonstrada, inibe o espaço e liberdade do doente para ocupar o tempo com questões, pensamentos e necessidades. Utilizando a metáfora de Schawnitz (2012), algumas palavras não podem só ser provadas, têm que ser mastigadas e digeridas e isso implica tempo e disponibilidade de ambas as partes.

A escolha das palavras deve ser feita com todo o cuidado para poderem ser compreendidas já que a maior parte das falhas de comunicação descritas na literatura, que induzem a erros nos diferentes níveis terapêuticos, estão relacionadas com problemas de comunicação. Outro aspeto importante é não só a escolha adequada de palavras, mas também de atitudes para que não sejam ofensivas na perspetiva da cultura de quem as ouve, e isso envolve conhecimento da cultura do “outro”.

Para resolver os problemas de interpretação cultural surge o conceito de **mediador cultural** que definido em antropologia, tem sido adaptado à saúde com interpretações diferentes que incluem: a capacidade de negociar, advogar, mediar ou fazer a ponte entre o doente e os cuidados de saúde que lhe são prescritos.

Arias-Murcia (2013) faz uma revisão sistemática sobre o conceito em enfermagem e conclui que o recurso a mediadores e intérpretes culturais são recomendados, mas cabe, antes de mais, ao enfermeiro ser o facilitador e negociador, preparando-se e sendo preparado para o fazer.

Para que o enfermeiro consiga ter o papel de mediador é necessário ter **conhecimento cultural**, constructo sustentado por vários autores e que Campinha-Bacote distingue no **desejo** do enfermeiro ser culturalmente competente e, para isso, procurar e obter a informação necessária, conquistando assim a satisfação de **fazer bem** e prevenir o erro.

### **Ser Culturalmente Competente em Enfermagem**

O conhecimento da cultura do “outro,” como já sustentei, é essencial para uma correta adequação dos cuidados. No entanto, alguns autores Gray e Thomas (2006); Santinho (2013); Kleinman (2013), sugerem que este conhecimento comporta o risco de generalizar traços culturais e criar estereótipos que podem não corresponder à pessoa de quem cuidamos. A colocação de um rótulo pode ofender e quebrar o laço terapêutico, daí que seja fundamental saber avaliar as necessidades de cuidados culturais daquela pessoa individualmente. Esta tem sido uma das áreas mais trabalhadas numa perspetiva do cuidado transcultural através de teorias e de modelos, que incluem a abordagem e a avaliação cultural do doente e não do grupo de pertença.

Sintetizando, ser culturalmente competente em enfermagem é portanto a preocupação constante em compreender, respeitar, negociar, advogar pelos valores, costumes, crenças, tradições, das diferentes pessoas de diversos grupos. Ou seja, como diz Stein (2009), “é a maneira dos profissionais de saúde e doentes se relacionarem e conversarem sobre os problemas da saúde sem que os problemas culturais dificultem a conversação, mas antes a engrandeçam.” pg 388, propondo que os enfermeiros devem fazer “coisas diferentes” para “doentes diferentes” e não uniformizar cuidados, sem respeito pela individualidade.

Porém, esta “aparente simplicidade” do conceito tem uma grande complexidade na sua aplicação prática, pelo que alguns autores têm defendido que ser culturalmente competente é ter uma prática centrada no doente, o que

incluiria implicitamente o respeito pela cultura do “outro”. Narayanasamy e White (2005) numa revisão da literatura mais relevante no contexto britânico, considera que esta proposta de reduzir a competência cultural ao cuidado centrado na pessoa, não dá resposta ao propósito de minimizar as desigualdades entre minorias e garantir a equidade dos cuidados de saúde.

Gerrish (2000) vai mais longe refletindo no próprio conceito de individualização, que culturalmente tem significados, práticas e desejos diferentes, bem como o conceito de promoção da independência, também com interpretações culturais muito diversas.

Campinha-Bacote (2011 b) refere que apesar das diferenças que possam existir, a finalidade dos modelos é semelhante no propósito de cuidar da pessoa na sua singularidade e unicidade, podendo portanto considerar-se que a competência cultural não é mais que uma **expansão do cuidado centrado no doente** e que a grande dificuldade em ser culturalmente competente se manifesta quando os valores do doente entram em conflito com os do enfermeiro e lhe é pedido que seja capaz de negociar sem prejudicar as crenças do doente, nem contrariar o princípio da beneficência.

Numa tentativa de pôr em prática o conceito de competência cultural na saúde, o Departamento de Saúde do Governo dos EUA, em parceria com a Agencia de Investigação e Qualidade de Saúde, estabeleceram catorze normas ou *guidelines* para prestar cuidados culturalmente competentes com o título “The National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care” (CLAS) U.S. Department of Health and Human Services (2001); Narayan (2002); Welsh (2002).

Este relatório apoia-se na definição de Terry Cross de competência cultural como “um conjunto de comportamentos, atitudes, e políticas que em conjunto com um sistema, agência ou entre profissionais os capacita para trabalhar efetivamente com diferentes culturas” p. 10. Nesta definição, os aspetos políticos são introduzidos com toda a influência que têm nas decisões económicas, sociais e culturais que interferem com a saúde. É também relevada a importância da cultura organizacional da instituição onde se dá o encontro cultural, ou seja, inclui os recursos externos que Boterf (2006) considera na sua definição de competência profissional. Para o CLAS, ser

culturalmente competente implica que instituições e indivíduos tenham capacidade para dar resposta a cinco requisitos: valorizar as semelhanças e dissemelhanças entre as pessoas; compreender e responder efetivamente às diferenças culturais; empenhar-se na autoavaliação cultural, quer dos indivíduos, quer da organização; fazer as adaptações necessárias para a prestação de serviços e disponibilização de apoios e por último, institucionalizar o conhecimento cultural.

Para que as organizações prestem cuidados culturalmente competentes é essencial que seja feita a avaliação para poder introduzir medidas corretivas atempadamente e, tanto profissionais como instituição, possam consciencializar, refletir e melhorar as suas práticas. Vários instrumentos de avaliação têm sido construídos não apenas para avaliar a prestação de cuidados, mas também instrumentos que orientam a avaliação cultural que deve ser feita aos clientes para adequar o cuidado à pessoa.

Esses instrumentos incidem nas dimensões que interferem com a competência cultural e alguns são autoavaliações que os próprios profissionais podem utilizar para sua autoformação, *guidelines* ou listas de procedimentos que orientam uma prática culturalmente competente. Enumero de seguida alguns sites com *guidelines* e instrumentos de avaliação: U.S. Department of Health and Human Services (2002); College of Nurses of Ontário (2009); Goode, Trivedi e Jones (2010); American Association of Colleges of Nursing (2011); Campinha-Bacote no seu site com acesso em 2015; Marjory Bancroft em 2015 tem uma lista de sites com acesso a várias auto e hetero avaliações da competência cultural.

Pagiluca e Maia (2012), analisam a teoria dos conceitos para construir um instrumento de auto-avaliação da competência para o cuidado transcultural no doente deficiente, contemplando a deficiência, auditiva, visual, física e mental.

Os desejos, tanto individual como das instituições, de consciencializarem e avaliarem as suas práticas relativamente ao respeito pelas diferenças culturais, são, para Marcia Wells (2000), as principais dificuldades para o desenvolvimento da competência cultural, afirmando que são a razão para a estagnação entre os domínios cognitivo e emocional que descreve no seu

modelo. Como fatores facilitadores da progressão e evolução refere o desejo de abraçar a diversidade e de não lhe resistir, de entender o impacto da cultura na saúde e de ser capaz de refletir na prática e sobre a prática para poder atingir o nível de proficiência.

Também Betancourt et al (2003), numa revisão da literatura, identificou três tipos de barreiras socioculturais que interferem com o cuidado: barreiras, organizacionais, estruturais e clínicas e propõe que para as reduzir haja uma maior preocupação com a representação das minorias étnicas no grupo profissional e na liderança da instituição, inovações no sistema de saúde e no desenho das estruturas e iniciativas educacionais com o objetivo de preparar os profissionais a prestar cuidados de qualidade a uma população diversa.

Num esforço para encontrar um conjunto de diretrizes universais orientadoras para um cuidado culturalmente competente, Douglas, et al. (2009) propõem doze normas que incluem características do profissional para uma prática adequada à diferença como seja:

- a preocupação e promoção da justiça social;
- a reflexão crítica;
- os conhecimentos transculturais;
- a aplicação dos conhecimentos e habilidades aprendidas incluindo a comunicação;
- a capacidade de advogar e de *empowerment* do doente;
- uma prática baseada na evidência que implica uma atualização e educação permanente e também diligências organizacionais estruturais e de liderança e políticas.

Uma revisão sistemática realizada por Anderson, et al. (2003), sobre serviços de saúde nos EUA que promovem cuidados cultural e linguisticamente competentes, conclui que não é possível determinar a eficácia das medidas implementadas nem a satisfação dos clientes, por não haver estudos comparativos que permitam tirar conclusões. Sem a evidência de que a barreira cultural é geradora de desigualdades no consumo e acesso de saúde, e que há erros associados à incompreensão cultural e linguística entre prestadores de cuidados e doentes e família, não se conseguem argumentos que justifiquem a implementação de medidas, já que estas envolvem investimento.

Esta associação do conceito de competência cultural às injustiças e más práticas de saúde relativas principalmente a minorias étnicas, está muito relacionada com os problemas de comunicação, verbal e não verbal, de compreensão da informação e de iliteracia da saúde. Ingram (2012) estuda a relação entre literacia em saúde e competência cultural e conclui que são dois fatores que em conjunto reduzem a efetividade dos serviços de saúde, pelos erros de interpretação que tanto doentes como profissionais de saúde podem fazer, propondo uma educação de saúde associada à preparação e preocupação dos profissionais para a avaliação cultural do doente.

Muitos estudos têm sido feitos sobre os cuidados culturalmente competentes em diferentes culturas de grupos e etnias particulares, mas segundo Williamson e Harrison (2010), ignoram uma análise mais crítica do conceito de cultura, acautelando que o cuidado culturalmente competente não pode ser apenas dirigido àqueles que pertencem a minorias étnicas, mas a abertura à diferença requer uma atenção constante do enfermeiro, para que o estereótipo e o preconceito criado em relação a um grupo não seja generalizado ao indivíduo.

É o que demonstra um estudo feito nos E.U.A referenciado por Stein (2010 a), mostrando que o maior número de queixas associadas a problemas de comunicação com os profissionais de saúde é feito pela população branca. Esta situação pode ter a ver com inúmeros fatores, mas faz-nos refletir na impreparação dos prestadores de cuidado em compreenderem o “outro” na sua diferença e de, ao generalizar cuidados pela cor da pele ou pertença a determinado grupo, o enfermeiro seja, mesmo que involuntariamente, culturalmente incompetente.

É essencial entender que tanto “cuidadores”, como doentes e família, têm filtros culturais que dificultam a perceção e interpretação da realidade, bem como, das práticas e comportamentos de saúde/doença, pelo que a avaliação cultural pode ser uma ajuda para enfermeiros e instituições se auto e hetero avaliarem.

A avaliação da competência cultural, para além de permitir compreender a eficácia com que está a ser desenvolvida, permite também determinar quais as medidas mais eficazes a implementar. Têm sido criadas várias escalas que avaliam a competência cultural de enfermeiros e estudantes de enfermagem.

Em 2013 Loftin, et al. fazem uma revisão integrativa onde analisam onze instrumentos publicados e concluem que a totalidade apenas avalia a percepção cultural do respondente e nenhum obtém informação da perspectiva do doente. Para além disso, os instrumentos apoiam-se em diferentes quadros conceituais o que pode levar a problemas na sua aplicação e comparação.

Dados estes desafios, é importante tentar perceber como a competência cultural está a ser ensinada, já que os estudos revelam que a educação influencia a prestação de cuidados culturalmente competentes Brathwaite e Majumdar, (2006); Kardong-Edgren (2007), Gallagher (2011); Hawala-Druy e Hill, (2012).

Embora a dúvida se coloque principalmente na manutenção da eficácia da formação ao longo da vida profissional, a aposta na importância da educação formal da competência cultural é, hoje em dia, inquestionável e um imperativo de qualidade.

### 1.3. EDUCAÇÃO

---

Os EUA foram pioneiros na preocupação em formar enfermeiros culturalmente competentes, também o Canadá, a Austrália, a Nova Zelândia, e alguns países sul americanos, investiram esforços, medidas e investigação própria, preocupados com as populações minoritárias que viviam inicialmente nos seus países, antes da colonização europeia. Talvez por isso, a maioria das publicações sobre a educação da competência cultural dos enfermeiros seja oriunda destes países. A Europa, sendo um continente principalmente colonizador, só quando a imigração que vem procurar melhores condições de vida transforma as suas sociedades, começa a entender a diversidade como uma prioridade na formação dos enfermeiros.

A UNESCO, como organização com o objetivo de através da educação promover a paz entre os povos, publica em 2006 as *guidelines* para a educação intercultural, onde recomenda que a educação de adultos desenvolva a compreensão e o respeito pela diversidade, os costumes e culturas. Define ainda três princípios da educação intercultural, relevando o respeito e a diferença do estudante, o acesso à educação intercultural e a preparação do estudante com o conhecimento, atitudes e capacidades para ser culturalmente competente.

Na Europa, em 1998, como referido anteriormente, foi criado o modelo de competência Cultural de Papadopoulos, Tilki e Taylor, que serviu de base para a realização do projeto “Tools for Intercultural Education of Nurses in Europe” liderado pelo Reino Unido e envolvendo cinco países Europeus, que com o apoio da Comissão Europeia trabalharam de 2008 a 2010 numa investigação conjunta, da qual resultou um manual de boas práticas de acesso aberto no site do projeto, <http://estudantes.ieneproject.eu/>. Papadopoulos, Tilki e Taylor (2001 e s/d); Taylor (2009 e 2011); Taylor et al. (2011).

Narayanasamy e White, em 2005, fazem uma revisão da literatura transcultural de interesse para o Reino Unido e apesar de constatarem que têm surgido algumas inovações e clarificações de conceitos, confirmam que muito há ainda para investigar e introduzir na prática, no sentido de reduzir o racismo, as práticas opressivas, as desigualdades na saúde e considera que a educação tem um papel proeminente na promoção do cuidado transcultural.

Atualmente a educação em enfermagem tem a responsabilidade de formar enfermeiros competentes não apenas para o seu país, mas para o mundo global, como afirmam Frenk et al. na Lancet Commission (2010), o que justifica a aposta no desenvolvimento da competência cultural nos estudantes de enfermagem.

A **competência cultural** é, hoje em dia, considerada um imperativo na prática dos enfermeiros pela maioria dos países, não apenas, porque melhoram os cuidados e a qualidade de saúde dos doentes, como indicam Fortier e Bishop (2004) no seu relatório, mas também porque diminuem as disparidades como concluem Brach e Fraserirector (2000).

Betancourt et al. (2005), diretor do centro de soluções para as desigualdades, tem-se empenhado na educação médica para a competência cultural nos EUA, acrescenta que, para além de um imperativo de qualidade, a aposta na competência cultural diminui custos ao melhorar a eficácia e eficiência do tratamento, a comunicação e ao diminuir as desigualdades na saúde. Considera ainda que, para a formação da competência cultural e sua aplicação prática, é essencial a criação de *guidelines* e uma formação baseada na evidência.

Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros (2011) define as competências que os enfermeiros devem deter, nas quais inclui capacidades de ordem cultural. Para isso, é essencial que os futuros enfermeiros sejam formados com essas competências.

A educação da competência cultural tem sido considerada pelos autores como fundamental para que a prática surja. Esta opinião tem sido evidenciada pela maioria dos estudos que confirmam uma melhoria na prática para cuidar na, e com a diversidade. Quando há formação, a competência cultural melhora significativamente, independentemente da estratégia de ensino utilizada, até porque, muitas vezes é a formação não planeada aquela que, como refere Stein (2010 a), os estudantes salientam como mais significativa.

Embora a formação não planeada possa ser importante, Riley et al., em 2012, defendem que a educação da competência cultural tem que ser sistematizada, formal e informalmente, suportando a sua opinião num estudo onde verificaram que apenas 50,9% dos 53 recém-formados analisados foram consideradas culturalmente competentes, o que confirma a avaliação que tem

sido feita do desempenho de enfermeiros bacharéis nos EUA, já descrito noutros estudos Sargent, Seldak e Martsolf (2005) Sealey, Burnett e Johnson (2006); Kardong-Edgren e Campinha-Bacote, 2008; Kardong-Edgren et al. (2010); Starr, Shattell, e Gonzales (2011).

A formação tem que conferir os conhecimentos teóricos e as práticas clínicas necessárias ao desenvolvimento da competência cultural nos estudantes, mas para conseguir ser consequente na formação que ministra, tem que haver um esforço por parte da faculdade, por um lado, para compreender os problemas reais dos estudantes e preparar-se para a variedade de estudantes que forma, por outro, ter professores com a capacidade e a formação necessárias, capazes de preparar os seus estudantes para a compreensão da diversidade cultural e das suas implicações na saúde.

De facto, o que Bednarz, Schim e Doorenbos (2010) identificaram, foi que tanto a faculdade como os professores seguem padrões indiferenciados na formação dos seus estudantes, relativamente à heterogeneidade cultural. Constatam que as intenções dos professores são boas, mas ao não quererem discriminar estudantes e optarem por tratar todos de igual forma, estão a negar a diversidade, não sendo capazes de apoiar cada um nas suas particularidades e, conseqüentemente, não conseguindo desenvolver no aluno a capacidade de compreender a dissemelhança.

Para desenvolver a competência cultural nos seus estudantes, os professores devem, eles próprios, ser culturalmente competentes e modelos de referência. Ensinam a respeitar a diferença, se também forem capazes de respeitar a diferença nos seus estudantes.

O que os estudos demonstram é que são muitas vezes os professores que, ao não terem a preparação nem os conhecimentos necessários, não se sentem confortáveis na formação que estão a dar, pelo que recomendam que as faculdades invistam na formação dos professores e na utilização de estratégias que os capacitem para o desenvolvimento de competências culturais nos seus estudantes Sealey et al. (2006); Starr et al. (2011); Morton – Miller (2013); Montenero, et al. (2013); Seeberg et al (2012); Stein (2010 b).

O projeto IENE 2 (Taylor 2011) teve como participantes cinco países europeus: Reino Unido, Bélgica, Roménia, França e Alemanha e identificou as

necessidades dos professores para conseguirem desenvolver nos estudantes competência cultural e criou um “pacote” com metodologia e conteúdos que consideram essenciais para formar professores e enfermeiros na promoção do diálogo intercultural e da competência cultural, Taylor et al. (2013).

Para além da formação de professores, Waite e Calamaro (2010), na sua análise aos desafios do desenvolvimento da competência cultural, realça também os currículos que considera muito influenciados pela visão eurocêntrica da cultura ao integrar a cultura na disciplina de antropologia e não na enfermagem, defendendo a importância de inclui-la na resolução dos problemas que a diversidade cria à disciplina. Numa revisão da literatura sobre o cuidado intercultural na educação de enfermagem na Suécia, Jirwe et al. (2009) verificou que o currículo de enfermagem não dá ênfase suficiente ao desenvolvimento da competência cultural, o que também é confirmado em estudos feitos em Inglaterra por Gerrish e Papadopoulos (1999).

Nos EUA, apesar de ser obrigatória a inclusão no currículo de disciplinas que desenvolvem a competência cultural, Allen (2010) conclui que a formação não tem reduzido o racismo na prática de enfermagem, pelo que propõe, para além de formação para o desenvolvimento de competência cultural, a introdução de formação específica antirracista.

Campinha-Bacote (2008) refere que os currículos se têm preocupado muito com o desenvolvimento dos três aspetos que são consensuais entre os autores: atitudes, capacidades e conhecimentos e menos com os aspetos afetivos. E defende que o conceito de “desejo” que desenvolve na sua teoria, deve ser estimulado nos estudantes e introduzido nos currículos, discordando dos autores que o consideram um conceito não ensinável.

Num estudo realizado em Portugal, Dias (2006) verificou também, que são as competências relacionais as mais descuradas na formação dos estudantes da licenciatura em enfermagem, o que lhe permitiu repensar algumas alterações curriculares que permitam uma educação baseada em competências, em que estudantes consigam adquirir não apenas conhecimentos e domínio das técnicas, mas um saber-agir competente em contexto.

Também a OCDE, no documento DeSeCo, defende que num contexto de globalização e modernização cada vez mais diverso e interdependente para se ser competente, não é suficiente a maestria no saber-fazer. (OCDE, 2005).

Como refere Boterf (2006), profissionais competentes são aqueles que são capazes de mobilizar os seus recursos pessoais (conhecimentos, saber-fazer, saber-ser e saber-estar) e com os recursos disponíveis no contexto (bases de dados, peritos, equipa multidisciplinar) consigam agir com vista a alcançar os objetivos pretendidos e avaliar a pertinência da sua prática através da sua descrição e reflexão.

A definição de competência de Boterf tem várias implicações para a formação de jovens profissionais, implicando que os estudantes adquiram conhecimentos teóricos e práticos e para além disso, sejam estimulados a atualizar-se e a terem uma prática crítica e inovadora, sejam capazes de refletir criticamente na sua prática para conseguir mudar, adaptar e melhorar atitudes e comportamentos pessoais e profissionais.

Lenburg et al. (2011) considera que há oito núcleos de categorias na prática competente sendo eles a capacidade de: avaliar e intervir; comunicar; pensar criticamente; cuidar humano/relacionar-se; gerir; liderar; ensinar; integrar o conhecimento.

Sacristan (2011) acrescenta a esta “sabedoria prática”, numa perspetiva mais construtivista, a intuição, as intenções, as emoções que permitem a transferibilidade criativa de conhecimentos.

Para que a formação seja capaz e eficaz no desenvolvimento de competências tem, sem dúvida, que romper com os modelos tradicionais não apenas de ensino, mas também de aprendizagem, Lucchese e Barros (2006).

A educação baseada em competências pretende desenvolver capacidades adequadas ao mundo real e ao desempenho da prática, para que os recém-formados sejam capazes de iniciar a sua vida profissional e com a formação contínua e a experiência e reflexão da prática, evoluam para peritos em enfermagem.

Os enfermeiros demonstram competência cultural quando, na sua prática, evidenciam habilidade técnica orientada pelo compromisso ético e a responsabilidade social de dar resposta às necessidades e desejos dos utentes respeitando e dignificando a “pessoa” nas suas crenças e valores.

O desenvolvimento da competência cultural começa pela reflexão e tomada de consciência das crenças e valores pessoais e o desejo de ser culturalmente competente, mas alguns autores defendem que é preciso também ter ou adquirir conhecimentos da cultura de quem se cuida. O estudo das culturas enquanto grupo tem contudo alguns perigos, como realça Benkert et al. (2005), principalmente se a aprendizagem for baseada em receitas generalizáveis para quem pertença àquela cultura e contribuir para comportamentos estereotipados, em que o aluno aprende a olhar para a pessoa não como um indivíduo particular, mas como elemento de um grupo específico, influenciando cuidados culturalmente incompetentes, apesar da intenção ser exatamente a oposta.

Também nas entrevistas que Betancourt et al. (2005) fez a peritos na educação médica foi referido que o que deve ser despertado nos estudantes é a atenção e preparação para as diferenças, não catalogando, antes pelo contrário, incentivando a pensar que os doentes podem ser diferentes nas crenças, nos significados, nas perceções, nas expectativas de saúde. É este o cuidado que tem que ser encorajado no estudante.

Alguns autores têm tecido algumas críticas à formação cultural que tem sido desenvolvida nos EUA Contestam o processo de estudar as outras culturas, principalmente quando o foco é colocado no exótico, no raro, no popular e no tradicional. Esta abordagem suporta dois riscos, por um lado leva ao estereótipo e à homogeneização e induz a utilização de “receitas” de conduta que não valorizam a singularidade da “pessoa”, por outro, apenas realça grandes diferenças e negligencia diferenças mais subtis, da pessoa concreta, que está ao nosso lado. Duffy (2001) salienta ainda que a formação coloca a diferença no “outro”, realçando a superioridade da cultura dominante e não questionando o sistema de saúde.

São de facto vários os autores que têm realçado o perigo da aprendizagem de comportamentos, atitudes, crenças e valores feitos acriticamente pelos estudantes esquecendo a singularidade dentro do grupo cultural de pertença e originando uma prática preconceituosa. A diversidade dentro das culturas existe, já que a cultura é dinâmica e múltipla, o que complexifica a abordagem da pessoa exigindo flexibilidade e disponibilidade do enfermeiro.

Esta diversidade é uma das características do conceito de cultura que torna difícil a criação de padrões e *guidelines* que alguns autores defendem como importantes para a educação, outros, como Veiga-Neto (2003), recordam que ao tentar criar princípios, valores ou códigos universais a todas as culturas, se nega a possibilidade da diferença e de haver algo que possa não pertencer ao denominador comum. Em oposição, defende que a diversidade de culturas pode ser muito produtiva e desafiadora se houver a humildade intelectual que permita interiorizar que nunca se terá uma compreensão total da outra cultura.

A hermenêutica de um contexto e de uma cultura particulares é sempre relativa a uma época e portanto datada, correspondendo assim a uma verdade incompleta e parcial, pelo que a questão de como educar a competência cultural fica ainda mais complexa, o que nos leva a questionar: O que ensinar? Como? Quando? Com que recursos? Que modelos? Que currículos?

Lenburg et al. (2009) propõem um modelo de desenvolvimento de competências: *Competency, Outcomes and Performance Assessment (COPA) Model*, e recomendam que a construção de um currículo deve dar resposta a quatro princípios:

- “Quais as competências e resultados essenciais para a prática contemporânea?
- Quais os indicadores que definem essas competências
- Quais os métodos mais eficazes para aprender essas competências?
- Qual a melhor forma de documentar que estudantes ou profissionais adquiriram essa competência?” p. 312.

### 1.3.1. CURRÍCULO

Desde que Leiniger elaborou a 1ª teoria de enfermagem preocupada em dar resposta à diversidade cultural, muito tem sido escrito, estudado, publicado sobre o que um currículo, que promova a competência cultural, deve conter e que métodos pedagógicos devem ser utilizados para a desenvolver nos estudantes. Campinha-Bacote, em 2006, faz um balanço do que tem sido feito nos EUA desde que saiu a primeira “guideline” para a diversidade cultural num currículo de enfermagem nos EUA em 1986 e conclui que muito foi feito,

mas muito há ainda por fazer, num processo contínuo de transformação da faculdade e dos currículos.

De facto, várias têm sido as propostas realizadas, quer pelos teóricos que elaboraram modelos de enfermagem culturalmente competentes, quer por instituições governamentais e não governamentais que apoiaram e incentivaram diferentes grupos de trabalho a elaborarem currículos que desenvolvam a competência cultural.

Nos EUA disponibilizados e apoiados pelo departamento de saúde e serviços humanos no site do “The Office of Minority Health” (<http://minorityhealth.hhs.gov/>), surgem duas propostas de currículo para a educação médica e de enfermagem, uma desenvolvida pelo “American Institute of Research” (2002) com o título *Teaching Cultural Competence in Health Care: A Review of Current Concepts, Policies and Practices*, outra, financiada pelo “Health Resources and Services Administration” com o título *Transforming the Face of Health Professions through Cultural & Linguistic Competence Education: the Role of the HRSA Centers of Excellence*, Campinha-Bacote (2005 b) ainda apoiada pela mesma organização, Tuck, Moon e Allocca 2010 apresentam a avaliação da aplicação de um currículo por módulos, aplicado durante seis anos.

Na Europa surgiram também dois projetos apoiados pela Comissão Europeia com propostas de currículos e estratégias de ensino para o desenvolvimento da competência cultural. Um, já referido, constituído por cinco países europeus que elaboraram um manual de boas práticas para o ensino da competência cultural em enfermagem. Outro, liderado pela Finlândia, constituído também por um consórcio de cinco países europeus (Finlândia, Reino Unido, Dinamarca, Suécia e Bélgica) e com a colaboração de nove enfermeiros de nove Instituições diferentes Sairanen et. al. (2013).

A Associação Americana de Colégios de Enfermagem AACN (2008) e (2011), com o objetivo de melhorar a competência cultural em enfermagem, apoiou a elaboração de um conjunto de instrumentos que incluem, não apenas a preocupação com a educação mas também com a prática e com a investigação que se pode consultar para a formação básica no site:

<http://estudantes.aacn.nche.edu/education-resources/toolkit.pdf>. e para a formação pós-graduada no site:

[http://estudantes.aacn.nche.edu/education-resources/cultural\\_competency\\_toolkit\\_grad.pdf](http://estudantes.aacn.nche.edu/education-resources/cultural_competency_toolkit_grad.pdf).

Definiu ainda as competências culturais que um aluno do bacharelato deve adquirir.

Na formação pós-graduada, Clark et al. (2011) analisam o processo de elaboração destes instrumentos e das competências definidas pela AACN para os cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem e considera a humildade cultural o princípio da competência cultural da próxima geração, relevando a reflexão crítica como a pedra basilar para a construção da competência cultural.

A multiplicidade de quadros de referência existente na literatura é um dos fatores que, segundo Crenshaw et al. (2011), dificulta a implementação de um currículo culturalmente competente pelo que, através da técnica de grupos nominais, identificam e priorizam os conteúdos essenciais a introduzir num currículo. Das reuniões com trinta estudantes de medicina, identificam vinte e nove conceitos relevados pelo menos por dois participantes e agrupam-nos em quatro dimensões: conhecimento cultural do doente, capacidades de comunicação de profissional de saúde, diferenças culturais e recursos para lidar com a diversidade cultural.

Apesar disso, a maioria dos autores concorda que não é suficiente introduzir conteúdos no currículo, nem fazer uma substituição negociada de outros conteúdos, por muito importante que seja a inclusão de assuntos específicos relacionados com a diversidade e a competência cultural. Para além disso tem que haver coerência entre as várias componentes curriculares para se conseguir atingir os objetivos propostos. De facto, manter a estrutura curricular numa perspetiva bio-médica em que faz todo o sentido a descrição pormenorizada das culturas, dos conceitos e a memorização das intervenções não favorece o enquadramento das teorias de enfermagem que pretendem desenvolver a compreensão da cultura e dos contextos e não a generalização e criação de preconceito.

A Associação Americana de faculdades de Medicina (AAMC) (2005) considera ainda que para o currículo ser efetivo tem que consubstanciar:

- apoio institucional dos líderes, faculdade e estudantes;
- recursos investidos pela Instituição e Comunidade;

- envolvimento dos líderes da comunidade no desenho do currículo e no fornecimento de *feedback*;
- comprometimento da instituição e da faculdade em integrar intervenções educativas ao nível do estudante;
- um currículo culturalmente competente onde todo o processo deve ser claro e estar definido, incluindo o processo de planeamento, materiais utilizados, detalhes processuais, conteúdos, duração e tipos de experiência, “feedback” dos estudantes e avaliação dos resultados.

A discussão em torno do melhor currículo e das necessidades estruturais, económicas e políticas é um fator de dinamização e de entusiasmo muito importantes para motivar a implementação da competência cultural na educação médica e de enfermagem, mas a avaliação curricular é fundamental para poder introduzir conteúdos e estratégias baseadas na evidência. Nos EUA são vários os instrumentos que permitem avaliar o currículo. Para uma avaliação mais direcionada para a avaliação da competência cultural Campinha-Bacote (2006) recomenda o instrumento criado pelo AAMC em 2005 – Assesment Cultural Competence Training (TACCT).

As inovações curriculares devem ser avaliadas pelas faculdades que as implementam, mensurando a sua eficácia na melhoria da competência cultural em termos de coerência curricular, conteúdos, estratégias, mas também ouvindo a opinião dos atores implicados na sua implementação.

Conhecer a opinião dos estudantes sobre a formação que recebem é um dos olhares essenciais para a eficácia dos currículos propostos. Nesse sentido, Sumpter e Carthon (2011) foram conhecer a opinião de estudantes de doutoramento e da licenciatura de uma universidade e referiram problemas com as definições e banalização dos termos, dificuldade em integrar os conceitos na prática e na investigação, bem como alguma impreparação dos professores que não souberam aproveitar algumas oportunidades para trabalhar o tema e o incluir no currículo académico do aluno. Sugerem, entre outras, a presença constante do tema durante o curso e não apenas uma palestra.

A avaliação dos diferentes currículos tem sido feita através dos resultados obtidos pelos estudantes com a utilização da escala proposta por Campinha-Bacote. Os estudos realizados em universidades dos EUA concluem que não

há evidência de um currículo ser superior a outro, mas que a introdução de conteúdos curriculares sobre a cultura aumentam a competência cultural. Referem que algumas estratégias inovadoras, com recurso ao computador e simulações com alta tecnologia, têm que ser estudadas e avaliadas Sargent, Sedlak e Martsof (2005); Kardong-Edgren e Campinha-Bacote (2008), Kardong-Edgren et al. (2010).

As estratégias de ensino já tinham sido estudadas em 2007 por Kardong-Edgren, que tinha verificado que faculdades com mais imigrantes tinham maior competência cultural do que faculdades com menos imigrantes, em que a imersão e o trabalho com outras culturas foram as estratégias referidas como mais importantes. Também Moore e Barker (2012) estudam uma amostra de pessoas que vivem em países estrangeiros e concluem que pessoas com mais experiências multiculturais, adquirem mais competências interculturais, sem abdicarem da sua identidade.

A NLN, no seu relatório, Carpenter et al. (2008), sobre recursos na educação, apresenta algumas estratégias e desenvolvimentos curriculares inovadores que considera que promovem a qualidade e excelência do ensino que destacamos:

- transição do foco do currículo dos conteúdos para os conceitos e para os principais problemas de enfermagem;
- currículo baseado no desenvolvimento de competências, o que na Europa foi assumido com a assinatura do tratado de Bolonha e o projeto Tunning;
- currículos desenhados com maior articulação teoria prática e ligação aos problemas da prática, com *feedback* de todos os parceiros envolvidos e avaliação incorporada;
- ensinamentos clínicos tradicionais e/ou inovadores, mas sempre com o aporte teórico anterior ao ensino clínico e em que os cuidados tenham significado e sejam relevantes para estudantes e todos os intervenientes no processo;
- unidades de ensino com professores preparados para ajudar os estudantes a atingirem os seus objetivos pessoais, numa atividade tutorial de apoio e suporte pedagógico;

- ensino centrado no aluno e o recurso a métodos de ensino que podem incluir: seminários semanais intercalados com a aprendizagem prática para melhorar a articulação teoria-prática; simuladores de alta fidelidade – que melhora a aprendizagem contextual; ensinamentos clínicos voluntários com períodos de reflexão; estudos de caso.

Baseado nas *guidelines* desenvolvidas pela AAMC (2005), um grupo de trabalho elaborou um currículo para o desenvolvimento da competência cultural no curso de enfermagem com propostas de conteúdos a desenvolver nos diferentes anos do curso e cursos paralelos onde os estudantes se podiam inscrever, mas também diferentes estratégias de ensino como seja: conferências; discussão de temas; estudos de caso; incidentes críticos; *role-play*; painéis da comunidade; debates de questões críticas; vídeos Cuellar, et al. (2008).

### 1.3.2. ESTRATÉGIAS DE ENSINO

Ensinar a ser culturalmente competente tem sido considerado um desafio para a educação em enfermagem. Várias têm sido as estratégias propostas estudadas e investigadas com resultados positivos, mas a maioria sem uma evidência clara da sua eficácia e principalmente da sua manutenção na prática dos cuidados.

Com o objetivo de analisar as estratégias de ensino mais adequadas ao desenvolvimento da competência cultural, Gallagher (2011) faz uma meta-análise na qual sugere que a dificuldade em desenvolver, implementar e avaliar a eficácia das intervenções se prende com a falta de consenso na definição de competência cultural no seu todo, já que é muitas vezes confundido ou falado indistintamente com as suas parcelas (sensibilidade, consciência, proficiência, congruência). Identifica porém, domínios e fatores essenciais na conceção do conceito, o que permite uma base comum a ser trabalhada com os estudantes e que inclui: atitudes, conhecimentos e comportamentos. Em relação às estratégias de ensino, conclui que podem ser várias as formas de desenvolver a competência cultural com sucesso (*role-play*, planos de cuidados, serviço comunitário, imersão noutra cultura, apresentação de posters), todavia, não é possível determinar diferenças entre elas nos resultados e a maioria dos

estudos não permite uma análise fidedigna pela moderada ou baixa qualidade na metodologia utilizada ou na descrição metodológica.

A resultados idênticos chega Betancourt et al. (2005) numa revisão sistemática elaborada com a colaboração e revisão da base de dados Cochrane, concluindo que a **competência cultural** é uma estratégia utilizada maioritariamente para diminuir as desigualdades na saúde. Os estudos que analisa têm resultados ou sem grandes alterações ou com alterações positivas nos resultados de saúde dos doentes e nenhum estudo demonstrou resultados adversos, embora sejam conclusões que não podem ser generalizadas devido à pouca qualidade da evidência.

As estratégias selecionadas pelos professores podem ter vários desenhos em termos de tempo, formato, objetivos, mas, Davidhizar e Giger (2001), Kleiman, Frederickson e Lundy (2004); Nelson (2006), Mixer (2008), Lancellotti (2008) consideram que é essencial que as estratégias que têm por objetivo desenvolver a competência cultural, tanto na formação inicial como na contínua, se alicerces em quadros conceituais baseados em teorias ou modelos de enfermagem cultural.

Liu, Mao e Barnes-Willis (2008) concluem, num estudo em que aplica a escala “cultural self-efficacy” a um grupo de 48 estudantes nos EUA, que o aumento na competência cultural é estatisticamente significativo quando os conceitos culturais são integrados no currículo, bem como quando há contacto com população etnicamente diferente. Também Gebru, Khalaf e Willman (2008) avaliaram a competência cultural a 157 estudantes na Suécia e concluíram que os estudantes saem bem preparados para cuidar numa sociedade multicultural.

As questões que se colocam no ensino de enfermagem atualmente prendem-se por um lado, com fatores relacionados com a atual sociedade de informação que dificulta a seleção de conteúdo, o que deixar de fora, o que incluir e, por outro, o que exigir ao aluno tendo em conta as necessidades da sociedade para a qual são formados e as competências que lhes são exigidas. A questão coloca-se também nas estratégias de ensino, será que as tradicionais técnicas expositivas são eficazes na preparação de profissionais competentes ou serão as estratégias interativas que melhor preparam e avaliam as competências do aluno?

Long (2012) faz uma revisão da literatura sobre estudos que avaliam estratégias de ensino utilizadas nos diferentes currículos e conclui que os estudantes têm resultados positivos independentemente do conteúdo, método ou duração e custo dos programas, mas nenhum conseguiu demonstrar que os estudantes ficam culturalmente competentes, pelo que propõe mais evidência das medidas introduzidas.

Das revisões que têm sido feitas pode pensar-se que apesar de não ser evidente uma relação entre formação e competência cultural, há uma indicação forte que a formação promove melhoria no desempenho da competência cultural pelo que as diferentes estratégias devem ser refletidas, introduzidas e corrigidos aspetos avaliados como menos positivos.

## **Reflexão**

A reflexão tem sido utilizada como estratégia de ensino tanto em teoria como na prática com o objetivo da integração do conhecimento no pensamento do estudante e contrariar o recurso simplista da memorização. Schön introduziu na educação os termos de “reflexão na ação” e a “reflexão sobre a ação” (Schön, 1992). Na sua perspetiva, é a reflexão que gera novo conhecimento permitindo ao aluno adaptar-se à singularidade, especificidade e novidade de cada situação e em cada situação problematizar a ação.

A reflexão não é uma técnica que tenha efeitos imediatos nos resultados dos doentes, como lembra Johns (2013), mas que vai habilitar estudantes e enfermeiros a melhorar sempre a sua prática, respeitando as necessidades dos doentes. Esta é a base do desenvolvimento de competências em que se fundamenta a educação em enfermagem hoje em dia ao nível global. Várias são as estratégias descritas na literatura que utilizam a reflexão: narrativa pessoal, técnica de incidentes críticos, diários clínicos, reflexão em sala de aula, modelo de reflexão estruturada, jornais reflexivos, etc. O’Callaghan (2005); Rossetti e Fox, (2009); Schuessler, Wilder e Byrd (2012); Cash, et al. (2013), com resultados muito positivos na mudança de comportamentos e no aumento de conhecimentos.

## **Imersões Culturais**

O contacto com outras culturas tem sido uma das estratégias de desenvolvimento da competência cultural mais estudada e defendida pelos autores, inclusive o relato de deslocações a congressos internacionais tem sido descrito como uma oportunidade de conhecer e explorar o mundo permitindo uma outra visão que apoia o desenvolvimento da competência cultural McMillan (2012).

A maioria das publicações aborda programas internacionais de intercâmbio de estudantes e profissionais que descrevem ou avaliam esta experiência como muito eficaz no desenvolvimento da competência cultural na prática, pelo contacto com diferentes culturas, práticas de saúde, formas de comunicação, incluindo a língua, e a abertura que outras visões introduzem na forma de exercer e de entusiasmar para prestar cuidados culturalmente congruentes. Para além do desenvolvimento profissional, o desenvolvimento pessoal é um dos aspetos que os autores concluem nos estudos que realizam Walsh e DeJoseph (2003); Lee (2004); Koskinen e Tossavainen (2004); Button et al. (2005); Caffrey et al. (2005); Wood e Atkins (2006); Bosworth et al. (2006); Callister e Cox (2006); Evanson e Zust (2006); Levine e Perpétua (2006); Ruddock e Turner (2007); Greatrex-White (2008); Goodman, Jones e Macias (2008); Levine (2009); Foster (2009); Larson (2010); Memmott et al (2010); Easterby et al. (2012); Smith e Curry (2011); Howard et al. (2011); Kulbok et al. (2012); Edmonds (2012); Carpenter e Garcia (2012); Bohman e Borglin (2014);

Associado às imersões culturais estão por vezes cursos de aprendizagem da competência cultural, tanto práticos como teórico-práticos, onde os estudantes se deslocam para outros países para prestarem serviço comunitário.

## **Aprendizagem através de Serviço Comunitário**

Esta é uma estratégia pedagógica em que os estudantes se envolvem e comprometem em atividades direcionadas para as necessidades das pessoas e comunidade juntamente com oportunidades estruturadas e intencionalmente desenhadas para promover a aprendizagem e desenvolvimento do estudante. São cursos que conjugam serviço à comunidade com aprendizagem

académica e que normalmente dão resposta a uma unidade curricular ou conceito curricular, que está a ser ensinado.

Estes cursos podem ser dirigidos a estudantes da formação inicial ou a enfermeiros, e a experiência permite um contacto com a realidade e a prática da competência cultural. São utilizados instrumentos e orientação adequada e o recurso à reflexão escrita sobre as práticas permite que as experiências porque passam sejam discutidas em sala de aula apoiando um crescimento pessoal e profissional e integrar o portfólio profissional ou académico. Washington-Brown e Ritchie (2014).

Os estudos que têm sido feitos verificam que esta é uma estratégia eficaz no desenvolvimento da competência cultural. Amerson (2010) confirmou um aumento significativo nos resultados dos estudantes, relativamente à consciência, sensibilidade e conhecimento cultural.

### Simulações

As simulações são estratégias de ensino muito utilizadas com vários objetivos e para o desenvolvimento de diferentes competências em enfermagem:

- **competências relacionais** - pelo contexto protegido que proporciona, permite a exploração, a inovação e a prática, evitando os riscos das situações reais. Reduz o preconceito e melhora a comunicação, a competência cultural, a relação de ajuda, a segurança do doente, ou seja todos os aspetos relacionais da profissão;
- **competências técnicas** - permite o treino de técnicas em laboratório, onde o erro pode ser reflectido e discutido em grupo e o conhecimento é integrado sem riscos para o doente e num contexto criado para a aprendizagem de comportamentos adequados ao doente Shearer e Davidhizar (2003); Green et al. 2005; Rutledge (2008); Howard et al. (2011); Foisy-Doll (2013); Berndt (2014).

A simulação de alta fidelidade utiliza alta tecnologia e permite simular situações de grande realidade, incluindo situações críticas. Ela tem sido estudada por vários autores que confirmam a sua eficácia no sucesso dos estudantes e no desenvolvimento do domínio cognitivo, motor e afetivo. A simulação menos sofisticada também tem demonstrado nos estudos que

consegue melhorar o desempenho da competência cultural dos estudantes. Como vantagem tem ainda sido referido que o tempo necessário para conseguir preparar os estudantes diminui, o que tendo em conta o aumento das obrigações e necessidades curriculares faz pensar que esta pode ser uma estratégia criativa e eficaz no desenvolvimento da competência cultural dos estudantes Krautscheid, Kaakinen, e Warner (2008); Weaver (2011); Jackson e Watson (2011); Valler-Jones, Meechan e Jones (2011); Kulbok, et al. (2012); Goodstone e Goodstone (2013); Fisher e King (2013); Roberts et al. (2014); Glidewell e Conley (2014).

Para além dos benefícios e melhoria no sucesso teórico dos estudantes, Wolfgram e Quinn (2012) defendem que o recurso à simulação é uma estratégia fundamental como preparação para os ensinamentos clínicos, devendo ser mantida durante os mesmos Berragan (2011), Bland, Topping e Wood (2011).

Khalaila, em 2014, concluiu, num estudo experimental, que quando os estudantes são expostos a simulações durante o seu 1º ensino clínico, reduzem significativamente os níveis de ansiedade e, paralelamente, a autoconfiança e a capacidade para cuidar do doente aumentam durante a experiência na prática.

Num *workshop* internacional sobre a utilização das simulações para melhorar a comunicação cultural, os professores intervenientes concluíram que, para esta estratégia ser eficaz, deve haver uma preparação prévia dos estudantes através de leituras, observações e/ou trabalhos e essa simulação deve respeitar a realidade da cultura representada. Após a sua realização, será sempre feita uma reflexão e síntese da situação vivida Mitchell et al. (2010).

## **Ensinos Clínicos**

O ensinamento clínico são os momentos do curso em que o estudante toma contacto com a realidade e por melhores que sejam as alternativas pedagógicas, as experiências práticas não podem ser substituídas, pois são elas que permitem aos estudantes descobrir o que é cuidar do “outro”, e aos professores explorar os momentos de aprendizagem, sejam eles, satisfações, indignações, emoções, alegrias, tristezas, questões... como refere Hesbeen (2000).

Os estudantes de enfermagem alternam a sua aprendizagem teórica com aprendizagem em ensinos clínicos nos quais põem em prática valores profissionais aprendidos na formação. É nos ensinos clínicos que os estudantes enfrentam a realidade e um momento favorável para os professores ajudarem o aluno a refletir nas diferenças e a desenvolver a sua competência cultural.

Para além dos ensinos clínicos que fazem parte do currículo académico, Echer e Lucena (2003) analisa as perceções dos estudantes em ensinos clínicos voluntários que realizam normalmente nas férias e conclui ser uma estratégia significativa com grande potencial que merece reflexão das escolas para que estes possam ser conduzidos da melhor forma para a aprendizagem do estudante.

Os ensinos clínicos podem ser um recurso de aprendizagem de grande alcance se for bem utilizado porque permitem uma aprendizagem e prestação de cuidados de enfermagem, já não simulados, mas em contexto, com todo o processo de socialização indispensável à formação de um profissional. Em contraste, pode ser uma experiência pouco positiva e até traumática para o estudante, se este não se sentir confiante nos cuidados que presta. Um dos problemas que tem sido referenciado por faculdades e entidades empregadoras é a falta de concordância entre a teoria e a prática. Articular entre o que é ensinado na teoria e o que é exigido na prática obriga a que haja um diálogo entre professores e enfermeiros do exercício, para que se consiga uma transição harmoniosa do estudante para os campos de ensino clínico. Landers (2000) refere que a principal solução para o problema é o papel do professor como tutor do aluno e a ligação entre a teoria e a prática.

Na perspetiva de Fonseca (2006), prática e teoria devem ser vistas não numa perspetiva dicotómica, mas sim de complementaridade e interação, em que o conhecimento pode ser construído e reconstruído, onde o professor através da ajuda e orientação à reflexão crítica sobre a prática tem o papel de facilitador na aprendizagem e simultaneamente de co-constructor do conhecimento adquirido, ao estimular a criatividade e ao participar na reflexão crítica, como descreve Ruas (2011) na lógica de Schön.

O suporte do professor é um fator significativo na aprendizagem do estudante. No entanto, têm sido realizados vários estudos que realçam a

importância de uma relação pedagógica positiva para o sucesso e eficácia do desenvolvimento das competências desejadas, podendo em algumas situações o professor ser inibitório da aprendizagem. Foley, Myrick e Yonge (2012) realizam um estudo em que problematizam uma variável pouco estudada nesta área, relacionada com a diferença de idades e de objetivos entre professores e estudantes e concluem que este é mais um fator, mencionado tanto por estudantes como por tutores de ensino clínico, a ter em conta na tutoria dos ensinamentos clínicos.

Para além dos atores em ensino clínico, o contexto e os saberes completam a tríade referida por Serrano, Costa e Costa (2011) que são determinantes para o desenvolvimento de competências do estudante, tanto assistências como pessoais, que Abreu (2007) considera requisitos essenciais para a prestação de cuidados.

Ao longo dos 30 anos em que sou professora de enfermeiros, muita tem sido a reflexão sobre a influência que a formação pode ter no desenvolvimento de competências dos estudantes (D' Eça, 1998) e é esta curiosidade que me motiva a querer saber quais os problemas que os estudantes de enfermagem enfrentam para conseguirem ser culturalmente competentes, quais as respostas que professores, tutores, faculdades e instituições de saúde dão e quais são de facto os fatores que influenciam o desenvolvimento da competência cultural nos futuros profissionais de enfermagem.

Este é um problema complexo e multifatorial que necessita de esclarecimento e reflexão sobre vários aspetos. Sem a veleidade de ser exaustiva, abordei no capítulo do enquadramento teórico algumas questões que me parecem particularmente pertinentes: Qual o impacto da cultura na saúde e na enfermagem? Que currículo é mais adequado no desenvolvimento da competência cultural? Como articular teoria e prática? Que estratégias de ensino/aprendizagem utilizar?

Todas estas questões, merecedoras de profunda reflexão e investigação, culminam com a pergunta, que me parece o ponto de partida - qual o processo de desenvolvimento de competência cultural do estudante de enfermagem?

Proponho-me então fazer um estudo comparativo entre os estudantes de uma universidade portuguesa e uma brasileira e analisar as diferenças e semelhanças que me possibilitem - **compreender o processo de desenvolvimento da competência cultural dos estudantes de enfermagem** descrevendo no capítulo seguinte o desenho e as estratégias metodológicas seleccionadas para atingir o referido objetivo.

## 2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

---

Neste capítulo irei descrever e justificar as opções metodológicas feitas no sentido de atingir o objetivo proposto para este estudo.

Perante a problemática em estudo, a questão de investigação e a sua finalidade, optei por um estudo qualitativo sem um desenho rígido previamente estabelecido, mas que foi evoluindo à medida que a análise exigia alguns esclarecimentos, bem como garantir o rigor e credibilidade do estudo.

### 2.1. DESENHO DO ESTUDO

---

Com o objetivo geral de - *compreender o processo de desenvolvimento de competência cultural dos estudantes de enfermagem* e o objetivo pessoal de conhecer, em concreto, este processo na instituição onde sou professora, iniciei a recolha de informação numa perspetiva fenomenológica.

Husserl, no início do século XX, foi o grande impulsionador da fenomenologia enquanto metodologia de investigação e defendia que os fenómenos são vivenciados e percebidos de uma forma individual, pelo que é essa singularidade na interpretação da realidade e que cada um traz intencionalmente à consciência que permite captar a intersubjetividade e a “essência” do fenómeno. Husserl (2006 e 2008).

Gerrish e Lacey (2008) consideram que a investigação fenomenológica em enfermagem utiliza principalmente a fenomenologia descritiva mais associada a Husserl ou a interpretativa mais na linha de Heidegger e Ricoeur. Neste estudo, apesar de manter uma fase descritiva na análise dos dados, foi colocada bastante mais ênfase interpretativa tanto na colheita dos dados, como posteriormente na construção da interpretação dos dados.

A maioria dos autores considera que, embora não excluindo outras estratégias, a melhor forma de conhecer vivências e perceções de um fenómeno consiste em questionar as pessoas envolvidas sobre a forma como experimentaram e interpretaram a realidade que vivenciaram, pelo que a entrevista é uma das estratégias mais utilizadas na pesquisa de cariz fenomenológico Streuberbet e Carpenter (2002); Tuckman, B. (2000); Poupart, Jean et. al. (2012).

Assim, neste estudo, a opção foi pela utilização de entrevistas para a colheita da dados e após pedido de autorização formal ao diretor da instituição onde exerço funções, dei início à realização de entrevistas semiestruturadas aos estudantes.

As entrevistas foram realizadas ao longo de ano e meio, a estudantes nos vários estádios de aprendizagem e apesar de ter assumido uma perspectiva epistemológica de diálogo com o estudante de forma a permitir o esclarecimento de dúvidas, opções e opiniões, por ser professora da instituição, nem sempre pude ser suficientemente assertiva para esclarecer durante a entrevista algumas incoerências manifestadas no discurso dos estudantes em início do curso. No sentido de esclarecer algumas dúvidas na compreensão e garantir a fidelidade, foram repetidas entrevistas a novos estudantes em início do curso até considerar que o que estava a ser compreendido era o que os estudantes estavam a querer dizer e não estava a ser uma influência do entrevistador.

Após a análise das entrevistas, foi necessário garantir a credibilidade do estudo e da interpretação dos dados. Corbin e Strauss (1990) defendem a descrição detalhada de todo o processo como a melhor forma de garantir a validade e rigor das opções metodológicas bem como o cumprimento dos procedimentos metodológicos, embora reconheçam a importância de alguma flexibilidade dentro dos limites.

A maioria dos autores recomenda que, para além desta descrição detalhada, se verifique coerência paradigmática ao longo de todas as fases do estudo e seja feita alguma forma de triangulação que permita confirmar a análise e garantir fidelidade e credibilidade à investigação. Apesar de não ser um tema incontroverso pela dificuldade de combinação da diversidade de dados, a triangulação continua a ser defendida pela maioria dos autores Streubert e Carpenter (2002); Moreira (2007); Vilelas (2009); Duarte (2009); Denzin e Lincoln (2011); Azevedo, et al. (2013); Figaro (2014). A triangulação de métodos quantitativos e qualitativos ou a triangulação de técnicas de recolha de dados, como seja a entrevista combinada com a observação, “ver se o que se diz é o que se faz”, têm sido desenhos de triangulação muito utilizados por forma a validar os resultados da investigação Morais e Neves (2007).

Colocou-se então a questão que tipo de triangulação fazer? A utilização de dados quantitativos não seriam fáceis de combinar com os dados da entrevista, numa perspetiva de coerência paradigmática, Denzin e Lincoln (2011). Os dados qualitativos seriam a melhor opção, mas se a entrevista já tinha necessitado de cuidados específicos para os estudantes não sentirem constrangimento pela presença de um professor, por maioria de razão a observação não seria uma boa opção estratégica. A triangulação não tinha também, neste estudo, por objetivo validar ou detetar a veracidade dos discursos, mas sim permitir comparações das semelhanças e diferenças que permitissem interpretar o fenómeno, pelo que o recurso à triangulação metodológica, utilizando o método comparativo, através da “codificação temática”, pareceu-me ter na especificidade deste estudo algumas vantagens.

A comparação é um método utilizado em investigação que permite estudar o fenómeno em diferentes cenários sócio-culturais (instituições, costumes, tradições, sistemas de valores, estilos de vida, linguagem, padrões de pensamento). Tem sido, também, muito utilizado em estudos interculturais para identificar, analisar e explicar as semelhanças e diferenças, fornecer um quadro analítico que pode ser um meio de obter uma melhor compreensão das diferentes perspetivas do fenómeno em estudo e, assim, poder construir uma compreensão sobre o desenvolvimento da competência cultural nos estudantes de enfermagem Schneider e Schmitt, (1998); Suhonen (2008); Lee, Chen e Yang (2010); Chambers (2010); Lor, 2011; Taylor (2011).

Já Durkheim, na lógica da perspetiva positivista de investigação que era preconizada na sua época, defendia que a única forma de demonstrar que um fenómeno social é causa de outro é através do método comparativo entre os “fatos sociais” dos vários povos, é reconhecendo as diferenças e semelhanças nos vários contextos e por meio de “grandes sínteses” que se pode compreender a complexidade dos fenómenos sociais e determinar a “prova” (Durkheim, 2011).

Não estando num paradigma positivista da realidade objetivável em “fatos sociais” mas sim numa perspetiva construtivista em que a realidade é subjetiva e influenciada pela época, pela cultura, pelo ambiente que a rodeia, pelas vivências e perceções individuais e, por isso, em permanente construção e reconstrução, optei por utilizar, como método comparativo, os conceitos de

comparação constante e de análise comparativa descritos na *Grounded Theory* de Strauss e Corbin, permitindo analisar as semelhanças e diferenças entre dois grupos distintos e fornecendo dados substantivos que permitem não apenas dar consistência ao estudo, mas também uma compreensão mais rigorosa do fenómeno, dos seus limites e consequências Strauss, (1987); Staruss e Corbin, (2008).

A especificidade deste estudo, em que as diferenças culturais podem ser determinantes nos resultados, influenciou a escolha de um contexto muito diverso do primeiro para fazer a comparação mas que, ao mesmo tempo, a língua não fosse um obstáculo às interpretações.

Um protocolo da Universidade de Lisboa onde exerço funções com uma Universidade de São Paulo foi decisório para a escolha do contexto para comparação. Depois de compreender o que há de específico e de particular em cada caso acerca das expectativas, vivências e perspetivas dos estudantes, sobre a competência cultural em enfermagem e o contributo da formação no seu desenvolvimento, poderá ser feita a comparação entre os dois contextos Bogdan (1994).

Strauss, em 1987, publica um livro com os procedimentos de análise comparativa, que Flick (2005), adapta com a finalidade de comparar grupos distintos, utilizando a “codificação temática” baseando-se na hipótese de que em diferentes sociedades ou grupos existem modos de ver diferentes. Preconiza para a colheita de dados um método que assegure a comparatividade, embora deixando em aberto as várias perspetivas.

Foi então decidido replicar o estudo feito com os estudantes portugueses aos estudantes brasileiros, utilizando o mesmo guião da entrevista semiestruturada, embora a escrita dos “memos” e a 1ª análise feita às entrevistas dos estudantes portugueses, permitissem um diálogo mais dirigido para o esclarecimento das semelhanças e diferenças e, podia, em princípio, manter-se a produtividade das entrevistas, necessitando de menos estudantes e de menos tempo na sua duração.

O desenho final da investigação ficou assim concluído, com a convicção de que são as diferentes perspetivas de olhar o fenómeno em estudo que vão

permitir compreender como conseguem os estudantes desenvolver a capacidade de ser culturalmente competentes.

O esquema final do desenho de investigação realizado pode ser observado na figura que se segue.

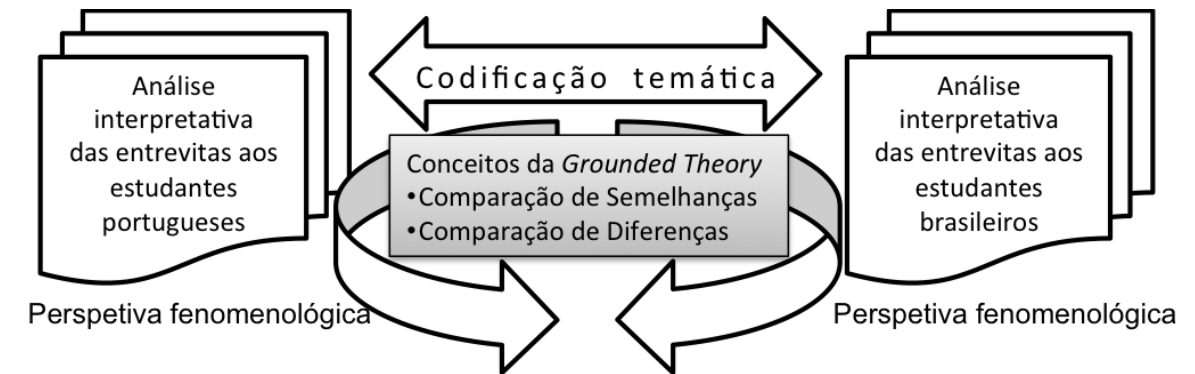


Figura 1 – Desenho da Investigação

Para este desenho de investigação foi então delineado o objetivo específico de comparar as diferenças e similitudes entre estudantes portugueses e brasileiros sobre vivências, experiências ou expectativas de como:

- consciencializam os seus sentimentos em relação aos outros;
- se sentem em relação à cultura dos seus doentes;
- avaliam as influências culturais no comportamento profissional;
- enfrentam dificuldades em cuidar de pessoas com culturas diferentes;
- refletem sobre a cultura do utente;
- consideram a preparação académica para serem culturalmente sensíveis e competentes, tanto na teoria como nos ensinamentos clínicos;
- sentem valorizados os seus comportamentos e atitudes para um cuidar culturalmente competente quer pela academia, quer pelas instituições de saúde onde realizam os ensinamentos clínicos.

E assim poder atingir o objetivo geral proposto de compreender o desenvolvimento da competência cultural nos estudantes de enfermagem.

A população do estudo foi construída ao longo da investigação à medida que os dados forem emergindo e orientaram a decisão de onde e como ir buscar informação adicional até à saturação dos dados, ou seja, até se considerar que deu resposta ao objetivo proposto.

## 2.2. AMOSTRAS EM ESTUDO

---

Para a recolha da informação segui a lógica da “amostragem teórica” defendida na metodologia da *Grounded Theory*. Segundo Strauss e Corbin (2008), a definição dos participantes é definida pelos elementos necessários que permitem compreender o fenómeno em estudo e não pelo seu número, ou seja, a amostra é teórica e não referida ao número de participantes.

Neste caso, a amostra era constituída por dois grupos distintos: os estudantes portugueses e os estudantes brasileiros. Flick, (2005), na adaptação que faz à *Grounded Theory* onde utiliza a “codificação temática” para fazer a análise comparativa entre duas amostras distintas, considera que apesar dos diferentes grupos serem definidos à priori para poderem dar resposta aos objetivos do estudo, a seleção dos casos concretos de cada grupo que vão ser estudados, devem ser sujeitos à “amostragem teórica”.

Para seleção da constituição da amostra, foram tidos em consideração dois fatores principais: darem a informação necessária à compreensão do fenómeno e, no caso dos estudantes brasileiros, o tempo disponível para a realização das entrevistas.

Assim, a técnica de amostragem utilizada foi intencional e de conveniência de forma a garantir uma amostra diversificada dando resposta a alguns critérios pré-definidos. Recorreu-se ainda à técnica da “bola de neve” em ambas as amostras, com o objetivo de conseguir informadores privilegiados em tempo útil.

Os critérios de seleção foram idênticos nos dois contextos em estudo:

- concordarem em colaborar no estudo, solicitando o consentimento livre esclarecido e assinado;
- estarem em diferentes estádios de aprendizagem, ou seja, serem estudantes do 1º, 2º, 3º e 4º anos;
- serem, tanto quanto possível, diferentes no aproveitamento escolar, género, faixa etária, estado civil, etnia etc.

A amostra dos estudantes portugueses foi constituída ao longo de um ano e meio e o procedimento seguiu as regras estabelecidas. Foi feito um primeiro contacto com um estudante de um estádio do curso que, após a entrevista,

indicava colegas do seu ano de frequência e que poderiam, na sua opinião, dar a diversidade pretendida da amostra.

A seleção da amostra dos estudantes brasileiros sofreu algumas limitações relacionadas, por um lado, com o tempo disponível, já que tinha apenas quatro semanas para organizar e contactar os estudantes dos diferentes anos, por outro, por ter sido realizada no final do mês de novembro e início de dezembro, quando obtive o parecer positivo do “Comité de Ética” da universidade de São Paulo. Este período corresponde no Brasil ao fim do ano letivo, estando os estudantes ou em apresentação de trabalhos finais nas diferentes unidades curriculares ou já sem necessidade de presença física na universidade.

Foi, sem dúvida, devido a uma grande disponibilidade de uma estudante finalista que contactou e motivou os diferentes colegas, bem como um estudante do 1º ano que entusiasmou três colegas de turma a participarem no estudo, que foi possível recolher toda a informação em quatro semanas. Sem eles, a tarefa de conseguir informadores privilegiados teria sido difícil. A diferenciação de géneros praticamente não foi conseguida no Brasil, mas também não tinha sido relevante no estudo português, pelo que não considerei pertinente procurar a diferenciação da amostra através do género, mas, sim, buscar a diferenciação que tinha ido procurar, que era a diferença de culturas e aí, sim, a amostra foi muito diversa com estudantes de origens muito diferentes, tal como acontece na população brasileira.

Assim, a tabela 1 representa a constituição final da população em estudo, distribuída por fase do curso e género.

**Tabela 1 Distribuição dos Estudantes por Anos de Aprendizagem e Género**

Fase do curso	Estudantes		Género F		Género M	
	Port.	Bras.	Port.	Bras.	Port.	Bras.
1º Ano	9+7	4	6+4	3	3+3	1
2º Ano	10	5	8	5	2	0
3º Ano	9	5	7	5	2	0
4º ano	3	4	3	5	0	0

### 2.3. AS ENTREVISTAS

---

A entrevista é considerada um instrumento de recolha de dados que, recorrendo a processos de comunicação e interação - se corretamente valorizados e utilizados - permite recolher informações e elementos de reflexão muito ricos e matizados (Quivy e Campenhaut, 2013).

Não é, no entanto, um instrumento imune a críticas e limitações. São referidos dois grandes grupos de preocupações a considerar, os problemas relacionados com a produtividade das informações, o que leva o entrevistador a utilizar técnicas que permitam incentivar e aprofundar o quadro de referências do entrevistado, assim como orientar as suas opiniões para o tema em estudo, Foddy (2002), mas também preocupações relacionadas com a influência entre entrevistado e entrevistador e vice-versa Ghiglione e Matalon, (2007).

Estas preocupações estão principalmente relacionadas com os objetivos da entrevista e a postura epistemológica do entrevistador. Neste estudo, e numa perspetiva fenomenológica interpretativa, a entrevista tem que ser vista numa perspetiva de diálogo, em que o resultado é co-construído entre investigador e entrevistado numa dialética construtiva, onde o investigador esclarece o que fica menos claro ou suscita dúvidas, possibilitando uma melhor compreensão das respostas Streubert e Carpenter (2002); Demo (2001); Rodrigues (2002); Gauthier (2003); Sousa (2005); Coutinho (2011); Poupart et al. (2012). Também as limitações de tempo para a recolha de informação em São Paulo, requeriam um máximo de diálogo interpretativo, para ser possível uma amostragem teórica com um número mínimo de entrevistados.

No entanto, como refere Denzin e Lincoln (2011) e a maioria dos autores concorda, é necessário o investigador ter consciência que a entrevista não é um ato neutral, mas sim social e que decorre da interação entre dois atores, pelo que sofre a influência da cultura, género, etnia etc. dos intervenientes. Tendo consciência que há sempre “manipulação”, o investigador terá que recorrer a técnicas que permitam, como referem Streubert e Carpenter (2002), ajudar o entrevistado a descrever as suas experiências e a sua perceção da realidade, mas sem liderar a conversa.

Foi neste sentido que a entrevista foi estruturada e planificada.

## Planificação da entrevista

Com o objetivo de recolher o máximo de informações pertinentes para a investigação em curso e que permitisse, ao mesmo tempo, informação suficiente mente estruturada para fazer a comparação entre as duas amostras, escolhi a entrevista semi-estruturada ou semi-dirigida.

A entrevista semi-estruturada consiste num diálogo informal, em que o entrevistado é livre de mudar a sequência das questões e ao entrevistador é consentido explicar e acrescentar questões. Este tipo de entrevista permite uma maior liberdade e flexibilidade na comunicação, em relação à entrevista estruturada, mais rigorosa e menos maleável, Cohen e Manion (2007); Ghiglione e Matalon (2007).

Feita as opções estratégicas, procedeu-se à elaboração do guião de entrevista (Anexo 1), seguindo a estrutura sugerida por Estrela (2015), com a definição de objetivos gerais e específicos para o instrumento.

Os objetivos específicos correspondem aos temas propostos aos entrevistados e estão organizados por quatro blocos temáticos:

No Bloco A, o objetivo é legitimar a entrevista e motivar o entrevistado para o tema em estudo, pedir a sua colaboração, assegurar a confidencialidade das informações e pedir a permissão para a gravação da entrevista;

No Bloco B, pretende-se que o entrevistado relate experiências e vivências de doença suas ou de familiares, reconheça a sua perspetiva cultural sobre a doença e o que é estar doente, refletindo nas suas expectativas do que a cultura pode influenciar os cuidados em enfermagem;

No Bloco C, procura-se recolher elementos que permitam identificar as expectativas ou vivências de dificuldades sentidas ou perspetivadas na prestação de cuidados culturalmente competentes;

No Bloco D, a intenção é obter informação que permita compreender a influência da formação no desenvolvimento da competência cultural do estudantes.

Após a realização do instrumento de colheita de dados, foi feito o pedido formal ao diretor da instituição portuguesa, para a realização das entrevistas e a sua autorização foi concedida a 28 de outubro de 2009, pelo que as entrevistas iniciaram-se logo em novembro de 2009 com o objetivo de conseguir entrevistar os estudantes que tinham iniciado o curso em setembro

desse ano letivo e assim entender as expectativas e perspectivas de quem estava ainda no início do curso.

O 1º contacto com a Instituição brasileira foi feito em março e abril de 2013, onde pude conversar com docentes, discentes, assistir a aulas e com o apoio dos docentes da Universidade de São Paulo fazer os pedidos formais à direção da instituição, anexando todos os documentos necessários ao esclarecimento da investigação em curso. A aprovação foi dada em outubro de 2013 e as entrevistas decorreram em novembro e dezembro de 2013.

### Realização das entrevistas e tratamento dos dados

Para a realização das entrevistas houve um primeiro contacto direto com o entrevistado, em que foi explicada a importância da sua colaboração no estudo e feita a marcação da data e hora da entrevista.

As entrevistas aos estudantes portugueses decorreram entre novembro de 2009 e março de 2011, estando apenas presente entrevistador e entrevistado. As primeiras entrevistas ao 1º ano decorreram em novembro e dezembro de 2009 e as segundas em setembro e outubro de 2010. Os estudantes do 2º ano tiveram disponibilidade para a entrevista no mês de junho de 2010, os do 3º ano em abril de 2010 e por último os estudantes do 4º ano em fevereiro e março de 2011.

As entrevistas aos estudantes brasileiros decorreram nos meses de novembro e dezembro de 2013.

Aos estudantes portugueses, tanto no início como no fim da entrevista, foi esclarecido que o meu papel ali era apenas como investigadora e nada seria relatado ou influenciaria o percurso formativo do entrevistado, porém, como já referido, houve alguma inibição enquanto entrevistadora em adoptar uma postura mais assertiva.

As entrevistas aos estudantes brasileiros, apesar de se basearem na mesma estrutura do guião português, foi mais dialogada e dirigida ao esclarecimento de dúvidas que tinham surgido da análise das entrevistas ao grupo português. Este direccionar das entrevistas era mais fácil fazer com estes estudantes por não ser sua professora, era estrangeira e apenas estavam a tentar ajudar-me com toda a sua disponibilidade, sem qualquer estigma

impositivo ou de coerção. Também a própria experiência de já ter feito entrevistas sobre o tema e as ter analisado permitiu uma abordagem mais incisiva relativamente ao que se pretendia das entrevistas na perspetiva de perceber o fenómeno em estudo e a intencionalidade do que era dito.

Todos os estudantes assinaram consentimento informado para a realização da entrevista, para a sua gravação e para a utilização dos dados (anexo 2), e no final foi pedido confirmação de autorização para a sua utilização total ou parcial, garantindo o anonimato do entrevistado. Em nenhuma situação foi requerido pelos estudantes a supressão de alguma parte do diálogo.

Para além deste preceito ético, era também um pressuposto à partida de que a entrevista seria uma ganho recíproco, pelo que o estudante poderia ganhar não apenas pela partilha, mas também pelo aumento do conhecimento pessoal que pode acontecer pela construção e reconstrução das suas ideias durante a entrevista. Para isso, o diálogo estabelecido decorreu num clima de confiança e abertura, com uma audição compreensiva e interessada, em que se procurava estimular e encorajar o entrevistado a prosseguir ou aprofundar as ideias expressas. Registaram-se também alguns pedidos neutros de informação adicional, reformulação de partes do discurso e utilização de silêncios, permitindo um maior aprofundamento e reflexão da opinião que era expressa.

Também na constituição do “corpus” para análise, em cada documento foi analisada a pertinência do conteúdo no sentido de dar resposta aos objetivos e não devassar a privacidade e o anonimato do entrevistado.

Após cada entrevista foi feita a sua transcrição “verbatim” e acrescentadas informações adicionais de como decorreu a entrevista. A transcrição foi feita por mim, pois foi uma forma de permitir voltar a um contacto próximo com a informação e completar alguma componente não-verbal. Foi então feita uma primeira leitura do documento na sua totalidade para obter um sentido do todo, a que Bardin (2015) chama de “leitura flutuante” e que permite integrar uma primeira impressividade e orientação do significado e da intencionalidade do discurso do entrevistado e assim, definir o “corpus” de análise, ou seja, definir a pertinência e representatividade do conteúdo para os objetivos do estudo.

Posteriormente, numa leitura mais atenta, foram clarificados significados, relacionados os diferentes constituintes, colocadas questões e dúvidas do

sentido e da intenção do discurso do entrevistado, o que permitiu a construção de “memos”, onde eram refletidos os aspetos que ficavam menos claros da entrevista e assim podia identificar a necessidade, ou não, de aumentar a amostra até obter a saturação dos dados.

Da análise das entrevistas aos estudantes portugueses do 1º ano, surgiram dúvidas, como já referido, o discurso tinha algumas incoerências que se manifestavam na repetição do discurso aprendido, que quando tentava clarificar, ou se mostrava descontextualizado da realidade ou era até contraditório entre si.

Quase todos os estudantes repetiam acriticamente o discurso aprendido em sala de aula: da individualização, da humanização, do cuidado holístico, do respeito pelo “outro”, do cuidado ético e culturalmente competente, mas quando se questionava em concreto algumas situações difíceis, tinham dificuldade em manter a mesma lógica discursiva.

Perante esta constatação, ficou a dúvida se de facto as respostas tinham a ver com alguma imaturidade profissional e falta de conhecimento da realidade ou se, de alguma forma, seriam influenciadas por mim, por saberem que sou professora da escola. Latimer (2005), no seu livro, relata resultados de uma investigação feita com enfermeiros em que fica claro que os enfermeiros adotam discursos que fazem parte de determinados contextos e aos quais aderem, principalmente quando se sentem ameaçados.

Para esclarecer e poder interpretar as motivações, as razões “a intencionalidade” que estava na base do discurso do entrevistado, como Amado (2013) refere, fiz novas entrevistas aos estudantes da turma que ingressaram no ano letivo seguinte. Foi assim possível clarificar que o discurso existia porque os estudantes concordavam com o que estavam a aprender, mas não eram ainda capazes de o integrar num conhecimento mais vasto ou de o incorporar na realidade que ainda não conheciam.

A análise das entrevistas foi feita primeiro de uma forma vertical, analisando cada entrevista de “per si”, onde a leitura atenta de cada documento iniciava o processo de codificação e de redução de dados, ou seja, iniciava-se o desvendar de sentido com o despedaçar de sentido ao recortar o texto nos constituintes da linguagem e do discurso dos participantes, para posteriormente

os transformar em linguagem ou conceitos científicos Streubert e Carpenter (2002); Amado (2013).

A unidade de sentido considerada para codificação foi o tema representado pela frase, linha ou parágrafo que continha em si a mesma ideia temática, assim, na margem de cada entrevista foram sendo escritos os códigos que correspondiam a cada tema identificado. Os códigos são o que Staruss e Corbin chamam de “conceito” na sua codificação aberta e Bardin de “Indicadores”.

Posteriormente, os códigos foram agrupados e construídas categorias e subcategorias que permitiram criar uma matriz de análise. Esta fase descritiva corresponde à integração e síntese do significado da experiência, vivência ou percepção relatada pelo estudante Streubert e Carpenter (2002).

A categorização seguiu um processo aberto, emergindo dos dados e cumprindo algumas regras baseadas em Bardin (2015), de objetividade homogeneidade, produtividade e pertinência e a da não exclusão mútua em oposição a Bardin, defendida por Strauss e Corbin (2008). A categorização foi sistemática e permitiu a colocação exaustiva de todos os códigos identificados.

Seguindo a sugestão dos autores, foi feita uma nova audição das gravações e leitura das entrevistas para validar a interpretação feita dos dados e da codificação aberta, tendo-se verificado que não era necessária a adoção da não exclusão mútua de código em nenhuma situação, pois ficou claro que a essência e intencionalidade do que era dito apenas poderia codificar uma categoria, pelo que não há nenhum código a qualificar categorias diferentes.

Depois de todas as entrevistas analisadas passou-se à análise horizontal, inserindo-as na matriz que foi sendo construída através da “comparação constante” de unidades de sentido, indicadores ou conceitos de cada entrevista analisada.

Posteriormente foi feita a análise das entrevistas dos estudantes brasileiros da mesma forma, tendo já por base a matriz que emergiu dos dados dos estudantes portugueses.

Após esta fase fenomenológica passou-se à fase da comparação entre os dois grupos de estudantes, através dos conceitos de comparação das semelhanças e diferenças, descritos na *Grounded Theory*, fazendo assim a triangulação metodológica.

Se no início da categorização se optou por um sistema aberto, em que as categorias emergiram dos dados, para a comparação entre os dois grupos de estudantes e para uma maior consistência da análise, selecionei uma matriz fechada, já utilizada noutros estudos e adaptada por Papadopoulos, Tilki e Taylor (2001, 2011 e s/d). A opção por uma matriz já validada permite, segundo Amado (2013), uma melhor comparação de resultados e como menciona Rodrigues (2002), são estes “instrumentos de leitura”, que permitem sistematizar a análise e dar validade e fiabilidade ao processo. Será esta matriz que apresentarei no capítulo seguinte.

Depois da descrição dos resultados foi então feita uma análise interpretativa dos dados, tendo-se feito uma nova leitura dos dados encontrados, mas agora à luz das diferenças de estágio dos estudantes, e por ano para permitir a análise da evolução da competência cultural. Foi feita uma “codificação seletiva” tentando encontrar a “categoria nuclear” que refletia os núcleos de sentido por ano do curso e a sua evolução, para cada grupo de estudantes, Strauss e Corbin (2008). Depois desta análise procedeu-se à análise comparativa dos dois grupos no sentido de compreender os fatores que influenciam o desenvolvimento da competência cultural e o contributo da formação nesse desenvolvimento e que represento na figura 2.

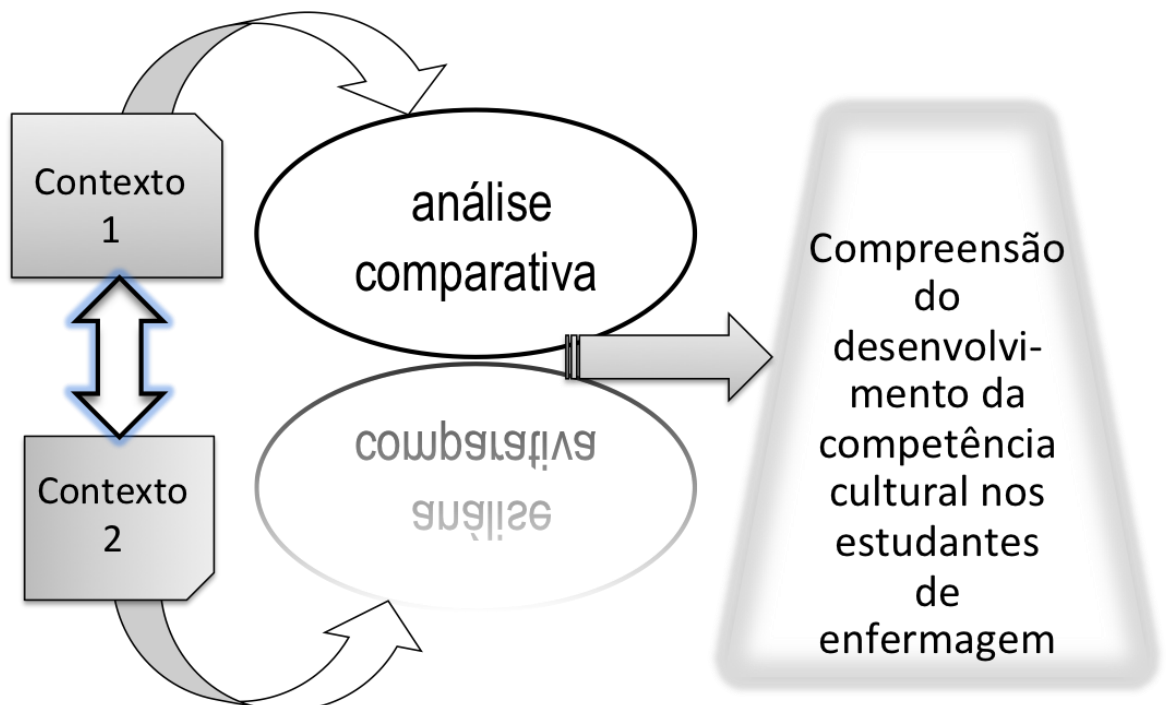


Figura 2 - Esquema da Análise Efetuada

No capítulo seguinte apresento a análise dos dados em dois subcapítulos: o descritivo, com a apresentação dos resultados em que utilizarei os conceitos de cultura e de competência cultural em enfermagem, desenvolvidos no capítulo do enquadramento teórico que termina com uma síntese parcelar e, num segundo subcapítulo, a discussão dos resultados para permitir analisar o processo de desenvolvimento de competência cultural nos estudantes e inferir as implicações para a formação.

### 3. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Neste capítulo irei fazer a apresentação e discussão dos dados recolhidos através das entrevistas aos estudantes portugueses e brasileiros.

Num primeiro subcapítulo apresentarei os dados encontrados através de uma análise comparativa entre os discursos dos estudantes portugueses e brasileiros sobre a competência cultural em enfermagem, refletindo sobre as suas vivências, expectativas e experiências, terminando com uma síntese comparativa.

Num segundo subcapítulo farei a análise da evolução da competência cultural ao longo dos quatro anos de curso em cada contexto do estudo e a discussão dos resultados encontrados através da comparação entre o contexto dos estudantes portugueses e o dos estudantes brasileiros para poder compreender o processo de desenvolvimento da competência cultural.

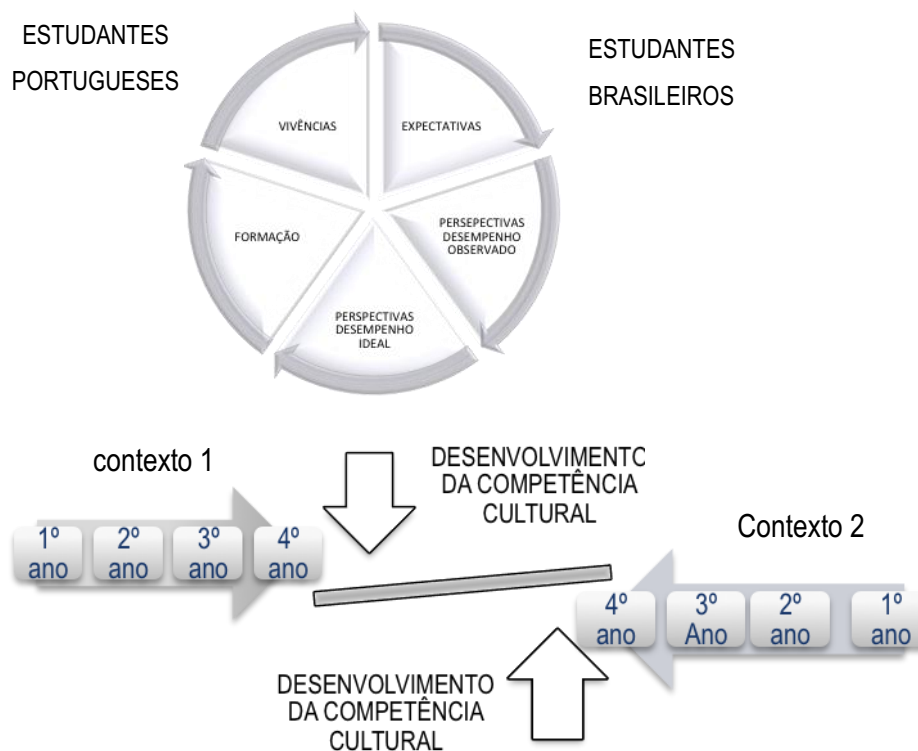


Figura 3 – Esquema do Percurso Analítico

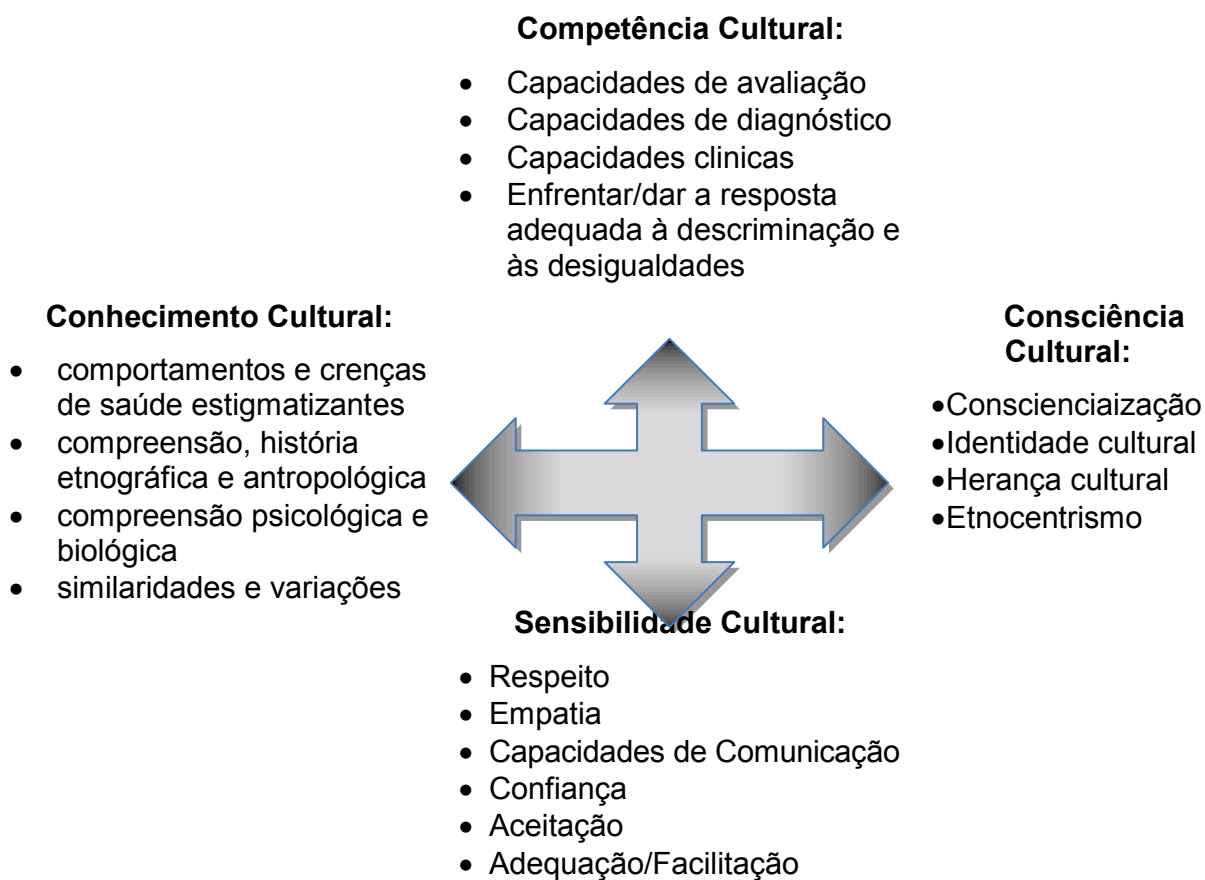
### 3.1. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

---

#### *Análise comparativa dos discursos dos estudantes*

Como já referido no capítulo da metodologia, para início da reflexão foi pedido aos estudantes que se lembrassem de experiências anteriores de internamento pessoais ou com familiares e referissem aspetos positivos e negativos dessas experiências. Esta reflexão servia não apenas para os estudantes se descontraírem e adaptarem ao ambiente, mas também para poder analisar se eventualmente algumas experiências vividas afetavam as perspetivas de uma prática culturalmente competente, enquanto estudante de enfermagem e futuro enfermeiro.

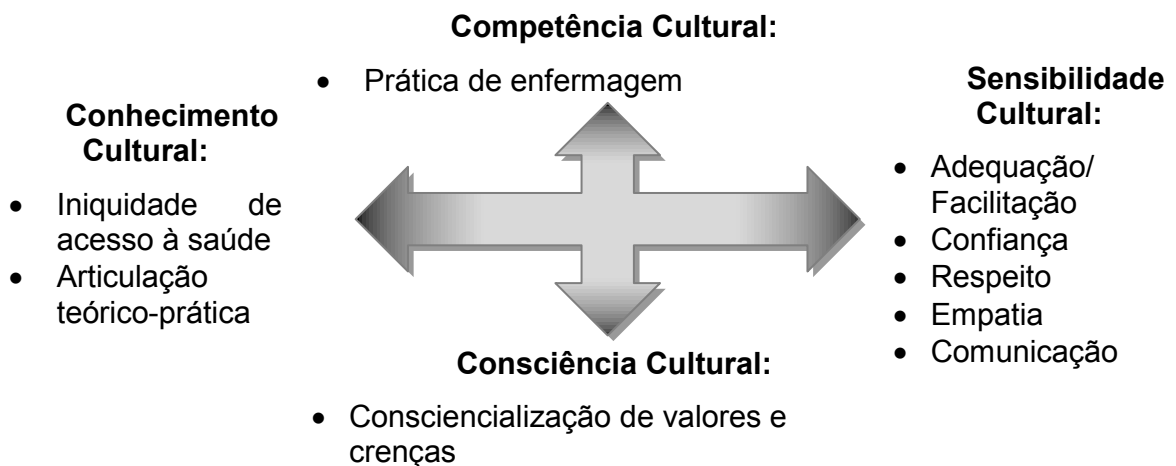
Numa tentativa de uniformização da análise, a categorização dos dados seguiu uma matriz de análise adaptada do modelo de desenvolvimento de competência cultural de Papadopoulos, Tilki e Taylor (2001) representado na figura, embora incluía também *constructos* de outros autores para apoio da reflexão e síntese dos dados.



**Figura 4 - Modelo de Desenvolvimento de Competência Cultural de Papadopoulos, Tilki e Taylor.**

### 3.1.1. VIVÊNCIAS DE INTERNAMENTO

Nos dois países, a maioria dos estudantes não tem experiências pessoais de internamento ou eram ainda crianças pelo que apenas têm recordações vagas e muitas vezes mescladas com o que lhes é contado, mas muitos já acompanharam familiares e conseguem relevar o que de mais positivo ou negativo foi feito para respeitar as suas crenças, valores, hábitos, ou seja, a sua cultura. Identifiquei nesta categoria aspetos que categorizaram os quatro *constructos* do modelo e que apresento na tabela em baixo.



**Figura 5 - Vivências de Internamento**

#### CONSCIÊNCIA CULTURAL

Tanto estudantes portugueses como brasileiros mencionam vivências que os fizeram refletir nos seus comportamentos e formas de pensar e que lhes permitiram compreensão de si próprios e crescimento pessoal.

#### Consciencialização de valores e crenças

A **dependência** foi um dos aspetos referidos pela maioria dos estudantes portugueses que estiveram internados e que a sentiram como limitação pessoal:

**EP2-3** – “... a dependência sobretudo, depender dos outros foi horrível.... já viu estar dependente para tudo!...” ;

**EP5-1** – “...o que me fez mais confusão foi eu não conseguir limpar-me... foi o eu não conseguir fazer... estar dependente... e por exemplo.. ter que tocar à campanha... e eu não queria incomodar...”.

O medo de incomodar implícito na dependência e a vergonha de pedir ajuda configuram uma das crenças comuns, que nenhum estudante brasileiro referiu em qualquer momento da entrevista. A promoção da independência é um objetivo do cuidado individualizado em enfermagem que reflete uma ideologia da maioria, mas que nem sempre corresponde ao desejo de algumas culturas, ou têm um entendimento diferente. Foi o que me contou uma estudante brasileira:

**EB3-4** – “...tem uma questão cultural que eu sou japonesa, né, e os japoneses têm... os brasileiros também... mas têm de cuidar dos avós... é a minha avó nasceu no Japão, eu sou a 3ª geração, então a gente tem essa tradição de cuidar dos avós, de morar com os avós, o meu pai, ele, é o único filho homem, então ele é que na tradição vem morar com a mãe e cuida da mãe, entendeu... é o filho homem mais velho que fica a cuidar da mãe, então eu fiquei a morar com a minha avó. Aí, depois, o meu pai foi para o Japão trabalhar e aí eu me mudei para morar com a minha outra avó. Então eu morei com as duas avós e cuidei delas até ao falecimento, mesmo. É uma responsabilidade da tradição japonesa, mas que também se vê em muitas famílias brasileiras, mas é bem enraizado nas famílias japoneses então, sempre estive envolvida com os cuidados com idosos...”.

O **crescimento pessoal** percebido pela observação do sofrimento vivido de uma forma tranquila foi expresso por um estudante brasileiro, para quem o **sofrimento dos outros** foi a vivência mais difícil que teve que superar durante o seu internamento:

**EB1-3** – “...mas como experiência todas são válidas, né, toda a gente aprende... as doenças graves das outras crianças... acho que isso foi uma coisa que mexeu bastante comigo, o sofrimento das outras crianças que era muito maior que o meu... assim eu achava que era o fim do mundo para mim e só que aí, se vê as outras crianças e ao mesmo tempo.. ver que essas crianças tinham uma alegria... dá bastante reflexão”

Estudantes que não relevam em toda a entrevista memórias negativas da experiência de internamento do familiar que acompanhou, referem o sofrimento dos outros como o aspeto mais negativo dessa vivência:

**EB1-3** – “...eu acho que a tristeza pela... por a família estar triste, pela minha situação”;

**EP5-6** – “... eu acho que o me custou mais foi as visitas, os familiares estarem ali ao pé dela a chorarem...”.

Também o próprio sofrimento foi referido como tendo deixado medos associados às técnicas invasivas e apesar de ser ainda criança, o medo de

morrer foi referido por uma estudante brasileira. Provavelmente por serem jovens, o medo de estarem sozinhos foi refletido como um aspeto negativo:

**EP5-9** – “...fiquei com um problema com agulhas, durante aquele mês que eu estive doente... todos os dias a levar com agulhas... e às tantas chegava a ser duas vezes por dia...”;

**EB1-2** – “...tive medo de morrer... não acordar da cirurgia...”;

**EP5-1** – “...não sei não tinha ninguém... não é que me tratassem mal, mas.....”;

**EP5-7** – “... eu era uma criança e fiquei ali sozinha...”

**EP5-9** – “... a falta da família... o não poder ter visitas...”.

Estudantes de ambos os países tecem várias considerações sobre a perspetiva que viveram do **sistema de saúde** e da perceção que têm das diferenças entre o **serviço público e o privado**, o que pode influenciar as expectativas do cuidado prestado e do cuidado que terão que prestar quando forem profissionais:

**EP5-1** – “... só chamava para me endireitar a cama, quer dizer... se fosse um hospital público...eles mandavam-me... quer dizer, acho eu...”;

**EP5-4** – “(Partos anteriores em França)... a minha mãe diz que se quisesse ter mais filhos não era em Portugal... ela detestou... conta que até teve que limpar o pó, tinha que comprar garrafa de água porque eles não davam água...”;

**EB2-4** – “...tem a parte do hospital também... em hospital particular não sei se acontece isso... em hospital público a demanda é muito grande, então tem que padronizar...”.

## CONHECIMENTO CULTURAL

Nesta subcategoria apenas surgiram vivências que categorizaram a iniquidade de acesso à saúde por parte dos estudantes brasileiros, mas estudantes dos dois países refletiram sobre algumas discrepâncias entre o que aprenderam e o que viveram.

### *Iniquidade de acesso à saúde*

Uma estudante brasileira na descrição da sua vivência relata as **dificuldades de resposta e de articulação do SUS** (Sistema Único de Saúde), que considera terem atrasado o acesso ao diagnóstico, tratamento e cuidado de familiar:

**EB2-4** – “...é porque aonde eu moro, que é na zona leste, na minha UBS não tem PSF (Programa de Saúde de Família), então isso já dificulta bastante...a gente não conseguia encontrar um hospital aqui adequado para a receber que tivesse aquela

atenção que ela precisava para fazer o diagnóstico correto... é porque aqui é muita burocracia, você está num serviço e você é enviado noutro serviço... é muito bonito, né... porque o SUS fala de referência contra referência, você sai de um serviço, vai para outro só que o outro não sabe mesmo nada do que aconteceu, por exemplo se é da UBS e foi para a AMA (Assistência Médica Ambulatória), a UBS não sabe nada do que se passou na AMA e a AMA não sabe nada do que se passou na UBS e não sabe o que aconteceu no hospital....”.

### Articulação teoria/prática

Nesta subcategoria é também visível a influência da formação no discurso dos estudantes de ambas as Instituições formadoras, comparando o **“cuidado” que aprendem** com o **“cuidado” que observam**:

**EP1-5** – “...agora que eu vou ouvindo nas aulas é que eu vou... mas às vezes oiço e eu oh... comigo não era assim... é muito diferente, é mais ou menos como tirar a carta, o código é uma coisa e depois a estrada é outra coisa, não tem de ser propriamente assim é porque é errado ser assim não é... se é para aprender bem é para fazer bem as coisas...”;

**EB2-4** – “...então a gente passou por uma situação muito ruim para mim... se referiam a ela como a menina do lúpus então isso foi horrível porque descaracteriza completamente o paciente que vira só como uma doença, não é isso que a gente busca no cuidado... então esse acompanhamento do paciente que também a gente aprende na faculdade, deve ter um cuidado integral mesmo, não acontece... no SUS não acontece...”.

## SENSIBILIDADE CULTURAL

### Adequação/Facilitação

Nesta subcategoria consideramos os aspetos referidos pelos estudantes que facilitaram o internamento **adequando o cuidado à pessoa** e facilitando a **presença de companhia e apoio**, bem como de **adequação dos horários e rotinas**:

**EP3-3** – “... estava num quarto com várias crianças... e tanto de idades, como de culturas éramos completamente diferentes e houve capacidade de adequar a maneira como elas faziam as coisas a cada doente...”;

**EP3-2** – “...aliás como era jovem, a minha mãe até pode estar comigo, estava num quarto individual...”;

**EB1-3** - “...sim, tive acompanhamento da minha mãe...”;

**EP1-1** – “...quando estive no hospital, também era particular, por exemplo também tive oportunidade de escolher a hora em que quis... em que me senti, olhe se calhar agora sinto-me bem disposta, vou...”;

**EP7-4** – “...sempre fui saudável, retiraram-me as amígdalas quando era pequenino, mas eu não me lembro ...só me lembro de estar na cama a brincar com o meu brinquedo preferido e de ter lá os meus pais e os meus avós;

**EB2-3** – “ ... sim,... tinha um bom tempo de visita...”.

Também foram referidos aspetos menos facilitadores relacionados com o **ambiente hospitalar, a doença e a mudança de hábitos** que o internamento condiciona:

**EP1-1** – “... as coisas que ninguém gosta é a arrastadeira não é? Isso não tem a ver muito com os hábitos, mas tem a ver com o próprio conforto... não deu, tive mesmo que me levantar...;

**EP3-2** – “... é assim, a pessoa tem a sua rotina, não é... porque eu lembro-me, quando eu estava no hospital tiveram que me acordar e eu estava a dormir tão bem... não é... e depois tinha tido dores...”;

**EP2-1** – “...eu sempre pratiquei dança, eu sempre fui à missa... e eu não podia fazer as minhas coisas, nem a minha música foi o que me custou...”;

**EP1-4** – “...custava-me imenso o cheirete, os hábitos diferentes dos meus..”;

**EB1-3** – “acho que é mais sair da rotina, né, porque eu fiquei sem frequentar o colégio durante 2 meses, né...”;

**EB4-2** – “...então, essa é a parte ruim do hospital apesar de ser bem atendida e tudo mais, você deixa a sua rotina... o seu quotidiano... quando estava internada por exemplo eu não gosto de tomar banho de manhã, né, o clássico, e ela insistiu...insistiu e só respeitaram porque era estudante de enfermagem...”;

**EP5-1** – “custava-me estar ali sem fazer nada...a olhar para o teto”,

**EP5-1** – “...eu tinha que ler meus livros, eu gosto de tocar teclado... eu não consegui me concentrar para fazer alguma coisa lá...”;

**EB1-3** – “...aí a rotina no hospital era... tinha dia que eu ficava stressado que era sempre as mesmas coisas eu ficava vendo TV, a comida era ruim... aí logo no próprio hospital eles tentavam algumas atividades com as crianças, alguma dinâmica, alguma brincadeira à tarde só que eu acho que o hospital não... apesar de ter um espaço assim para as crianças, né, que tem brinquedos e que seja mais colorido o hospital em si é meio triste é um lugar meio para baixo, o quarto em geral é meio para baixo, sabe é um lugar parecia mais triste, é desanimador...;

**EB3-1** – “.. olha pessoalmente eu nunca vivenciei essa coisa do cultural chocar com o científico”;

**EB4-2** – “... ficamos sabendo só o que vem de fora, porque senão tiver alguém ou TV ou jornal, acaba não sabendo de nada, às vezes mesmo o que está acontecendo conosco ali dentro...”;

**EB4-2** – “então essa é a parte ruim do hospital... é um tempo ocioso, eu não consegui me concentrar, para fazer alguma coisa...”.

### Confiança

Relativamente a esta subcategoria encontra-se duas referências uma positiva, em que a confiança nos profissionais permitiu **criar vínculo**:

**EP2-2** – “... Há pessoas que são extraordinárias e que nos põe «super» à vontade e que por vezes até nos dão espaço para nós dizermos o que é que estamos a sentir..”;

**EB1-3** – “... aí a relação com os profissionais, por eu ter ficado um tempo... você pega um vínculo, né, com os profissionais de enfermagem, os técnicos, com os médicos nem tanto, porque assim a gente tem menos contacto né...”;

Outra negativa em que vivenciaram experiências sentidas como **erro**:

**EP1-4** – “... sabe o que vou fazer? Vou-lhe dar... olhe o que quer que fosse que me deu.. (eu que não sou de tomar nada) ... nesse dia até xixi na cama fiz... só dormi... olhe enfermeira tome você... nunca mais quero isto...”;

**EB1-3** - “...não, porque aqui está eu fiquei dois meses internado mas foi por erro de médico, de lá pensar que eu tinha uma doença grave e eu comecei a fazer algum... não sei se pulsoterapia ou radioterapia e afinal era cálculo renal, aí eu fiquei dois meses internado, sabe, fazendo um tratamento que...”

### *Respeito*

Estudantes dos dois países referem que sentiram **atitudes pouco respeitadoras** dos vários profissionais de saúde.

**EP1-4** – “a maneira como os médicos entravam de manhã todos os dias, eu era uma espécie de... eu senti-me um bicho no zoológico... uma pessoa a querer dormir... não imagina o que era os plenários que os médicos fazem a meio da noite... a galhofa que os enfermeiros fazem entre eles...”

**A autonomia** do doente é um princípio da bioética que determina que quanto mais informado o doente estiver, melhor é a sua capacidade para tomar decisões mas é também um *constructo* cultural que pode ter vários significados e interpretações e que tem sido alvo de vários estudos e reflexões.

Na cultura oriental, os enfermeiros deparam-se com valores e crenças que podem entrar em conflito com este princípio. Yeh, Wu e Che (2010) verificaram que os estudantes de enfermagem tailandeses sentiram ambivalência entre respeitar a autonomia do doente e o desejo manifesto pela família de não serem informados da sua situação de doença. Referiram também que se cumprissem o direito à informação, a que eram obrigados, podiam criar desequilíbrio emocional no doente e família e assim desrespeitar o princípio da não maleficência.

Numa interpretação mais abrangente, Leever (2011) defende que **não informar** pode ser também a forma mais correta de respeitar a autonomia do doente, se este for o seu desejo, e que a ambivalência só surge se o

profissional manter uma visão etnocêntrica. Não respeitar as crenças e valores do doente e família é estabelecer uma relação em que o poder de decisão não é partilhado.

As relações de poder que se estabelecem em saúde são muitas vezes relações hierárquicas em que as decisões são impostas pelos técnicos de saúde. Contudo, o respeito por uma *práxis* culturalmente competente impõe uma relação de poder partilhada, onde o enfermeiro se preocupa em escutar para poder ajudar e disponibiliza tempo para poder compreender e estar presente Beraskin (2011).

Estudantes dos dois países vivenciaram constrangimentos na tomada de decisão que sentiram como uma afronta à sua autonomia:

**EP1-4** – “...eles queriam que eu abortasse, eles queriam! Eles não podiam querer..., tinham uma comissão de ética que se reuniu, quer dizer... para quê? Eles podiam-me ajudar ou não ajudar, agora quem decide sou eu, mas os médicos, todos, vá vamos reunir, só me faltava, quero lá saber... foi uma situação difícil...”;

**EB2-2** – “...ela consegue ir ao banheiro... ela consegue tomar banho... ela devia ter autonomia para horários... ela tinha que tomar banho no horário que todo o mundo tinha que tomar banho, então... ah agora é banho, todo o mundo para o banho...”

A falta de **privacidade**, tanto **física** como **emocional**, foi principalmente referida pelos estudantes portugueses que relatam na partilha de espaços com outros doentes vários problemas que podem ser muito perturbadores para quem está doente.

A componente emocional e afetiva fazem parte da definição de cultura da maioria dos autores, incluindo a lata definição da UNESCO (2002). A expressão de emoções é, sem dúvida, influenciada pela cultura podendo induzir, não apenas a más interpretações, mas também à falta de apoio emocional, quando o enfermeiro não for capaz de entender o significado das emoções transmitidas ou de dar espaço para a sua manifestação.

**EP1-4** – “...a minha privacidade... acho que não respeitam o espaço das pessoas porque eu nunca fui habituada a ter quinhentas pessoas em cima de mim... acho que é a minha intimidade... o meu espaço... a falta da minha privacidade foi um horror...”;

**EP2-3** – “...é a intimidade...mais na parte de ter filhos ... é banal despir um doente ... e ver... mas para nós naquele momento é um atentado à intimidade...”;

**EP2-2** – “...senti-me muito incomodada... eu não queria chorar à frente das outras pessoas... não me sentia à vontade para chorar...eu, no último internamento, sofri um bocadinho... estava um bocadinho revoltada... e não querer chorar à frente das

peças... e por parte de alguns enfermeiros que nem sempre têm uma atitude positiva... «porque já tem idade para ser forte»... não tinha aquele momento só meu de privacidade... foi o que mais me custou...»;

EP2-5 – “... houve um dia que precisei de fechar as cortinas para ficar ali abraçada ao meu marido...”.

Como positivo foram referidas também experiências relacionadas com a **privacidade física e a emocional**. Estudantes de ambos os países referiram o cuidado dos enfermeiros em fechar cortinas, tentar minimizar as condições do espaço e proteger sempre a privacidade física. Uma estudante referencia mesmo:

EP3-2 - “.. Até pediram à minha mãe para sair... eu gostei imenso por acaso de terem perguntado à minha mãe...”.

Também o **apoio espiritual** foi vivido por uma estudante brasileira que referiu que ao abrigo da lei brasileira, os enfermeiros têm que permitir o culto nos serviços se assim for o desejo do doente:

**EB2-4** - “...a minha prima, ela... a minha família é evangélica, então às vezes iam alguns irmãos lá para orar fazer uma série de coisas só que também embora que eu achei melhor porque não tinha aquela restrição de duas pessoas subirem só, podia subir um grupo maior para fazer o culto e também subiu embora a gente não conhecesse, né, mas como uma tia dela conhecia eu achei legal e eu adorei, ela trabalha com energia, trabalha com energia do corpo, também veio...”.

Um estudante de cada país relata que as experiências em internamentos, enquanto crianças, podem ser traumáticas quando **partilham espaços** com doentes mais velhos:

**EP57** – “...fui «super» maltratada... já tinha 14 anos e não me deixaram ir para a ala pediátrica, puseram-me num corredor no meio de idosos a dizerem, «eu vou morrer»... foi complicado... não deixaram os meus pais entrar, não dormi nada, passei a noite a ouvir berros...”;

**EB3-4** – “ eu fiquei internada no corredor... eu lembro... um adolescente pegou a moto do pai e teve um acidente e ele ... todo machucado... estava lá do meu lado, revoltado fazia... gritava... maltratava...os funcionários...a própria mãe e eu assistindo a tudo aquilo... eu era uma criança tinha 7 anos...”.

### Empatia

A empatia é tão central para o cuidar culturalmente competente que, em última análise, todas as unidades de registo podem categorizar a empatia. Porém, para a seleção de indicadores que a classificam, considerou-se apenas

as situações que foram sentidas como incapacidade do profissional se **colocar na posição do doente** de forma a compreender as suas necessidades demonstrando **arrogância** ou, em oposição, por ter conseguido **apoiar e entender a pessoa**:

**EP5-7** – “... e que não me dessem atenção nenhuma... foram «super» arrogantes (enfermeiros)...”;

**EB1-2** – “... não, foram algumas, mais as técnicas de enfermagem que eram quem ficava mais tempo comigo por causa da medicação e um médico só... que agiu comigo dessa forma que o outro foi completo o oposto e o enfermeiro também, excelente no atendimento...”;

**EB2-4** - “...mas tinha gente muito bacana mesmo, uma auxiliar especificamente que a gente acabou fazendo amizade, ela orava para a gente que ajudava, dava aquelas frases de apoio, sabe, de força, não vamos continuar, que não sei o quê, ela esteve próximo da gente todo o tempo mesmo depois que a minha prima morreu ela conversava comigo, falava para não desistir, porque estive muito mal, ainda tenho essa ... porque ainda é muito recente , era muito próxima...”

Referiram também atitudes positivas relacionadas com a **capacidade de escuta e sensibilidade** de alguns enfermeiros:

**EP5-1** – “... porque eu comecei a chorar e ela ... «então porque é que está a chorar?» ... mas preocupada e não há «não chores! »..., Não! Ela preocupou-se mesmo...” .

Tendo vivido uma situação de morte de familiar, uma estudante brasileira referiu a falta de apoio e empatia que profissionais de saúde manifestaram e o **refúgio na linguagem técnica** para transmitir a **má notícia**:

**EB2-4** – “.. os médicos, eles correm... quando eu subi lá na UTI estava cheia de dúvidas, porque é que a minha prima morreu... eu perguntava ... e ele dava aquelas respostas sabe, que por mais que você seja um cara da saúde, ainda para mais ele não sabia que eu era da saúde, tinha palavras que mesmo assim eu não conhecia... sabe, ele falava uma linguagem técnica...”.

O sofrimento relacionado com as **dores não valorizadas** foi referido pelos estudantes dos dois países. A dor é um dos sintomas claramente influenciado pela cultura, a experiência de dor é aprendida socialmente e regida por códigos culturais. A forma como lidamos, gerimos e manifestamos o que sentimos, apesar de singular, apreende-se em relação com o grupo de pertença, com as modelações, repreensões ou aprovações que vão sendo expressas Abreu (2012); Spencer e Burke (2011).

EP1-4 - "...tinha dores horrorosas... eu tinha umas dores que ia morrendo. E aquelas mais antigas (enfermeiras), sabe, brutas, implicavam comigo... uma daquelas mais à antiga dizia-me assim – você não tem nada... está aí num estado de nervos mas não tem nada...";

EB1-2 – "...acho que as pessoas, elas subestimam a dor, acham que é frescura, dá para aguentar mais um pouco e a forma dela se comunicar com você é que pesa bastante e quando fiquei internada foi isso que aconteceu...";

EB2-4 – "Olhou para ela e não pediu nem um exame... falou que era frescura, que ela não queria era ir à escola... ela estava cheia de lesão, conhece dermatomiosite? Tem dor na articulação e mais uma série de coisas, ela estava cheia de lesão e o dermatologista falou que era frescura..."

A preparação dos profissionais de saúde tem sido estudada e confirmado que nem sempre os enfermeiros estão preparados para **lidar com a dor e o sofrimento** e que é muitas vezes a visão etnocêntrica do problema que o impede de conseguir centrar o doente nos cuidados Lovering (2006); Narayan (2010); El-rahman et al. (2013).

EP5-1 – "...ele estar ali... (a fazer humor)... não me conhecia... e eu cheia de dores... não fui malcriada... mas tinha acabado de sair da cirurgia, não estava propriamente bem, né...";

EB1-2 – "... tive pedra no rim...só quando viram minha urina *marron* deram medicação forte, ...então acho que é subestimado na pessoa, não sei se não têm o que dizer... se não têm o cuidado no que faz... porque é para o mecânico... faço e acabou... não quero saber o que você está sentindo...";

EB2-4 – "... ela tinha muita dor de manhã e o banho era dado da parte da manhã... ela queria tomar banho à tarde porque o músculo dela estava mais quente e tudo o mais, então tinha menos dor... e houve muita briga... por mais que eu desse o banho nela... e eles brigavam com a gente porque não podíamos..."

Para uma avaliação culturalmente correta da dor, Giger e Davidhizar, em 2004, publicam uma revisão da literatura sobre o cuidado culturalmente competente aos doentes com dor, sugerindo sete estratégias para a avaliar e lidar com ela. Relevam o facto de a dor ser um sintoma no qual intervêm fatores sócio-culturais, mas também, fatores biológicos e psicológicos Giger e Davidhizar (2004); Rahim-williams e Roger (2012).

### Comunicação

Para além do refúgio na linguagem técnica já referido na subcategoria **empatia**, os outros aspetos da comunicação foram principalmente positivos

relativamente aos enfermeiros, referindo **capacidade de escuta e de informação**, mas também houve estudantes que sentiram que não havia preocupação em comunicar com a pessoa.

EP2-2 - "...eu tive alturas em que tive oportunidade de dizer aquilo que estava a sentir e chorava mesmo ao pé dos enfermeiros...";

EP3-2 - "...já me tinham explicado, sabia que não era nada assim de grave";

EB2-1 - "...qualquer procedimento que eles iam fazer em mim, ...era licença... perguntavam se podiam fazer...";

EP5-7 "...nada, nem vinham falar comigo ".

## COMPETÊNCIA CULTURAL

Alguns estudantes relataram episódios de internamento ou de acompanhamento de familiares em que sentiram que os enfermeiros tinham uma prática preconceituosa e foram esses relatos que incluímos nesta categoria.

### Prática de enfermagem

Alguns estudantes falaram de algumas práticas de enfermagem que se relacionou com uma crítica já à luz dos conceitos de enfermagem que têm e, por isso, com uma nova visão de saúde e de prática adequada dos enfermeiros. Referem que experienciaram atitudes e comportamentos nos enfermeiros que interpretaram e sentiram como **juízos de valor e falta de simpatia**:

EB1-4 - "(tentativa de suicídio familiar)... é um dos principais motivos... assim, para o pessoal que está dentro do hospital não aceitar cuidar de uma pessoa.... ela tinha que ficar com acesso e com o tubo... já não estava saindo mais remédio nem nada e só estavam deixando aquilo lá para incómodo, para machucar...";

EP1-4 - "Em relação aos enfermeiros devo-lhe dizer que não tive assim grande, grande..., assim aquelas mais antigas, sabe, brutas, por eu ter um quarto só para mim, devia achar esta está aqui, acha que vem aqui mandar em nós, ... elas ao princípio implicavam comigo..."

No final de cada dimensão apresento um quadro com o resumo das principais subcategorias que emergiram e os indicadores que as classificaram. Neste quadro poder-se-á ver a representação da dimensão "vivências dos estudantes".

Subcategoria	Portugal	Brasil
<b>Consciência cultural</b>		
<b>Consciencialização de valores e crenças</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependência, não ser capaz</li> <li>• Medo de incomodar</li> <li>• Vergonha em pedir ajuda</li> <li>• Crescimento pessoal/ /sofrimento vivido/ sofrimento dos outros</li> <li>• Tristeza pelo sofrimento da família</li> <li>• Medo da dor, da solidão</li> <li>• Público/privado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependência/contexto cultural</li> <li>• Crescimento pessoal/ /sofrimento vivido/sofrimento dos outros</li> <li>• Tristeza pelo sofrimento da família</li> <li>• Medo de morrer</li> <li>• Público/privado</li> </ul>
<b>Conhecimento cultural</b>		
<b>Iniquidade de acesso à saúde</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• SUS:, atrasa e dificulta acesso ao diagnóstico e tratamento</li> <li>• Dificuldade de apoio domiciliário</li> </ul>
<b>Articulação teórico-prática</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “cuidado” aprendido <i>versus</i> “cuidado” observado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• cuidado” aprendido <i>versus</i> “cuidado” observado</li> </ul>

<b>Sensibilidade cultural</b>		
<b>Adequação e Facilitação</b>	<p><u>Positivos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adequação “cuidado”</li> <li>• Acompanhamento/visitas</li> <li>• Distração/ócio</li> </ul> <p><u>Negativos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteração hábitos e rotinas</li> <li>• Ambiente hospitalar</li> <li>• Regras hospitalares</li> </ul>	<p><u>Positivos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adequação “cuidado”</li> <li>• Acompanhamento/visitas</li> <li>• Distração /ócio</li> </ul> <p><u>Negativos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteração hábitos e rotinas</li> <li>• Ambiente hospitalar</li> <li>• Regras hospitalares</li> </ul>
<b>Confiança</b>	<p><u>Positivos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vínculo com os enfermeiros</li> </ul> <p><u>Negativos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erro diagnóstico</li> </ul>	<p><u>Positivos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vínculo com os enfermeiros</li> </ul> <p><u>Negativos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erro diagnóstico</li> </ul>
<b>Respeito</b>	<p><u>Positivos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respeito, privacidade física e emocional</li> </ul> <p><u>Negativos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desrespeito pela autonomia</li> <li>• Partilha de espaço</li> <li>• Falta de privacidade física e emocional</li> </ul>	<p><u>Positivos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respeito, privacidade física e emocional</li> <li>• Apoio espiritual</li> </ul> <p><u>Negativos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desrespeito pela autonomia</li> <li>• Partilha de espaço</li> </ul>
<b>Empatia</b>	<p><u>Positivos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreensão/apoio</li> <li>• Enfermeiros excelentes</li> <li>• Escuta/sensibilidade</li> </ul> <p><u>Negativos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arrogância</li> <li>• Desvalorização de sintomas</li> <li>• Pouca preparação para lidar com sofrimento e morte</li> </ul>	<p><u>Positivos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreensão/apoio</li> <li>• Enfermeiros excelentes</li> </ul> <p><u>Negativos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Refúgio na linguagem técnica</li> <li>• Desvalorização de sintomas</li> <li>• Pouca preparação para lidar com sofrimento e morte</li> </ul>
<b>Comunicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidade de escuta</li> <li>• Falta de comunicação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informação dos procedimentos</li> </ul>
<b>Competência cultural</b>		
<b>Prática de enfermagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeiros mais antigos são menos simpáticos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeiros fazem juízos que interferem com o cuidado</li> </ul>

**Quadro 1 - Vivências dos estudantes**

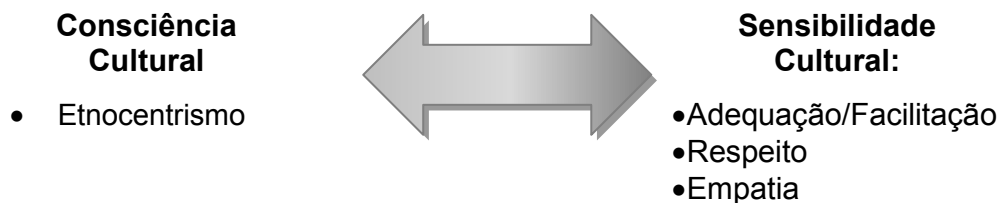
### 3.1.2. EXPECTATIVAS DOS ESTUDANTES NA ADAPTAÇÃO AO INTERNAMENTO

Nesta dimensão, foi pedido aos estudantes para refletirem nas dificuldades que teriam em se adaptar ao hospital enquanto doentes e quais seriam as principais interferências na sua cultura. Esta questão tinha por objetivo levar o

aluno a pensar nas regras, normas e valores que podem interferir com o bem-estar e a cultura do doente.

Nesta categoria, são principalmente os estudantes dos primeiros anos que ainda não têm grande experiência de práticas clínicas que dão contributos para análise. Os estudantes brasileiros dão ainda menos informação pois muitos já tiveram experiência como doentes, outros porque já trabalham como técnicos de enfermagem e estão agora a fazer a graduação em enfermagem.

Em suma: naquilo que referem, as expectativas dos estudantes dos dois países são semelhantes na forma como esperam que a adaptação do doente ao hospital se faça. É também notória a influência da formação no discurso dos estudantes de ambos os países.



**Figura 6 - Expectativas de Adaptação**

## CONSCIÊNCIA CULTURAL

Nesta categoria incluí opiniões manifestadas pelos estudantes relativamente ao que consideram expeável de um internamento e as crenças que têm relativamente a alguns estigmas evidenciados em relação às suas expectativas de adaptação das pessoas, na generalidade, ao hospital.

### Etnocentrismo

Estudantes dos dois países referiram que **não esperavam grandes dificuldades de adaptação** à instituição, mas apontam alguns **fatores que podem facilitar o conflito entre doente e Instituição**, como seja: o tempo de internamento, a idade da pessoa, ser de cultura minoritária, educação, a gravidade da doença:

EP2-9 – “Enquanto pessoa fui educado para me habituar e adequar à realidade em que estou inserido, por isso não sou muito esquesitinho...nem muito exigente”;

EP2-8 – “... mas estou dentro do meu padrão que é o Português, não é, e isso parece que não, mas facilita...”;

**EP1-3** – “...numa situação de doença grave isso é o fator menor...”;

**EP1-3** – “...às vezes o tempo de internação... se você fica muito tempo...”;

**EP5-1** - “...vai um pouco da personalidade e da idade e da pessoa por exemplo há pessoas idosas, geralmente há pessoas que dizem que não querem dar trabalho gostam de ser independentes...”;

**EP1-1** - “... pois é, eu aqui não estou na minha casa então eu vou ter que me adaptar...”.

Tanto estudantes brasileiros quanto os portugueses esperam que a **adaptação seja feita pelos doentes** ao hospital e consideram **difícil a Facilitação dos serviços** e dos enfermeiros às diferentes necessidades dos utentes. Justificam esta opinião pela falta de tempo e de capacidade de uma instituição se adaptar a todas as diferenças.

**EB4-2** – “...a gente sabe que é o doente que tem que se adaptar ao hospital, né, porque tem as rotinas e as pessoas querem que elas sejam seguidas e cumpridas...”;

**EB4-2** – “... acho que é muito difícil um hospital abrir para uma pessoa ter suas próprias.. ter sua liberdade...”;

**EP3-3** – “...eu sou doente, tenho que me sujeitar à situação, não é, não posso começar a arranjar problemas...”;

**EP2-8** – “...temos muitos doentes para prestar atenção...”.

Os **preconceitos entre regiões** bem como os juízos de valor dos enfermeiros são expetáveis por alguns estudantes brasileiros:

**EB3-2** – “...tem muitas disparidades de uma região para a outra, então já aquelas pessoas que já vê com maus olhos, que tem um pouco de preconceitos, porque não sei, não tem contacto, não tem uma vivência, não abre, aceita aquilo que já é preestabelecido e não vê com sentido crítico e adopta como sendo sua verdade, e não tenta enxergar isso de um outro modo, aqui em São Paulo eu nunca passei por isso, nem em estágio, nem aqui na faculdade, mas a gente sabe que tem muito disso, né...”

## **SENSIBILIDADE CULTURAL**

### **Adequação e Facilitação**

Do discurso dos estudantes emergiu a expectativa de **rigidez dos serviços** nas rotinas e nas regras, propondo a necessidade de introduzir alguma flexibilidade nas instituições:

**EB3-1** – “... tem hora de tomar banho, hora para comer, tem hora para dormir...”;

**EP5-4** – “...quer dizer, eu sei que tem que haver limite no horário das visitas, mas às vezes devia ser mais flexível...”

## Respeito

Esta foi a subcategoria que os estudantes portugueses referiram como mais difícil para a adaptação, principalmente no que diz respeito à **privacidade**, mencionando alguns constrangimentos dos quais salientam a vergonha, provocada pela diferença de género, a proximidade da idade na exposição do corpo e a perda de autonomia até para as pequenas coisas:

**EP3-8** – “...até para fazer uma necessidade fisiológica ter que pedir...”.

Contudo, houve estudantes que minimizaram a situação dizendo que não seria grande preocupação, podendo pedir para ser feito como gostam.

**EP5-3** – “...ao princípio penso que sim, mas depois como não tinha outra alternativa, acabava por ser secundário...ia custar um bocadinho, mas é questão do hábito e saber que as pessoas estão lá para nos ajudar...temos que ser flexíveis...”.

O **espaço pessoal** foi referido também por vários estudantes portugueses como sendo uma grande dificuldade que teriam na adaptação, principalmente a partilha das casas de banho, mas também o internamento em enfermarias com as implicações que isso traz de convívio forçado e impossibilidade de usufruir do espaço, tempo e companhia que desejassem:

**EP5-4** – “...o facto de ter, por exemplo, não termos ... é - é... é parvo, não é, mas o facto de não termos uma casa de banho individual, pronto...”;

**EP3-4** “...e o cheiro, estarem outras pessoas no quarto, o barulho, é assim... faz-me imensa confusão, não é isso das rotinas ...”.

A **autonomia** foi um aspeto pouco referido, apenas alguns estudantes o mencionaram, mas um estudante acrescentou a hipótese dos profissionais de saúde decidirem por ele, interpretando o que estava a sentir:

**EP2-8** – “... uma coisa é ser eu a controlar, outra coisa é o aliviar e outro aspeto é alguém fazê-lo por mim... e depois é fazerem uma interpretação individual daquilo que eu estou a sentir...e isso é que me deixa um pouco mais desconfortável...”.

## Empatia

A falta de empatia é uma expectativa que os estudantes esperam dos enfermeiros também muito influenciados por **preconceitos da prática de enfermagem**:

**EB2-3** - “...mas a maioria infelizmente não, não é, trata o paciente como se... não como uma pessoa bio-psico-social, não é, então ele não tem um contexto, ele só

está ali como doente, então vamos fazer isso, isso e isso que é o meu..., agora de idade, você estuda bastante que é diferente o tratamento pelo menos com os idosos, né, eles tratam um pouquinho.... mais alguns, né, tratam um pouquinho mais infantilizado o que não é o certo, né, não são crianças, né, e ...a pessoa mais jovem por vezes também é um pouco maltratada, porque, sei lá, às vezes teve um acidente de carro, porque bebeu e dirigiu então tá aí porque quer, não é muito bom, jovem não é muito bem visto...”.

Um estudante português refere que se houver **empatia, a adaptação ao internamento seria facilitada.**

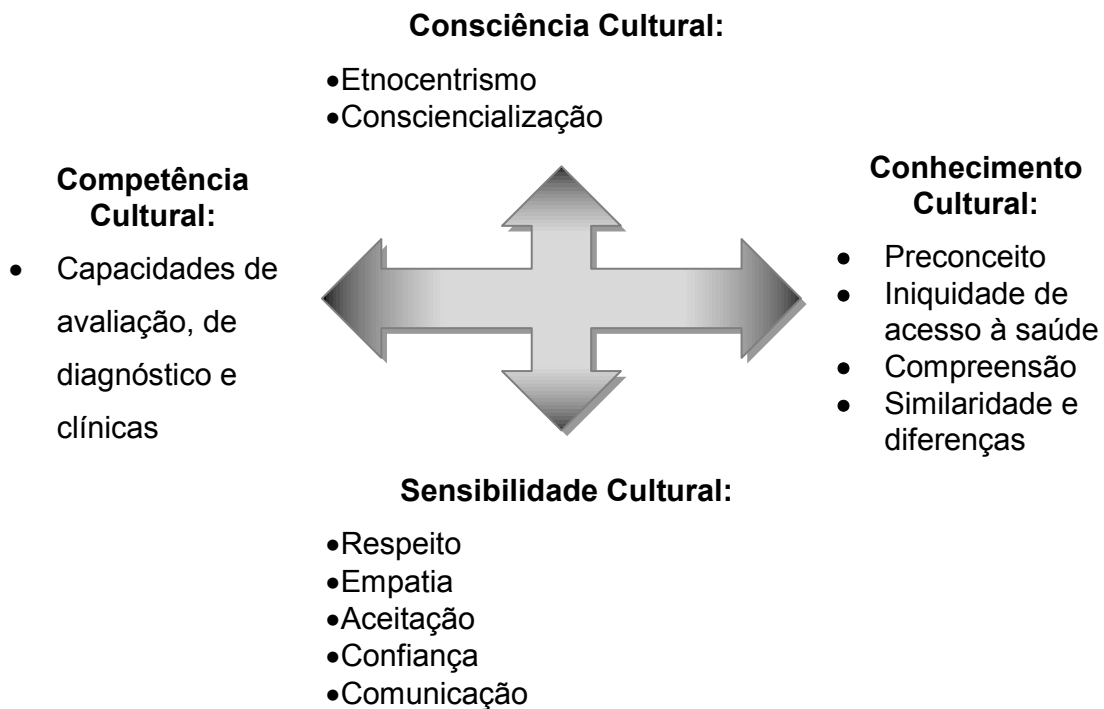
**EP2-8** - “...se tivermos alguém, eu pelo menos falo por mim, se houver alguém que tenha uma relação mais construtiva comigo, mais empática, que vá realmente ajudar-nos a confiar na pessoa, que de alguma maneira venha identificar aquilo que necessito ou...”.

Sub- Categoria	Portugal	Brasil
<b>Consciência cultural</b>		
<b>Etnocentrismo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatores adaptativos</li> <li>• Doente tem que se adaptar</li> <li>• Preocupação com a doença</li> <li>• “tem que ser”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatores adaptativos</li> <li>• Doente tem que se adaptar</li> <li>• Preconceitos entre regiões</li> <li>• “tem que ser”</li> </ul>
<b>Sensibilidade cultural</b>		
<b>Adequação/ Facilitação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rigidez dos serviços</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rigidez dos serviços</li> </ul>
<b>Respeito</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Privacidade - Exposição do corpo, vergonha</li> <li>• Espaço pessoal</li> <li>• Autonomia</li> </ul>	
<b>Empatia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empatia facilita adaptação ao internamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preconceitos da prática de enfermagem</li> </ul>

**Quadro 2 – Expectativas em Relação ao Internamento**

### 3.1.3. PERSPETIVAS DE DESEMPENHO OBSERVADO

Nesta categoria pretendia-se que os estudantes relatassem situações de prestação de cuidados culturalmente competentes onde estiveram envolvidos, quer como cuidadores, quer como observadores. Nesta categoria, os estudantes que ainda não fizeram ensinamentos clínicos não deram o seu contributo por não terem experiências vividas, a não ser as pessoais já analisadas nas vivências.



**Figura 7 - Perspetivas de Desempenho Observado**

## CONSCIÊNCIA CULTURAL

### Etnocentrismo

Do discurso dos estudantes foi possível identificar algumas opiniões suportadas por uma visão etnocêntrica quando defendem a **homogeneidade dos doentes** de quem cuidaram e que, mesmo na diferença, o esforço de **adaptação tem que ser dos doentes** porque já sabem o que é esperado e o que podem esperar de um internamento, pelo que o cuidado deve ser igual para todos:

**EP1-2** - "...contactei com várias raças e culturas diferentes, raças, etnia cigana, raça negra também, cuja cultura é bastante diferente e peculiar, mas foram situações ligeiras não foram características culturais que marcassem muito, não foi como aqueles que se falam nas aulas, testemunhas de Jeová....";

**EP1-1** - "... tive sorte no cigano que me calhou";

**EP2-1** - "...tenho, acho que há diferenças, há doentes que têm outra maneira de estar... não são tão exigentes... tem a ver com a personalidade de cada um, há pessoas que não são tão exigentes e o internamento até se torna mais agradável também para eles, ao contrário dos outros, que ficam mais stressados com o internamento...".

A expectativa da equipa de saúde de que os doentes tenham uma postura passiva em relação à saúde, é um tipo de etnocentrismo que Oliveira (2002),

classifica de “equipecêntricos”, que se manifesta por juízos de valor pré-estabelecidos determinando o que é adequado, ou não, em relação aos cuidados de saúde que prescrevem. Sendo a experiência de saúde e doença sempre moldada culturalmente, esperar que os cuidados prescritos possam ser determinados apenas pela equipa de saúde sem incluir doente e família, incorre no risco de não obter os benefícios desejados.

A competência cultural, como refere Campinha-Bacote, deve manifestar-se como um desejo do enfermeiro e não esperar que os doentes de quem cuidamos manifestem a diferença e a requisitem. Associado à exigência dos doentes, estudantes dos dois países continuam a referir diferenças entre o **público e o privado**:

**EP2-1** - “ ...nos hospitais públicos é o mais comum acontecer... enfermarias onde há... essa mistura... acho que as pessoas à partida já têm a visão de que é assim, já têm a perceção que vai ser assim e portanto já não...”;

**EB3-3** – “Não senti nenhuma demanda assim...”;

**EB4-4** – “Depende da família e da pessoa, se pedir e isso for comunicado à equipa de enfermagem...”;

**EB4-4** - “ Nos hospitais públicos essa é a diferença, de que assim é que a questão não é exatamente a qualidade, mas você desenvolver o seu trabalho sem o mínimo de interferência...”.

### Conscencialização

**A reflexão** é fundamental para a melhoria do desempenho e foi referido nas duas perspetivas, reflexão feita e reflexão não feita:

**EB3-2** – “...então a gente pensa... eu fiquei.. esse foi um momento crítico para mim, porque foi um momento em que eu refleti muito...”;

**EP2-1** – “..não, por acaso não, não refleti, porque já estive noutros serviços em que acontecia a mesma coisa, não foi ali, nos nossos hospitais é o que é mais comum, aquilo não é um hospital particular, não é...”.

## CONHECIMENTO CULTURAL

Nesta categoria emergiram várias subcategorias relacionadas com a diversidade das pessoas que recorrem ao sistema de saúde. A panóplia de crenças, mitos, formas de encarar a saúde e a doença geram estigmas e preconceitos por parte dos profissionais de saúde, determinam desigualdades no acesso à saúde e influenciam a procura de conhecimentos e de estratégias para adequar o cuidado.

### Preconceito

A maioria dos estudantes dos dois países tem um **discurso de indignação** relativamente a qualquer tipo de preconceito:

**EB2-4** – “...agora você se recusar a atender uma pessoa só porque ele é homossexual, isso é uma coisa completamente... porque isso é preconceito e se ela ler legislação esse tipo de preconceito é crime, quer dizer não pode...”.

No reconhecimento da existência do racismo, os estudantes dos dois países têm posturas diferentes. Os estudantes brasileiros reconhecem com maior frontalidade que o povo brasileiro é racista, embora considerem que é um sentimento atenuado nas camadas mais jovens, enquanto os portugueses têm inculcada a ideia de ser um povo tradicionalmente “não racista”, como evidencia no seu estudo Rosa Cabecinhas, (2003).

No entanto, uma estudante brasileira de origem japonesa que esteve em Portugal a estudar num programa de intercâmbio entre universidades referiu:

**EB3-4** – “...Em Portugal não tem japonês, né, tem muito poucos e se tem que nem eu, não é considerado japonês, eles achavam que eu era chinesa,.. experimentei uma parte um pouco ruim dessa questão porque os chineses não são muito bem vistos, né, por algumas pessoas, então eu senti assim um pouquinho assim de olhares estranhos assim, ou mesmo vá... falta de simpatia...”.

Estudantes dos dois países nunca presenciaram práticas racistas na profissão de enfermagem, embora reconheçam que **se a pessoa é racista, não deixa de o ser**, por ser enfermeiro:

**EB4-4** - “Não, eu acho que em relação à saúde eu não, eu nunca lidei com esse preconceito como em relação à cor de pele, né, mas em relação à saúde pelo que eu percebi até hoje num geral, tentam ser mais ... a doença vem em 1º lugar... aí depois quando a doença está sendo tratada é que você vai olhar às outras

características, né, aí é que você vai reparar e aí é quando você se depara com a religião diferente, a cor diferente, com...”.

Mas o estigma público/privado volta a ser mencionado pelos estudantes brasileiros referindo-se a histórias que ouvem contar de **comportamentos racistas de doentes** nos hospitais privados.

**EB3-2** – “...não identifiquei isso no estágio por nenhum profissional, mas deve ter sim, porque se a pessoa traz isso ...então ela vai acabar por transparecer isso nas suas atividades do dia a dia, agora teve um momento, que a minha prima também fez enfermagem... ela foi, entrou no quarto para poder atender o paciente, e o paciente falou: – «Eu não quero ser atendido por você porque você... » ele, não sei qual foi o termo que ele usou, se quis dizer que ela era negra ou que tinha um cabelo ruim, mas chegou e ele falou: - «Eu quero ser atendido por aquela ali, pela sua amiga»... aí minha prima ficou assim... não foi nem por parte do profissional, foi do doente, porque também pode acontecer isso, né...”.

Mas se as crenças culturais podem ter algumas nuances entre os dois povos, os **estereótipos profissionais** que criam estigmas dirigidos a “**grupos de doenças**” e a “**tipos de doentes**”, foram descritos pelos estudantes dos dois países:

**EB2-1** – “..eu lembro mesmo, que havia dias que ela estava bem, porque ela usava, sim, havia dias que ela estava «super» bem, tinha dias que ela gritava! Eu acho que ela estava com crise de abstinência, né, gritava, jogava com a comadre, a minha sorte é que não ficava... era dia sim, dia não, que eu ficava com ela e nesses dias que eu ficava com ela, estava calma...”;

**EP1-1** - “...tive um doente neste último estágio, não é que ... foi um doente difícil ...e o utente estava sempre a chamar muito, era muito dono da sua medicação, então ele pedia.. pedia a nossa opinião sempre por qualquer razão, mas depois fazia como queria... era um doente muito apelativo... e pedia muita coisa... eu nunca recusei nada, mas...”.

Ao contrário do racismo que é negado pelos estudantes, os **juízos de valor** feitos por enfermeiros são descritos por vários estudantes de ambos os países:

**EB3-3** – “...eu vi, sim, vi, isso a gente vê muito, ouve a enfermeira falar... ah, aquele lá, mãe e não sei quê e fala um pouco mal e que é meio folgada, a gente ouve um pouco isso é... e não devia fazer isso... e também aquela questão da menina de 15 anos engravidar! Aí se ouve muitas vezes «aí também a menina é uma safada e não sei quê»mas não, entendeu, a gente não sabe como é que ela vive, se aquilo... tudo bem, a gente não sabe, entendeu, é bom não julgar, mas é difícil....”.

### Iniquidade de acesso à saúde

Este foi infelizmente um dos problemas referidos nos dois países relacionado com a **pobreza** e o acesso à saúde. Os estudantes brasileiros consideram que existe uma estrutura de apoio de saúde para quem tem mais dificuldade de acesso, com medicação gratuita e uma equipa alargada de apoio nas UBS, mas referem alguns problemas que originam atrasos e **incapacidade de resposta do sistema**:

**EB4-4** - "...mas há assim um encadeamento, sendo encaminhado para um atendimento mais especializado, o problema é mesmo a demora...";

**EB3-1** - "Aqui a medicação é gratuita para todo o mundo em qualquer lugar...";

**EB1-4** - "...eles não passam essas informações diante das pessoas... nem fala no que é que pode ajudar lá dentro, a maioria da sociedade não frequenta UBS frequenta o hospital direto,... acho que o grande problema além da falta de credibilidade da UBS é o facto de algumas serem uma maioria no público e o recurso não é muito bom,... tá faltando aparelho para fazer certos exames, não tem um profissional todo o dia, ...eu acho que falta muito investimento da parte do governo.. acho que se tiver uma comunicação melhor de onde deva ir... é porque eu acho que não tem muita informação...";

**EB2-2** - "...a atenção básica, como a gente aprende, é a porta de entrada para o SUS,... e... eu até vejo assim um acesso até meio que... global das pessoas, embora que as pessoas que moram mais afastadas da UBS em que eu estou são as pessoas que mais necessitariam da UBS e aí, infelizmente... faltam bastante às consultas, tem bastante relato no prontuário, ah, faltou à consulta, na próxima, ah, faltou à consulta, é difícil resgatar essas pessoas que moram mais afastadas...".

Também em Portugal foi referido o problema da pobreza e do acesso à saúde, mas introduzindo o problema da **imigração ilegal** e das consequências para a manutenção da saúde:

**EP1-1** - "...quando estive na Saúde Comunitária tive ...um sr. de raça negra .... em que este sr. veio para cá... ele tinha muita dificuldade em solicitar ajuda, ...e o sr. era diabético e ...não tinha condições para trazer a filha para cá, nem para comer, era um sr. diabético...o que ele comia, muita vez, era arroz ...para além disso não tinha dinheiro para comprar a medicação, mas foi um sr. que não pediu ajuda, não fez nada, ele começa .... Foi um diálogo muito estranho, não foi muito estranho, foi difícil, ele foi difícil ajudar, eu na altura não tinha muita autonomia o que fiz foi ir ao gabinete ao lado falar com a enfermeira que me disse que neste caso não podíamos fazer nada...";

**EP2-2** "É uma associação muito gira, passei dois dias e foi muito rico, porque eu consigo perceber que se nós ensinamos é muito bonito, mas depois na prática é possível? Por exemplo, o caso de uma sr<sup>a</sup> cigana que realmente, tocou-me imenso, ela tem quatro filhos nasceu agora o 5<sup>o</sup> e ela não tem leite, e tem possibilidade de vir buscar o leite gratuitamente, é a única maneira de dar, só que

ela tem quatro filhos e ela pergunta: - «Srª enfermeira, quem é que leva os meus quatro filhos à escola? » são pequenos pormenores que só sente realmente quem faz...”.

### Compreensão

A **compreensão das crenças de saúde**, da história, do seus hábitos, e das diferenças psicológicas e biológicas são aspetos fundamentais no cuidado culturalmente competente e foram também referidas pelos estudantes:

**EB 4-4** “...srª come macarrão todo o dia porque eu não tenho dinheiro é o que rende para dez pessoas e por ter essa base, né, por tentar procurar essa base mais investigativa de tentar conhecer a pessoa, eu fui buscar entender então, eu já consegui usar em vários lugares essa... avaliação um pouco mais ampla do indivíduo...”;

**EP1-1** “...a srª não tinha a noção de que precisava para ter alta, para manter a saúde a longo prazo que tinha que aprender a gerir aquela medicação, a srª não estava para aprender, nem ela nem a família, nós falámos com o filho e não é que tenha sido desvalorizado, mas ... fica para amanhã não e ...”;

**EB4-4** “... outra área que você tem dificuldade de tornar mais... essa relação mais maleável foi obstetrícia que não queriam que o pai entrasse para ver o parto do próprio filho, tinham ideia que ia atrapalhar e eu chamei o pai para dentro da sala, e eu fui chamada depois para conversar com a chefe do lugar, que aquilo era uma regra que eles não permitiam... mesmo estando na lei brasileira...”.

Se por um lado a rigidez, descrita pelos estudantes, nas regras e rotinas é um facto no funcionamento das instituições, também por outro a **flexibilidade e a negociação**, observadas pelos mesmos, permitiu exceções principalmente em situações de fim de vida.

### Similaridades e diferenças

Para que se possa reconhecer as similaridades e diferenças tem que existir pro-atividade no seu reconhecimento e não ficar na expectativa de que seja o doente a pedir. Alguns estudantes relataram iniciativa na procura de entendimento das diferenças tendo referido o **recurso a familiares** com contacto com a especificidade da cultura para o esclarecimento de dúvidas, ao **próprio doente e sua família**, mas nenhum mencionou o aprofundamento do estudo sobre a cultura ou recorreu aos professores para apoio:

**EP2-6** - “...eu tenho muitas culturas na minha família o que me ajuda imenso, já tive que cuidar de uma srª indu que eu fui a correr para a minha avó - o que costumavas fazer?...”;

**EB4-4** – “Fui percebendo, foi mais a questão de perceber, de perguntar para um colega ou outro e assim o meu avô tinha trabalhado uma época com muçulmanos e aí eu perguntei a ele e aí ele falou para mim que alguns deles preferiam que a mulher baixasse um pouco a cabeça...”.

## **SENSIBILIDADE CULTURAL**

Esta é uma categoria que por ser transversal à prática de enfermagem, tem sempre muitas referências por parte dos estudantes e que fazem emergir várias subcategorias e indicadores que resumem as unidades de contexto encontradas.

### **Respeito**

Nesta subcategoria incluí o respeito demonstrado ou não pelos profissionais de saúde, pela liberdade religiosa, pelos hábitos e rotinas, pelas normas e valores dos doentes de quem cuidam.

Relativamente à **liberdade religiosa**, estudantes de ambos os países concordam que os doentes têm liberdade religiosa, mas poucos referem ter validado as necessidades dos doentes para a prática do culto da sua religião:

**EB3-3** - “...e a gente tinha uma entrevista para fazer com o paciente e perguntava da religião dele e com que frequência ele ia na igreja, quanto era importante, o significado de Deus na vida deles, a gente questionava muito, né, ..., eu sinto depois que eu fui fazer adulto, eu fiz entrevista e não era mais perguntado a ele de religião, é uma coisa que passa batido, mas ...mas eu não vejo que o serviço tenha um apoio. Eu sei que alguns hospitais, alguns que a gente frequenta, têm até uma igreja, é uma capela, uma igreja, alguma coisa que eles possam sair e ir ouvir a palavra de Deus...”;

**EB4-1** – “...não, nunca... não, na verdade eu acho que isso nem é questionado para a família, eu gosto muito de UTI e é onde os pacientes têm maior número de óbitos, talvez, e eu nunca vi em nenhum momento, questionarem a família. Olha, o paciente, né, está com um papo crítico ruim, vocês querem chamar o padre para dar extrema unção, né, que a gente fala sou católica, então... ou se existe uma entidade que queiram, venha, eu acho que isso é às vezes realmente muito negligenciado na enfermagem, aqui no Brasil pelo menos...”;

**EB4-4** - “...não, não têm muito essa preocupação de «o sr. precisa de alguém» é, eu vejo que o sr. é católico, é... vejo que você está lendo a Bíblia, já pensou em chamar um padre, possivelmente para ir à missa? Não, eu nunca vi isso...”;

**EP2-4** - “...não, em termos de religião e isso por acaso nunca tive assim pessoas com outra religião ou com outras crenças ou assim, mas os que tive nunca senti que isso me impusesse alguma coisa...”.

A maioria dos estudantes não é estimulada em ensino clínico para a preocupação com os aspetos espirituais dos doentes e apesar desta incongruência entre considerarem que dão liberdade religiosa e o não perguntarem as **necessidades de culto** do doente de quem cuidam, houve também estudantes que já tiveram experiências de apoio espiritual.

**EP2-7** - "...tive, tive uma sr<sup>a</sup> que era indiana... tinha uma situação que, pronto, só o fisioterapeuta para fazer aquelas ligaduras e ela fazia não sei se eram bem rezas, ela fazia um culto depois dos cuidados de higiene, fazia um culto dela e então tínhamos sempre que esperar que ela terminasse o culto para fazer as rotinas...";

**EB1-1** - "Muito, mas muito mesmo, tem até um caso de um senhor que ele era evangélico e cantava no coral e ele queria participar, aí foi o coral inteiro para dentro do hospital, naquele hospital paliativo do onde estou lá no Cotoxó, na Vila Madalena, e foi o coral inteiro e eles cantaram para ele, assim independente da religião lá está sempre aberto...".

A propósito dos diferentes cultos praticados no Brasil encontrei duas posições distintas nos estudantes:

**EB3-3** - "...eu acho que isso é muito de região, você está falando daquela mãe de santo, vestida de branco na mesa com os orixás, eu acho que isso é muito mais região norte, na verdade, aqui é difícil. E você ainda encontra porque eles têm aqueles negócios de amarração de amor... orixá... venha ver seu futuro... tem umas coisas assim, é muito pouco acessível às pessoas aqui, é uma caricatura do Brasil, eu acho...";

**EB4-4** - "... há uma certa resistência, né, em relação às linhas afrodescendentes, aí a umbanda, ao candomblé, aí ainda tem uma certa resistência, está um pouco mais aberto para as mais espirituais assim o Allan Kardec, não é, a mesa branca como eles chamam, mas assim o mais comum é que mesmo que a pessoa não seja daquela religião fala que é católica ...para se tentar prevenir de preconceitos você percebe que a pessoa é de outra religião que ela não conhece muito, mas ela acaba falando que ela é católica para não sofrer preconceito...".

A **privacidade** é outro aspeto que os estudantes portugueses continuam a referir quer pela atenção que têm em preservá-la no seu cuidado, quer pelo cuidado que observam nos enfermeiros, mas um dos aspetos que referiram com alguma incompreensão foi a falta de pudor de alguns doentes, relacionando-o com alguma aculturação ao hospital:

**EP2-5** - "...tentava que a minha postura corporal lhe desse alguma privacidade ...mas por exemplo há muita gente que a gente está a dar uma higiene e fica lá a dar um recado, e há muito isso... mas depois eu acho que os doentes, uma coisa que me faz confusão é os doentes habituarem-se a isso e já acharem isso normal... na obstetrícia, nas puérperas, quando eu chegava ao pé da utente, então

vamos fazer a sua avaliação, para ver como é que está e a sr<sup>a</sup> automaticamente abria a camisa e as pernas... já estavam tão habituadas que chegassem ali que as destapassem todas que elas faziam aquilo sem ninguém lhes dizer, as pessoas estão ali naquela posição e acham que têm que se submeter àquilo...”

Em relação aos **hábitos** foram referidos aspetos relacionados com os **horários das visitas e da alimentação** e a sua rigidez ou flexibilidade, defendendo a necessidade de negociar os limites e as exceções. Em ambos os países os estudantes relataram experiências positivas e negativas de adaptação, e defendem que depende do hospital e do serviço, mas também da disponibilidade do enfermeiro para estar atento. Ambos referiram que lhe é dada pouca **autonomia** para mudarem as regras:

**EB4-4** - “...independente de onde você vá, então não permitem que a pessoa tenha a sua própria rotina, ela é imposta via rotina do hospital, então ela tem que viver de acordo com a visita médica, então ela aguarda a manhã inteira pela visita médica que é um ponto muito stressante, às vezes ela está em jejum, e só nessa visita médica que vai ser liberado esse jejum, porque você já ligou para o médico que diz que ele tem que avaliar... então essa pessoa pode não precisar mais e ... então assim ,não há, não vejo essa liberdade, quando eu posso, eu forneço essa liberdade mas mesmo assim eu sou cobrada para seguir um padrão, né,... camas arrumadas, pacientes limpos, comida no prato, que sejam todos perfeitos com a medicação correta, e que sejam calmos em seus leitos é isso que é expetável...”;

**EP2-4** - “... depende dos serviços, porque por exemplo em neurocirurgia aquilo também não convinha estar muito mais que aquele tempo, mas também acho que há outros serviços, por exemplo obstetrícia onde eu estive, mesmo em medicina, mas em medicina por acaso eles são muito liberais nesse aspeto, senti mais isso na obstetrícia, muito aquela rigidez. porque há momentos...”;

**EP1-3** - “... eu, na altura não tinha muita autonomia, o que fiz foi ir ao gabinete ao lado falar com a enf<sup>a</sup> que me disse que, neste caso, não podíamos fazer nada...”.

### Empatia

Nesta subcategoria incluí o apoio emocional demonstrado nas exceções abertas a **visitas** e a **doentes em fim de vida**.

**EP3- 1** - “...já me aconteceu neste estágio, uma sr<sup>a</sup> que, aquilo era só permitido uma visita por horário, e houve uma sr<sup>a</sup> que me pediu se podia ir lá fora ver a neta... e ela gostava muito e eu falei e isso foi possível e acho que isso foi importante...”;

**EP4-0** - “... um sr que estava em fase terminal e na passagem de turno disseram que a família estava exaltada e que tínhamos que ter muita calma ...e pronto lá fui eu um bocadinho a tentar ficar mais calma, não é, e pronto o que eles estavam era tristes, ...é claro que o familiar estava a morrer e depois eu falei com a enfermeira e pedi se a sr<sup>a</sup> podia estar lá depois da hora das visitas e foi importante, porque o

sr. acabou por falecer essa noite e assim, pelo menos a família teve oportunidade de se despedir do doente, acho que é uma das situações que devemos quebrar um bocadinho as regras da instituição...”;

**EB1-1** - “... é paliativo, eles permitem até cachorro, ..essa sr<sup>a</sup>, ela não tinha filho e ela era muito apegada com os cachorros dela e ela estava muito deprimida porque ela temia pelos cachorros, aí autorizaram ela levar alguns cachorros para o hospital, assim independente da religião ou outra coisa, o cachorro também faz parte, nossa, eu fiquei «super» emocionada de ver o cachorro...”;

**EB4-3** - “... esse paciente que foi ao óbito ...foi bem respeitado, sendo que eles ficaram o dia inteiro com o paciente até o óbito e quantas pessoas quiseram,... um espaço só para eles...” ,

**EB4-3** - “...só às vezes em pediatria,... não saber lidar de frente com a família,... a pediatria tem aquela coisa que querendo ou não é uma mãe, a mãe ela fica extrema ...porque é o filho dela que está doente e ela é mãe acima de tudo, então às vezes eu percebo que falta uma... falta uma percepção de também ver... e de respeitar aquela mãe naquele momento que parece que ela é um estorvo, ...ela é quem enche o saco, ...isso eu reparei bastante em pediatria...”.

### Aceitação

Nesta subcategoria foram colocadas as asserções que poderiam atribuir contacto com outras religiões, culturas ou práticas que levem a confronto de valores e a reação dos estudantes perante essas situações.

Uma estudante brasileira relata uma experiência com **médicos homeopatas**, mas sem ter mostrado interesse em procurar a justificação para a recusa de vacinação:

**EB41** – “...uma vez aconteceu um caso bem interessante, que teve uma epidemia de sarampo e a gente tem que ir na casas para vacinar por precaução, e teve uma família que os pais eram médicos homeopatas, então eles não deixaram vacinar as crianças porque eles não acreditavam na vacina, ...eu não sei qual é que era... porque é que eles tinham esse pensamento, poderia ter uma parte cultural ali mesmo...”.

Tanto estudantes portugueses como brasileiros tiveram experiências com **crianças vítimas de violência** e ambos ressaltam a atenção aos sinais para se fazer o diagnóstico da situação:

**EB4-2** – “..Já tive, só que aí que nem eu vi no HU (hospital Universitário) e lá eram crianças com suspeita de violência e encaminhadas para a assistente social e a assistente social é que entra com investigação,... por parte da enfermagem,... assim, eu sei que durante o atendimento, as pessoas procuram ficar atentas por exemplo vendo que houve essa situação com a criança, procuram ficar atentos ao familiar, como está aquele vínculo, se tem alguma suspeita se dá para perceber.. nesse sentido, né, assim...”;

**EB4-3** – “...de violência assim infantil, a gente tem um estágio que a gente faz num centro lá na Liberdade,... é um centro que só tem crianças abandonadas,... só que a gente ficou muito pouco foi só o reconhecimento, então foi bem esporádico...”;

**EP2-6** - “...no centro de saúde já tive... com crianças e tive possibilidade de ter estado mesmo na associação e a sessão que tive com as crianças e de ter contactado com elas é extremamente difícil perceber estas crianças porque muitas vezes, porque só nós conseguimos perceber numa primeira consulta, a orientadora que estava comigo disse, ... percebeu que quando a mãe falou na ama, a menina começou a chorar, tinha-me escapado completamente...pronto, a criança tinha dois anos, é normal que chore eu nunca associei e é difícil...”.

Embora de **etnias diferentes**, estudantes dos dois países tiveram experiências com culturas muito diferentes, em que tendo percebido a necessidade de ter conhecimentos para cuidar, um recorreu a familiar para obter informações, outro fez pesquisa para permitir uma reflexão sobre a situação vivida:

**EB4-4** – “...tive uma mulher muçulmana e foi terrível... e aí ficou muito difícil porque é assim, ela podia falar comigo, mas se entrava um homem ela parava de falar ...então é muito difícil, porque aí o marido dela tinha que vir para ela poder falar com o médico, aí vem o marido, aí ela tem que falar para ele... foi muito difícil...Senhora qual é o grau de dor, ela ia lá e falava para ele, e ficou muito difícil e aí faz que a equipa fique muito brava, né, porque não consegue acessar o paciente, mas se você tem uma cultura ..eu respeito isso,... comigo ela falou porque eu era mulher, aí o esposo dela não era muito acostumado que uma mulher se dirigindo para ele e falando, né, nem vendo o cabelo então...”;

**EB4-4** – “... meu avô falou para mim, que alguns deles preferiam que a mulher baixasse um pouco a cabeça... eu é ...eu não vou baixar um pouco cabeça para falar com ele, eu vou falar do mesmo jeito, talvez com ela eu tenha um pouco... seja um pouco diferente, mas com ele eu não vou seguir, porque eu não concordo com a submissão, mas.... foi uma questão minha de valor, eu não quero me submeter a isso você tem que cuidar dela, ela a doente...”;

**EP1-3** - “... estou-me a lembrar agora de uma situação interessante que tive na saúde comunitária, eu fazia domicílios, foi em Via Longa, existe uma grande comunidade cigana e uma vez, deslocámo-nos ao acampamento... vá lá deles e... foi assustador porque embora a minha enfermeira orientadora não tivesse problemas, já está habituada com eles, já os trata pelo nome, já lá está lá há muitos anos, para mim foi assustador, porque o carro parou, a enfermeira saiu, eu saí, e de repente só via ciganos à minha volta e eu... que é isto, onde é que eu estou? Cheia de medo, mas depois percebi que não fazia sentido porque eles respeitam muito os enfermeiros e os médicos...”;

**EP1-3** - “..não gostei, porque tive muito medo, mas entretanto, fui ler coisas, fiz uma reflexão sobre esse tema e pronto, fez-me também entender que é mesmo assim... fui à internet, fui ler um bocadinho sobre a história e a origem do povo cigano e achei muito interessante ... ah, não tinha nada a noção, daí os mitos,

porque dantes associava-se o povo cigano a pessoas que roubavam, daí o mito continuar a arrastar-se até aos nossos dias, porque eles eram pessoas do mal, não eram pessoas do bem, e então foi interessante perceber isso...”.

Os **dilemas éticos** que colocam confronto de valores foram também experienciados por estudantes dos dois países:

**EB4-4** - "... era uma testemunha de Jeová, e no primeiro momento deixou claro isso, deixou logo claro de que ela sabia que estando no hospital e independente do que ela tivesse e se ela estivesse em risco de receber sangue ela não queria, deixou isso claro no primeiro momento que eu entrei...”;

**EP2-1** – “...(doentes alcoólicos/transplante hepático), pois isso é uma questão, ...nas passagens de turno, ouvi sobre isso, umas enfermeiras que não estavam de acordo e outras que estavam, eu pensei sobre isso e não sei, eu concordo que há muita gente a precisar de transplantes e eu penso que aí a pessoa que cumpre merece mais do que a pessoa que já foi transplantada e que tem uma forte probabilidade de continuar a beber e possivelmente não vai ser um transplante de sucesso...”.

### Confiança

A confiança no sistema de saúde e nos técnicos é fundamental para o doente acreditar na proposta de tratamento que lhe é feita. Vários estudantes brasileiros falaram da **influência dos media** na imagem dos enfermeiros, e estudantes portugueses referiram episódios de **desconfiança** dos doentes que não souberam interpretar.

**EB 4-2** – “...sabe que tem muitos problemas com isso, assim de sair nos «media» e tudo, com erros de enfermeiro e sempre é erros de enfermeiros da equipa de enfermagem isso é muito recorrente na televisão então, eu acho que a população está meio desconfiada, tanto que eu já ouvi, até fiquei meio ofendida num ponto de ônibus, eu estava lá no HU, não de branco, eu estava de roupa normal, então eu estava tipo uma usuária que tinha acabado de sair do hospital e ela estava a falar acompanhando alguém ou foi lá visitar alguém e ela falou pelo telefone, ah... fiquei lá de olho, né, vai-se lá saber se a enfermeira é doida e colocava alguma coisa, a pessoa tem medo, né, confunde, troca o soro com outra coisa, então aí eu fiquei meio assim chateada, né, de ouvir aquilo..”;

**EP2-9** – “Eu tive outro utente que estava muito ansioso e tinha crises de vômito e puxava o vômito e estava todo transtornado e então o que é que eu fiz, conversei com o sr., perguntei se ele se sentia melhor, se ele estava mais animado, se ele estava mais bem disposto, e ele disse que andavam a enganá-lo..., este foi só um bocadinho da conversa, ele preferiu acreditar no doente do lado que é engenheiro, do que no médico...”;

**EP1-1** - “...houve uma situação em que tínhamos pedido o ipratrópio há pouco tempo e desapareceram e o doente disse que não sabia deles e que não tinha nas

suas coisas, ...e estavam lá, pronto foi uma situação que me deixou assim um bocadinho.... Sim, porque ninguém gosta, não é ...”.

### Comunicação

Na comunicação são incluídas principalmente situações que envolvem dificuldades de comunicação provocadas por **códigos diferentes** ou **deficiências de comunicação** e as **estratégias** que foram utilizadas pelos estudantes para conseguirem entender e fazer-se entender. Nesta subcategoria muitos estudantes portugueses tiveram experiências com doentes estrangeiros e utilizaram várias estratégias: gestos, desenhos, computador, recurso à família ou a outros doentes. Referiram nunca ter conseguido o apoio da embaixada para tradutor, mas uma estudante refere o apoio de um mediador cultural no contacto com a cultura cigana.

**EP3-7** - “...aconteceu-me, tive uma doente ucraniana, comunicava por gestos e o que ela fazia era, ela falava com a mãe ao telefone e passava o telefone à filha que estava internada e a mãe traduzia... falou-se nisso de arranjar um tradutor, mas não estava disponível...”;

**EP4-0** - “... tive um doente ucraniano e outro francês,... é complicado, tentamos comunicar é com os gestos com o olhar, qualquer coisa ...”;

**EP2-2** - “...tive em pediatria uma criança indiana, (mãe) falava uma mistura de inglês, no 1º dia logo, o médico que estava lá no serviço connosco explicou-nos que havia um tradutor on-line, tentámos utilizar, mas aquilo é tão lento ...tentei fazer um desenho com um papel... tentámos falar por gestos...”;

**EP2-6** – “...neste caso do senegalês, por exemplo, tentámos ...um tradutor, e ... passados dois dias e o tradutor não vinha, mesmo a fazer pressão não dá...”.

**EP2-7** - “...tive um doente que falava crioulo e não falava mesmo português dessa vez é que me vi um bocadinho mais atrapalhada... depois é que apareceu uma sr<sup>a</sup> que também foi internada e falava crioulo ..., não sei se há algum recurso em termos de língua no hospital, também não procurei, por acaso não sei...”.

**EP11**- “...a comunicação, por exemplo, hoje em dia até é fácil no hospital. Temos computadores, temos acesso à internet e até é fácil fazer frases e traduzir para a língua diferente... fizemos isso com um doente alemão...”;

**EP1-3** – “...no 1º estágio que fizemos tive contacto com um sr. alemão que só falava Inglês e o orientador teve o cuidado de pôr alguém com aquela pessoa que dominasse um pouco a língua, se fosse comigo ia ser complicado, teria que utilizar a comunicação não verbal...”;

**EP2-6** – “...mas tivemos um caso com um sr. cigano, isto já no centro de saúde, nós tivemos que chamar, não sei como é que se chamam os profissionais, .... são quase comunicadores entre a sociedade de fora e a comunidade cigana, fazem uma ligação ótima...”.

Dos estudantes brasileiros só uma estudante teve contacto com um doente inglês mas que falava português:

**EB3-1** - "...a gente pegou agora em ortopedia uns pacientes, um rapaz que ele é inglês, só que ele já mora no Brasil acho que há uns catorze anos, então ele falava bem o português, então a gente usou o inverso, minha amiga gostava de praticar inglês com ele, então a gente praticava com ele o inglês...".

Um estudante brasileiro cuidou também de um doente deficiente auditivo e uma estudante portuguesa teve uma doente surda-muda e invisual:

**EB2-3** - "...eu tive paciente com uma acuidade auditiva diminuída e aí a gente se adapta, né, fala mais alto, tenta chegar um pouco mais próximo, respeitando o espaço um do outro, mas foi só isso...";

**EP1-1** - "Tive uma doente em neurocirurgia que era surda-muda e cega e aquilo que fiz foi utilizar o toque... porque era o único sentido que a sr<sup>a</sup> ainda tinha... tocava sempre da mesma forma e no mesmo sítio e não sei se também pelo cheiro, mas já me reconhecia..., ficava mais calma quando lhe tocava...".

## COMPETÊNCIA CULTURAL

Nesta categoria incluí numa mesma subcategoria as situações relatadas pelos estudantes que envolvem capacidades de avaliação, diagnóstico e clínicas.

### Capacidades de avaliação diagnóstico e clínicas

Alguns estudantes portugueses durante a entrevista foram capazes de refletir no desempenho que tiveram em situações de cuidado com doentes em situações mais difíceis, tendo descrito as **dificuldades sentidas** e alguns estudantes concluído que poderiam ter agido de uma forma mais proativa para dar resposta a algumas necessidades culturais.

**EP1-1** - "...por acaso.. não me lembrei de lhe perguntar se poderia ou se queria alguma alimentação especial, não foi uma sensibilidade minha, foi uma coisa que nunca tinha puxado, em vez de ser o doente a pedir a cultura sermos nós a oferecê-la nunca tinha pensado nisso...";

**EP1-1** - "(doente presidiário)...quando eu estava a prestar os cuidados ao sr., eu nem sequer pensava nisso, eu também tinha imensa coisa para fazer, não sei se foi por isso que não fiquei a matutar naquela situação (violação idosa), ... ele tentava, não é manipular, mas tentava abusar um bocadinho da confiança, tentava experimentar-nos então foi assim, não foi um desafio, mas tentei ganhar a confiança dele, mas também não dar demasiada para não criar problemas, ...era um sr. que se queixava de muita dor, mas depois em termos de sinais não

aumentava a tensão, mexia-se imenso. Se fosse uma pessoa realmente com dor ele teria outros comportamentos... fiz-lhe a alta e o sr. até desabafou um bocadinho que estava sozinho que só uma sobrinha que estava fora do país é que lhe ligava... mas depois foi... ele teve este desabafo não é, não sei se foi para ganhar um pouco da minha confiança, mas depois houve outra situação estranha, porque os presos normalmente não podem ter ouro com eles e o sr. fez uma conversa de que tinha entrado com ouro no hospital...e então foi estranho...”;

**EP2-1** - ”(enfermarias mistas)... acho que agora que fala nisso, deveria ser pensado, devia ser pensado e mudado também, não é, não sei se será possível, ...não é porque se há uma vaga a preocupação é preencher a vaga sem se preocuparem se é homem ou mulher...”;

**EP3-3** – “...aconteceu-me foi com um sr., eu naquele dia também não estava muito bem e aconteceu-me naquele dia ele estava completamente desorientado, mas era um desorientado que não dava para perceber se era mesmo desorientado, ou se era... agressivo mesmo e pronto tínhamos uma doente, foi também no SO (serviço de observação), tínhamos uma doente ao lado que estava em muito mau estado e os médicos tinham ido constantemente e ele apanhou qualquer coisa como estava infetado e ele começou a dizer, « querem-me matar e quero uma máscara» ...ah e essas coisas começaram a mexer um bocadinho,... percebe? E eu senti assim um bocadinho de revolta, apeteceu-me dizer assim: « cale-se por favor! » mas ao mesmo tempo não pude, deixei o sr. falar.... mas depois eu vim a perceber que o sr tinha estado internado com uma tuberculose e tinha estado isolado, se calhar eram os medos...”.

Também os estudantes brasileiros falaram de algumas situações difíceis que tiveram que enfrentar e de algumas em que **gostariam de ter tido outra atuação:**

**EB3-3** – “...a mãe tinha três filhos com bipolaridade, eles não eram compensados, eles passou medo, sabe....porque eles estavam..., um, a gente falou que estava querendo matar alguém, é assim.... ele não ia fazer nada, é óbvio, mas assim ele... é mas ele não estava com cara, mas a gente ficou assustada, assim sabe...”.

**EB4-3** – “...eu vi famílias que estavam praticamente histéricas por não aceitação da morte que era um caso irreversível até onde a medicina conhece... tem uns milagres e também tem várias limitações da própria ciência e foi muito difícil conversar com essa família porque não tinha essa aceitação, não tinha essa aceitação por questões culturais, ...então foi bem assim mais complicada essa questão de trabalhar essa forma mais psicológica da família, né?...”;

**EB4-4** – “ .... eu tenho mais medo de doente psiquiátrico, porque eu não sei o que esperar, né, ... mas doentes agressivos... no geral eles estão verbalizando para você, né, de que ele vai ficar agressivo ele já demonstrou que ele está descontente, ele dá vários sinais de que ele vai em algum momento explodir, mas eu já tenho mais medo de paciente psiquiátrico ... eu não sei lidar com esse momento deles de fúria porque é diferente...que é um transtorno mesmo mental que aí eu já me perco um pouco para lidar...”.

**EB4-4** – “...Não acho que a gente deva julgar, mas... ela estava com alguns problemas psiquiátricos porque ela tinha depressão e ela quis-se matar tomando aqueles remédios.... eu tinha visto, mas... como eu tinha fé de que ela ia melhorar eu achei que não... ela tentou aí foi quando eu me senti muito culpada porque ela chegou e me falou: « ah, ... , eu não estou aguentando mais... » e aí eu falei: « não, não é assim, toma os remédios, vai na psicoterapia as coisas vão-se assertando aos poucos» e ela falou e ela verbalizou que ela não aguentava mais...”.

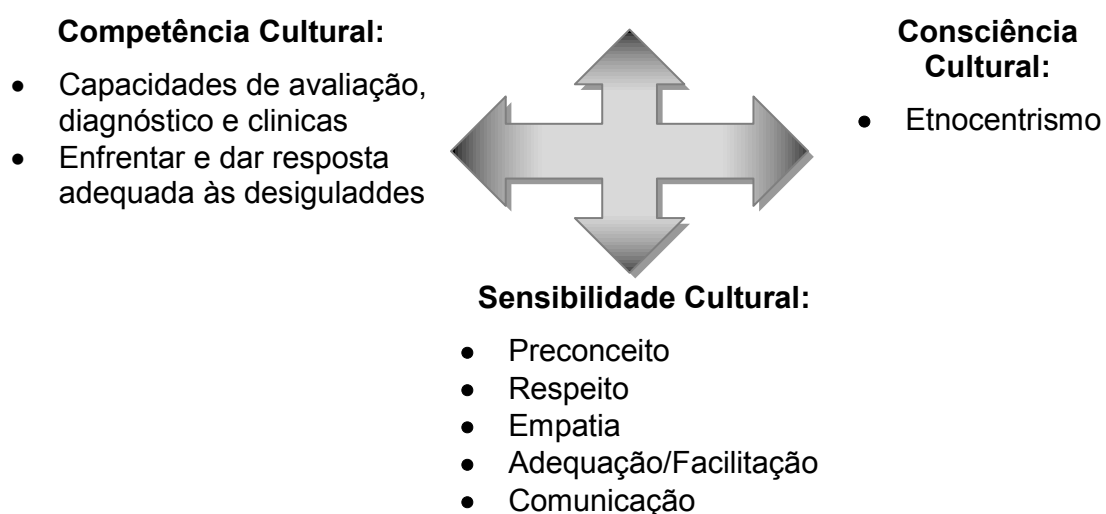
Sub- Categoria	Portugal	Brasil
<b>Consciência cultural</b>		
<b>Etnocentrismo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Homogeneidade dos doentes</li> <li>• “Situações ligeiras”</li> <li>• Público/Privado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Homogeneidade dos doentes</li> <li>• Não senti demanda</li> <li>• Público/Privado</li> </ul>
<b>Conscienciaização</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexão não feita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexão feita</li> </ul>
<b>Conhecimento cultural</b>		
<b>Preconceito</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discurso de indignação</li> <li>• Negação do racismo</li> <li>• Características pessoais mantêm-se na profissão</li> <li>• Estereótipos profissionais</li> <li>• Juízos de valor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discurso de indignação</li> <li>• Reconhecimento do racismo</li> <li>• Características pessoais mantêm-se na profissão</li> <li>• Estereótipos profissionais</li> <li>• Juízos de valor</li> <li>• Comportamentos racistas dos doentes</li> </ul>
<b>Iniquidade de acesso à saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pobreza</li> <li>• Incapacidade de resposta do sistema</li> <li>• Imigração ilegal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pobreza</li> <li>• Incapacidade de resposta do sistema</li> </ul>
<b>Compreensão das diferenças</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crenças de saúde</li> <li>• Negociação</li> <li>• Flexibilidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crenças de saúde</li> <li>• Negociação</li> <li>• Flexibilidade</li> </ul>
<b>Similaridades e diferenças</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familiares com a mesma origem</li> <li>• Familiares do doente/Doente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familiares com a mesma origem</li> <li>• Familiares do doente/Doente</li> </ul>
<b>Sensibilidade cultural</b>		
<b>Respeito</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liberdade religiosa</li> <li>• Necessidades de culto</li> <li>• Hábitos alimentares</li> <li>• Horários de higiene</li> <li>• Depende do profissional e hospital</li> <li>• Autonomia</li> <li>• Privacidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liberdade religiosa</li> <li>• Liberdade de culto</li> <li>• Hábitos alimentares</li> <li>• Horários de higiene</li> <li>• Depende do profissional e hospital</li> <li>• Autonomia</li> </ul>

<b>Empatia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas</li> <li>• Apoio em fim de vida</li> <li>• Apoio ao doente e família</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas</li> <li>• Apoio em fim de vida</li> <li>• Apoio ao doente e família</li> </ul>
<b>Aceitação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vitimas de violência</li> <li>• Etnia cigana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Homeopatas</li> <li>• Vitimas de violência</li> <li>• Testemunha de Jeová</li> <li>• Familiar muçulmano</li> </ul>
<b>Confiança</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desconfiança do doente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Influência dos <i>media</i></li> </ul>
<b>Comunicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Códigos diferentes</li> <li>• Deficiências de comunicação</li> <li>• Estratégias utilizadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Códigos diferentes</li> <li>• Deficiências de comunicação</li> <li>• Estratégias utilizadas</li> </ul>
<b>Competência cultural</b>		
<b>Capacidades de avaliar, de diagnóstico e clínicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldades sentidas</li> <li>• Modificariam atuação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldades sentidas</li> <li>• Modificariam atuação</li> </ul>

**Quadro 3 - Perspetivas de Desempenho Observado**

### 3.1.4. PERSPETIVAS DE DESEMPENHO IDEAL

Nesta categoria pedi aos estudantes para pensarem em situações difíceis e no desempenho que gostariam de ter quando fossem enfermeiros pelo que apenas serão introduzidas asserções que os estudantes não vivenciaram, mas asserções das dificuldades e facilidades que esperam vir a encontrar para um desempenho culturalmente competente.



**Figura 8 - Perspetivas de Desempenho Ideal**

## CONSCIÊNCIA CULTURAL

Nesta categoria considerei que as reflexões dos estudantes deveriam configurar o etnocentrismo tanto de estudantes portugueses como de brasileiros.

### Etnocentrismo

Das asserções dos estudantes identifiquei alguns indicadores que podem classificar esta subcategoria. Numa perspetiva etnocêntrica, uma estudante reconhece a **importância de conhecer os seus limites e valores** e apesar da maioria ter um discurso de respeito pelo “outro”, por vezes percebe-se que consideram a sua **opinião com maior legitimidade** que a dos utentes, referindo que gostariam de os fazer mudar de opinião. Defendem também que são as pessoas que se devem **adaptar ao país e à instituição**. Mas tanto numa perspetiva de cultura pessoal como profissional é referida a importância da **abertura e do respeito a todas as culturas**, embora com algumas ressalvas o que se enquadra na perspetiva do **relativismo cultural**.

**EP3-8** – “...eu acho que é importante nós conhecermo-nos e saber os nossos limites os nossos valores, mas... e pormo-nos no lugar do «outro», mas também é muito importante perceber os valores das outras pessoas para tentar respeitá-las ao máximo porque acho que acima dos nossos valores estão sempre os valores das outras pessoas..”;

**EP1-9** – “...mas devíamos ter assim armas mentais para conseguir dissuadir a pessoa, porque uma pessoa morrer, uma criança morrer, por causa da religião!!! É que o valor da vida é muito mais importante do que o valor da religião...”;

**EP5-4** – “...é assim, eu acho que no nosso país, por uma lado acho que sim, mas por outro é assim se as pessoas vêm para o nosso país e é o que acontece com qualquer pessoa que muda de país, têm que saber as regras, têm que se adaptar às regras...”;

**EP1-1** – “...pois é eu aqui não estou na minha casa, então eu vou ter que me adaptar, se calhar...”;

**EP3-4** - “... a mim já me perguntaram na turma se eu conseguiria tratar de um nazi, eu conseguir tratar eu conseguiria, mas também dava-me ao trabalho de estar lá sempre ao pé dele, para ele saber que eu tenho uma cor diferente e, que se for preciso também tenho uma religião diferente da dele, só para ele saber que sou eu que estou ali a tomar conta dele e que não é outra pessoa qualquer. Acho que vincava um bocado o pé nessa aspeto, e se fosse inimigo, os nazis não são só meus inimigos, eles são de quase toda a gente na terra...”;

**EP3-4** - “...A minha mãe nunca me ensinou a excluir nenhuma cultura, eu não sei, eu não me conheço assim, nem ao meu pai nem à minha mãe, eles sempre me

ensinaram a gostar de toda a gente, independentemente do que fosse, porque nós nunca sabemos de quem vamos precisar um dia...”;

**EP3-4** - “...Os enfermeiros têm uma filosofia de vida, valores, e os padrões e o doente tem outra, ou seja, com enfermeiro nós temos que respeitar não é, dignificar ao máximo as crenças do «outro», mas às vezes...”;

**EP5-8** – “(cuidar de VIP)...mas continuava a chamar-lhe também pelo nome, não ia abrir a exceção, quer dizer uma coisa é eu ter um doente de uma cultura diferente que é difícil adaptar-se outra é a forma como eu trato o paciente quer dizer o doente tem que se ser igual para todos...”;

**EP3-8** – “...mas acho que vou ter que me adaptar, há coisas que se calhar posso não perceber, que não são da minha cultura, mas tenho que fazer...”;

**EP2-2** – “...igual... não porque são todos diferentes, temos que adaptar de doente para doente, isso também é uma coisa que eu acho errada é fazer-se cuidados iguais a toda a gente, porque ninguém é igual a ninguém...”.

Também nos estudantes brasileiros são encontradas perspetivas para **diferenciar ou adaptar o cuidado à pessoa** e uma estudante refere que não respeitaria alguns costumes por serem contra os seus **valores** e uma refere que discriminar é cuidar na diferença.

**EB3-2** – “...é discriminar, mas até tem que ser igualar os dois nas suas diferenças, é porque isso aí é cuidado, é justiça, porque aí por exemplo uma pessoa que tem 1,80 e outra que tem 1 metro vou colocar um banquinho do mesmo tamanho para poder ver atrás do muro? Não, eu vou usar meios para que as duas consigam ver através do muro então os tamanhos dos banquinhos vão ser diferentes...”;

**EB 2-3** – “...só porque ela é famosa, mas eu acho que ela é uma pessoa igual a todo o mundo, assim em questão disso de saúde...”;

**EB4-4** – “...meu avô tinha trabalhado uma época com muçulmanos e aí eu perguntei a ele e aí ele falou para mim que alguns deles preferiam que a mulher baixasse um pouco a cabeça... eu, é! assim eu não vou baixar um pouco cabeça para falar com ele, eu vou falar do mesmo jeito, talvez com ela eu tenha um pouco... seja um pouco diferente, mas com ele eu não vou seguir porque eu não concordo com a submissão, mas.... foi uma questão minha de valor, eu não quero me submeter a isso você tem que cuidar dela, ela a doente...”;

**EB3-1**- “...bem difícil, eu acho que é bem difícil, eu acho isso muito difícil, sim, há artigos que a gente lê ou mesmo situações, comentários, que a gente ouve, às vezes a gente nem está prestando atenção acaba pegando um comentário assim grosseiro e tal e você vê que as pessoas não conseguem separar é meio inconsciente, assim, já soltou, já falou, já fez, né, uma determinada conduta que vai...”

## **SENSIBILIDADE CULTURAL**

Nesta categoria emergiram bastantes subcategorias e em quase todas é visível, por um lado o desejo dos estudantes terem uma prática holística e de

respeito pela pessoa, por outro a falta de conhecimentos específicos teóricos e de recursos para a poderem efetivamente ter.

### Preconceito

Já tinham sido referido pelos estudantes alguns preconceitos que observaram na prática de enfermagem, reconhecendo agora que é **difícil não fazer juízos de valor** e dão a sua opinião sobre os preconceitos:

**EP2-4** – “...é, porque mesmo que às vezes a gente não queira, vem a conversa vem e... e às vezes nem nos apercebemos e já estamos a ir por aí... às vezes mesmo entre os colegas, a gente a conversar às vezes também. Podemos...”;

**EB1-3** – “... a gente fala, aí... eu não atenderia com preconceito, às vezes você faz alguma coisa que você não percebe que está sendo preconceituosa, acho que é difícil separar...”;

**EP2-2** - “...toda a gente faz juízos de valor, acabamos todos por fazer, mas por vezes temos que os pensar e ficar para nós, tentar pensar como os modificar ou como atuar de forma positiva para que eles não sejam assim...”;

**EP2-4** – “...nós somos profissionais não devemos fazer juízos de valor, mas a pessoa quer querendo quer não a pessoa, fica sempre... não é...”;

**EB1-2** - “...é porque tem preconceitos... olha, eu acho que a gente tem que ser imparcial e ver a pessoa como pessoa...”.

A importância da **autocrítica** é mencionada por um estudante português e um brasileiro alarga o conceito.

**EP2-9** - “...sim, mas eu critico-me, eu quando faço juízos de valor pergunto-me: “será que é apenas um juízo de valor ou é só uma avaliação crítica àquela situação...”;

**EB1-2** - “...olha, aí entra no preconceito também é tentar convencer a pessoa de que é melhor para ela...”.

Durante a entrevista detetei também algumas afirmações dos estudantes que podem configurar como **preconceitos** deles próprios.

**EB2-1** – “... é assim por exemplo, os que têm menos condições, eles são mais carinhosos, eles são menos frios... é isso aí, e os que têm mais dinheiro parece que estão pagando, então você tem de fazer aquilo, é mais ou menos essa ideia... arrogante...”;

**EP2-5** – “...uma criança que tinha excesso de massa corporal e então isso por acaso é uma coisa que eu penso que é um bocadinho cultural, porque eu penso que uma responsabilidade extrema dos pais, é um bocadinho culpa dos pais, aí ela deita-se para o chão a pedir e eu tenho que lhe dar...”.

### Respeito

Dentro desta subcategoria foram incluídos os aspetos relacionados com a **religião**, principalmente os relacionados com a recusa de receber transfusões de sangue pelos crentes **testemunhas de Jeová** e as perspetivas dos estudantes de como reagiriam, sendo claro que muitos referem não saber o que fazer e o **sentimento de impotência** é generalizado nos estudantes dos dois países.

**EP3-2** – “...eu iria de certa forma sentir-me impotente, porque respeitando a religião, porque eu tenho uma amiga que é testemunha de Jeová, uma vez até tive essa conversa com ela em que ela dizia que não, mesmo que precisasse não iria receber nenhuma transfusão, eu percebendo a situação, iria ser complicado e iria sentir-me impotente, mas eu penso que iria tentar ao máximo fazer com que o doente em causa recebesse a transfusão apesar de ir contra a religião...”;

**EP3-6** – “...temos que saber respeitar também as pessoas, sinceramente não tenho a noção do que devo fazer, não tenho mesmo a noção, eu acho, e eu estou a respeitar a cultura, no entanto ia-me dar uma vontade tremenda... explicar, tentar explicar algumas vezes a essa pessoa, ...isso iria acontecer de certeza não me estou a ver a deixar a pessoa cair, salvo seja e não lhe dizer nada...”;

**EB2-4** – “...é uma coisa que tem que ser muito bem pensada, né, porque a gente tem um lado de, porque é um função, a nossa função não é só salvar o doente a nossa função é promover o cuidado e o bem-estar não é salvar uma ideia, é deixar ele o mais confortável possível tenha uma vida digna e tenha bem-estar então terei que fazer... eu nem imagino como que ... porque ah... se ele não vai querer receber, não vou poder obrigar ele a receber, ele vai ter que se responsabilizar pela escolha dele, né...”.

Mas foi também referido pela maioria que pretendem **respeitar todas as religiões e crenças** e também as diferentes culturas, formas de estar e pensar. Na grande maioria das dificuldades que foram sendo colocadas ao longo da entrevista, os estudantes confirmaram o **desejo** de serem capazes de respeitar sempre a pessoa, embora confessem algumas limitações relacionadas por vezes com conhecimentos, outras com valores e outras ainda com preconceitos pessoais e profissionais:

**EP3-3** “...é como isso dos bombistas suicidas, foi aquela cultura que lhes foi ensinada, nós podemos não compreender, mas se calhar se nós estivéssemos lá, se a nossa cultura nos ensinasse aquilo e o Alá nos fosse ensinado nós se calhar faríamos o mesmo. Eu acho que temos que compreender, eu acho que nessa parte considero-me, vá com uma mente aberta...”;

**EP2-3** – “...se calhar tinha que ser um bocadinho aquilo que eu penso, tinham que ser os maus valores e portanto ia ter que gerir à minha maneira...”;

**EB3-1** – “...porque até agora eu sempre fui aluna, eu sempre tive *escondo* (proteção) da professora ou até de outros colegas, né, e eu sempre tive sorte de

pegar pacientes compreensivos, então acho que o meu maior medo, o meu maior receio é se eu pegar um paciente que não vai fazer, não quer, como é que você contorna...”.

O respeito pela cultura do “outro” foi outro problema colocado durante a entrevista, tendo sido perguntado a atitude que teriam perante algumas práticas culturais de doentes que violassem os seus valores, mais concretamente na situação da **amputação genital**. Nenhum dos estudantes brasileiros tinha ouvido falar nesta prática pelo que a comparavam com a circuncisão masculina, os portugueses pela relação próxima com África apenas um não sabia o que era, e um pertencia a uma família cujos ancestrais ainda a praticam. A maioria dos estudantes não pensou e não saberia como agir, ficaram ambivalentes entre o respeito por uma cultura que não conhecem e a repulsa de um ato que consideram violento:

**EP3-4** – “... eu, por acaso, na cultura da minha mãe, são fulas e ainda se faz, por acaso acho que já falei disso com a minha mãe, acho aquilo uma estupidez....eu acho, a meu ver eu não sabia o que diria nessa situação, porque para já, às vezes é uma justificação cultural, não sei, é difícil... temos que voltar a conhecer outra vez a pessoa e perguntar o que a levou a deixar fazer aquilo ao filho dela e se calhar a resposta dela vai ser imediata, fizeram-me o mesmo a mim, não sei o que dizer... (deveria denunciar?) Eu acho que sim, isso então seria logo a 1ª coisa que eu faria...”;

**EP2-6** – “...eu ouvi falar, nunca tive contacto, mas tive um pai dizer que ia fazê-lo à filha, e disse, disse às enfermeiras do centro de saúde porque ele confiava nelas. ... mas, sinceramente, eu não fazia ideia do que fazer para mudar para que não acontecesse, para eles não é um crime...”;

**EP2-7** – “Uma coisa é quando elas são feitas na origem e que tenham um contexto agora fora do contexto acho que não conseguia, não sei...”;

**EP5-3** – “Mas a criança foi educada numa maneira em que vai crescer a acreditar que o que lhe fizeram foi correto, por isso eu não posso dizer olha aquilo que te fizeram não é correto e devias reclamar ou devias fazer qualquer coisa para que as outras crianças não sofram do mesmo, acho que temos que respeitar muito as crenças e religiões dos outros e, pronto, os seus rituais e métodos porque somos um mundo com muitas culturas e temos que respeitar...”.

**A falta de conhecimento da prática e da legislação** foi clara nos estudantes dos dois países:

**EP1-1** – “... eu não sei até que ponto, ela estava no nosso país, é proibido, não é?...é mesmo proibido mesmo sendo cultura dela não é? Eu denunciava, seria o mais correto...”;

**EP5-9** – “...não sabia isso, não fazia ideia, amputação genital das raparigas?? ...”;

**EB2-2** – “...não, amputação não, eu sei que existe... tem abuso de mulher também tem bastante, né, está em evidência por causa da primavera árabe depois que aqui passou esse evento, toda a mulher... estão «super» vulneráveis lá, eu sei que existe, mas nunca ouvi nenhum caso aqui...”;

**EB2-2** – “... Eu nunca parei para pensar, eu nem sei se é legal assim, para ser sincera, se for ilegal acho que sim se for legal, acho que é uma condição da religião, né, igual a circuncisão, né...”

### Empatia

Nesta categoria é notório o discurso aprendido na escola. A filosofia dos cuidados e a cultura profissional aparece como o **desejo de fazer bem e o “bem”**, atender, compreender e adaptar a todos na sua diferença e individualidade.

**EB2-4** – “...olha, eu tento.. mas eu acho que vou tomar o cuidado para não me tornar mais uma que não vou te olhar, só vou chegar aqui e te dar a medicação e acabou, eu acho que isso é importante, eu espero conseguir porque eu vim para cá justamente para isso...”;

**EP4-0** – “Eu acho que temos que compreender o «outro»... temos que dar espaço à pessoa para expressar os seus sentimentos, é difícil colocar-me na posição de alguém que passou por traumas violentos...”

Talvez pela interpretação do “cuidar” como um ato de amor, alguns estudantes reconhecem que teriam **difficuldade em cuidar de alguém que não gostam** ou que praticou qualquer tipo de ato condenável pela sociedade:

**EB1-4** - “Já, já pensei, também a gente também teve aula sobre essas coisas, foi uma matéria só para a gente debater essas coisas e também todo o mundo já traz uma opinião a respeito disso..”;

**EB1-4** - “...acho que isso vai mexer bastante comigo, como profissional e eu espero me formar um bom profissional, com todos os conhecimentos técnicos, teóricos e práticos e vou tentando desempenhar a minha função da melhor maneira só que acho que eu acho que é uma coisa que mexe bastante com a gente, né, e é muito difícil que vai caber a mim eu prestar o cuidado, né ..”;

**EP2-9** – “...aí não sei, não sei, se calhar ia pedir para não ficar com essa pessoa, eu sou uma pessoa que ama e odeia, ... se estou lá é para gostar e se estou para gostar é para gostar a sério, não é a meio termo, quando eu não quero eu tenho que dizer que não ... é assim, por exemplo, se essa pessoa for um violador, para mim, ali havia um mal cortava logo pela raiz, não tinha direito a nada, ...as pessoas têm possibilidade de escolha e têm que ter consciência daquilo, consciência das consequências que vão ter, ... eu até posso pôr, um decreto que há na ordem, de objeto de consciência... eu não presto cuidados àqueles indivíduos...”

**EP3-4** – “Eu acho que maus tratos não há em cultura nenhuma à face da terra, pelo menos em pessoas minimamente....”;

**EP5-3** - "...dobrar a compressa é fácil... agora cuidar de um pedófilo...não sei se era capaz de esboçar um sorriso...".

Perante a incerteza de estar perante uma **vítima de violência**, os estudantes sugeriram algumas **estratégias e cuidados** a ter com a vítima e família:

**EP2-9** - "...isso é uma situação que já ouvi falar e que já pensei um pouco sobre essa situação, primeiro ia perguntar às pessoas mais experientes o que é que fariam naquela situação, depois ia perguntar a pessoas que têm conhecimentos sobre as leis portuguesas...";

**EP2-3** - "...é ter cuidado com as denúncias, é ter cuidado porque na assistência precisa de ter cuidado com a forma como lidamos com aqueles pais porque até... há mil e uma situações que podem caber lá dentro, há mil e uma situações que podem acontecer, mas não sei, acho que isso é uma situação que...";

**EB2-3** - "...1º é do cuidado traumático para ela, porque ela já veio passando um trauma pela agressão, por essa violência doméstica, 2º tem de tentar entender o que vem acontecendo com ela e com a família e 3º talvez dependendo do caso, não é, chamar as autoridades não é, os conselhos, assistência social, dar todo o apoio assim, psicológico..".

Mas também a **dificuldade** em vivê-las e enfrentá-las:

**EP2-9** - "...há imensas situações que eu digo, quero é afastar-me, fingir que nem vi, quero é afastar-me...".

O **apoio em fim de vida** foi também manifestado pelos estudantes, embora por vezes de uma forma contraditória, pela dificuldade em aceitar a morte:

**EB2-4** - "Eu, enquanto profissional no luto? Eu tentaria dar apoio e tentaria estar disponível para ouvir caso a pessoa queira falar...";

**EB2-4** - "...tentar trazer a família próxima do cuidado também, não ser tão rígida nas regras do jeito que foi comigo...";

**EP3-3** - "...todo o ser humano tem que nascer e tem que morrer e temos que aceitar que ele está... que não podemos fazer mais nada, nem a pessoa quer, então temos que acompanhar a pessoa para ela se sentir bem na sua morte...";

**EP2-8** - "...em unidade cuidados paliativos também é uma situação que me mete um pouco de ... , embora seja estranho estar a dizer isto, porque há uma solução para as coisas, durante o dia tudo bem... mas há um ponto em que todos não vão ser comuns e nesse ponto eu não vou conseguir fazer nada e isso é que me causa um pouco mais de revolta é aquela situação do tal descontrole, lá está, que eu não vou ter grande.... Posso, tudo bem, vou ... não vou chegar àquela fase que não há nada a fazer, pode-se sempre trabalhar mais coisas e mais coisas mas até que ponto... o que é que eu vou dizer aquela pessoa não é, que tipo de esperança é que vai ter, é essa vá uma dificuldade em compreender isso...".

### Adequação/Facilitação

Nesta subcategoria incluí a capacidade dos estudantes adequarem os hábitos e rotinas incluindo os horários e a gestão das visitas, problema sempre presente, mas também de maior relevo em algumas culturas.

Nesta categoria, os estudantes referiram-se frequentemente às **capacidades de negociação** que os teóricos da competência cultural também defendem:

**EP2-3** – “... acho que é muito um pouco ali o gerir as vontades de cada um, se nós podemos fazer, dependendo das regras do hospital e aquilo que os outros querem e portanto é tentar lançar ali alguma solução que agrada aos dois, quer dizer...”;

**EB2-2** – “...talvez o ideal seja não bater tão de frente assim, tentar negociar... ir mais para esse lado, porque assim você vai fazer com que ele não trabalhe junto com você...”;

**EP5-2** - “... há rotinas que são boas e que são essenciais porque sem elas nada é possível...”.

Em relação aos hábitos alimentares, os estudantes revelaram alguma falta de conhecimento das capacidades de resposta dos hospitais, confessando também, não ter sido este um problema para o qual sentissem **autonomia** para mudar referindo que na presença de algum problema falavam com enfermeira ou professora, não sendo algo que relevem no cuidado como prioritário.

**EP5-5** – “...pois sim, realmente é assim, temos que ter em conta vários aspetos e esse da comida é um bocado complicado, também não se pode estar a fazer, ah... é africano então, vamos-lhe fazer uma comida típica africana, acho que no hospital a comida que se faz é supostamente a comida mais saudável para o doente...”;

**EP 5-1** – “Isso eu não sei, mas por ser desnutrido... ou ...ou, só por hábitos não sei se não fizesse mal, não prejudicasse a saúde, mas acho que não deveria fazer nada quanto a isso porque ele eventualmente... ah... a cozinha... pois normalmente a cozinha do hospital é sempre má pelo que dizem...”;

**EB3-1** – “...por exemplo, a unidade está com pouco funcionário, de repente todos, todos os pacientes, não, mas muitos pacientes resolverem sei lá ter intercorrências e aí ele... não tem braço para parar e se preocupar sei lá com a alimentação de um vegetariano que não tá correta...”;

**EB3-1** – “... Mas você já falou para alguém que você não gosta? « aí, eu nunca falei» eu tento, aí eu falo, eu passo para a enfermeira ou para a professora mesmo, normalmente a gente fala com a professora: « olha professora, a minha paciente tal, não gosta de tal coisa como é que eu faço? Tenho que falar com quem? ou deixa mudar e como mudar? » A gente tenta fazer assim essa ordem nesse sentido...então, ...eu nunca tive contacto com uma nutricionista de falar olha o paciente X não gosta de tal coisa, tem como trocar isso?”

## Comunicação

Relativamente à comunicação, a maioria dos estudantes dos dois países refere dificuldade em **falar outras línguas** para além do português e confessam **não terem informação dos recursos** que podem utilizar referindo maioritariamente como estratégias de comunicação os gestos, os desenhos o recurso à linguagem não verbal, “**linguagem universal**”, que uma estudante propõe ser aprendida na escola para vencer as barreiras linguísticas:

**EB1-1** - “Até tenho vontade de fazer curso de libras, seria interessante...”;

**EB2-4** - “... eu acho que ela consegue ter uma perceção do seu cuidado, né, que você quer o bem, eu acho que afetaria só na hora do internamento verbal, mas eu acho que o não verbal fica claro...”;

**EB4-2** – “...não... como eu faria? Se fosse inglês, eu até... agora depende se fosse um russo... ai, não sei, a gente tinha que tentar com mímica, sei lá, ia chamar algum colega para ajudar de alguma maneira a gente tem que ver... tem que se virar para prestar assistência, às vezes talvez seja mais fácil desenhar, né, ou uma pessoa que seja da língua, tentar, né, dalguma maneira tem que dar, ia tentar fazer mímica ou desenho, é linguagem universal em geral...”;

**EP5-2** - “...mas uma coisa que eu acho devia ser implementada nas escolas, era a linguagem gestual e a nível mundial, porque podíamos tornar a linguagem gestual uma linguagem que abrangesse um nº maior de pessoas, ou seja, as pessoas que podem comunicar e as pessoas que não conseguem comunicar e seria uma linguagem universal, como se está a fazer com o inglês ou mais tarde com o chinês. A linguagem gestual devia ser em todas as escolas desde o início logo de pequeninos era muito, muito interessante e conseguiríamos diminuir a barreira interlinguística....”.

Uma estudante brasileira constata com algum sentimento de desespero, a extensão de conhecimentos e aprendizagens que o enfermeiro tem que adquirir para uma prestação de cuidados holísticos:

**EB2-2** – “...aí eu estudei com surdos e mudos, eu aprendi... «boa tarde» ...mas eu vi que às vezes a família inteira era surda e muda, então se a família acontece de vir para cá e se calha você cuidar, então quem fala, então eu acho que a gente tem que estar preparado até para essas situações, é tanta coisa para você estar preparada, é muita coisa...”.

Mas mesmo na mesma língua, os estudantes têm consciência que há **termos específicos** de várias zonas que não entendem e que **têm que se preparar para essas situações**, e uma estudante narra uma situação onde o **erro terapêutico** ocorre por má compreensão:

**EP3-6** – “... mas há sempre pessoas que têm uns dizeres da terrinha que nem nós sabemos...”;

**EB2-2** – “...ela introduzia a pílula no canal vaginal e achava que era assim ..., e então ficou grávida, e aí alguém perguntou qual era o nível de alfabetização dela? Alguém perguntou como é que ela entendeu essa medicação? Então é importante, a gente passa muita orientação sem explicar o que que ela entende... as professoras sempre orientam para a gente fazer, agora na atenção básica, nas oportunidades que a gente teve de orientação, aqui na faculdade as professoras sempre ensinam, olha passou uma orientação, toma o retorno das pessoas, o que é que você entendeu, explica para mim como você vai tomar isso em casa...”.

A **adequação da comunicação** à pessoa foi outro aspeto referido pelos estudantes, assim como a dificuldade em abordar alguns temas.

**EB1-2** - “...não, mas o relacionamento também implica é o relacionamento com o «outro», porque o facto de ela ser mais pobre ou mais rica, isso não faz diferença nenhuma a experiência é uma forma de se relacionar, você tem que ter muito cuidado com as palavras que você vai usar com a maneira que você vai falar o tom da sua voz, influência completamente então, eu acho que você tem que se policiar muito com o seu comportamento diante do paciente, é quando falar, como falar de que forma você tem que falar as palavras que você vai usar...”;

**EP2-3** – “...eu aí, confesso, sou um bocadinho de parte se vai contra os meus valores afasto-me e deixo avançar quem consiga resolver...”;

**EP5-8** – “... aliás aprendemos em comunicação a 1ª coisa a perguntar é como se chama e a 2ª como gosta de ser tratado...”.

## COMPETÊNCIA CULTURAL

### Capacidades de avaliação, de diagnóstico e clínicas

Quando foram colocadas dificuldades para uma prestação de cuidados culturalmente competentes aos estudantes, a maioria, de ambos os países, reconheceu **não saber como agir** nem ter **formação específica** em algumas situações, em outras situações recordam conhecimentos aprendidos em **unidades curriculares** que contribuíram para esse saber e ainda com recurso à **reflexão e à filosofia do cuidado holístico** que estão a aprender, foram capazes de elencar algumas capacidades de avaliação, diagnóstico e clínicas coerentes como recomendado pela literatura:

**EP1-3** – “...eu acho que para essa parte não, mas também depende de nós, nós também temos que procurar..”;

**EP1-3** – “...Essa parte é um bocado complicada, eu não me sinto preparada para gerir esse tipo de situação... falámos, falámos, sim.. na ética...”;

**EP1-3** – “... embora a gente, na folha de colheita de dados exista esse item para se registar, eu acho que as pessoas não ligam muito a essa necessidade...”;

**EP1-3** – “... a professora... falou-nos nisso... é verdade é...”;

- EP2-4** - "... também não estou muito dentro...";
- EP3-6** - "... já pensei quando falámos em bioética...";
- EP3-4** - "... temos andado a aprender nas aulas de comunicação...";
- EP5-3** - "Nenhum enfermeiro me disse como é que numa situação assim ... crítica destas... como é que reagiu...";
- EP4-5** - "Nunca pensei nisso, não sei se os médicos que estão num estatuto superior ao nosso, não sei se eles são os primeiros a apresentar queixa, a apresentar o depoimento...";
- EB1-2** - "É, a gente discutiu bastante em sala de aula...";
- EB1-3** - "... então eu aí não sei porque eu não sou vegetariano.. mas acho que deve ter sim... já em aula de sociologia a gente tratou bastante...";
- EB2-3** - "... e tem palestras optativas..";
- EB2-1** - "...eu não conheço muito ainda, né,... ainda não sei muito sobre leis...".

Durante o diálogo sugerí algumas alternativas de conduta que os estudantes referiram nunca ter pensado, por mais simples que as considerem:

- EP2-1** - "Não tinha pensado nisso... mas é uma alternativa...";
- EB1-1** - "É o Google, é uma boa, vou adotar no futuro, gostei da ideia..."

Mas a grande maioria dos estudantes referiu-se direta e indiretamente ao

**desejo de ter uma prática culturalmente competente:**

- EP3-3** – "...eu acho que não vou ter dificuldade, porque eu gosto de saber as coisas que são diferentes, eu acho que isso é importante para a nossa cultura geral, e respeito, respeito porque eu penso de uma maneira, mas a outra pessoa pensa de outra e não quer dizer que aquela maneira que aquela pessoa pensa esteja errada...";
- EP3-5** – "... não sei se vou ser bem sucedida, mas vou tentar...";
- EP3-7** – "...para mim, é fascinante conhecer e ver e saber mais estou sempre a fazer perguntas, sou chata mesmo, e digo mas é assim e porquê... e porquê... mas e explica... acho que não acho que seria interessante para mim, também porque acho que é interessante nós lidarmos com o diferente e conhecer coisas novas...";
- EB1-3** – "...eu conheço o trabalho dos médicos sem fronteiras e de outras organizações humanitárias, pesquisei bastante, vídeos... isso é o meu foco, né...";
- EB2-2** – "...eu espero de verdade conseguir...nossa, eu não sei se eu estou tendendo mais para o lado idealista...";
- EB2-5** – "... espero mudar, a escola está ajudando a mudar essa visão que eu tinha..."

**Enfrentar e dar resposta adequada à discriminação e às desigualdades**

Na categoria anterior abordei a opinião dos estudantes sobre a adaptação que deveria ser feita às situações e às "pessoas" de quem irão cuidar, nesta

subcategoria incluiu as percepções e medos dos estudantes para conseguirem ter uma prática adequada. Identifiquei dois indicadores nas asserções dos estudantes, a **autonomia** e os **medos**.

Em relação à **autonomia**, tanto estudantes portugueses como brasileiros, mencionaram problemas de autonomia profissional numa perspetiva da enfermagem enquanto profissão, mas também da autonomia enquanto estudantes de enfermagem:

**EP2-2** - "...por vezes ouvem mais os médicos que os enfermeiros, há pais, eu vi isso em pediatria, em adultos não tanto, têm tanto respeito pelos enfermeiros como pelos médicos, mas os pais têm mais respeito e mais confiança quando é o médico a falar...";

**EP3-2** - "... não sei, nós somos tão influenciados pelo meio que está à volta e pelo conformismo, vejo algumas pessoas que são recém-licenciadas e que... não sei até que ponto, têm bocado de medo de mexer nas coisas, ..., não sei, é um bocadinho o medo de nos mostrarmos e de mostrarmos o que podemos ser...";

**EB1-2** - "...ah... bom, isso é uma coisa que tira bastante em torno, aqui fala bastante que a gente não tem autonomia na nossa profissão, que a gente não pode fazer nada sem o consentimento dos médicos...".

Sobre os **medos**, os estudantes referiram principalmente o medo de não serem capazes de "cuidar" como gostariam, mas mencionaram também o medo de algumas situações que possam pôr em risco a integridade física.

**EP1-2** - "...A minha perspetiva enquanto aluna para cuidar dessas pessoas com um estatuto social acima do geral é mais a preocupação, será que eu, que os meus cuidados satisfazem... é mais essa perspetiva...";

**EP1-3** - "...é mais não ter os conhecimentos que me preocupava...";

**EP2-4** - "... eu acho que eu ia sentir medo... mas temos que nos abstrair... ainda não nos fez nada...";

**EP 7- 4** - "... se calhar, se não gostarem do meu comportamento como enfermeiro...";

**EB1-2** - "tem aquele medo de não saber como agir na hora...";

**EP1-4** - "...Você acaba com medo de ir contra a maioria, né, principalmente dentro... pode até não pensar no começo como, mas indo na situação você acaba indo junto... mas eu acho que é coisa que a gente tem que passar tem que saber lidar, eu acho que quando você tem uma profissão desse tipo, eu acho a maioria das profissões são assim na verdade, sempre vai ter um grupo de pessoas que ou você segue ou tem a sua própria opinião eu acho que vai da sua cabeça ser forte e você ter como vou dizer, tipo... ser forte o bastante para poder assumir aquilo que você pensa independente para os outros...";

**EB3-2** - "...o meu medo está mais se você se sente competente ou não porque a pessoa vai ter os mesmos conhecimentos que você ou até mais, você vai ter que estar preparada para dar uma evolutive porque hoje através da internet qualquer um consegue pesquisar e saber o processo da sua doença, os seus

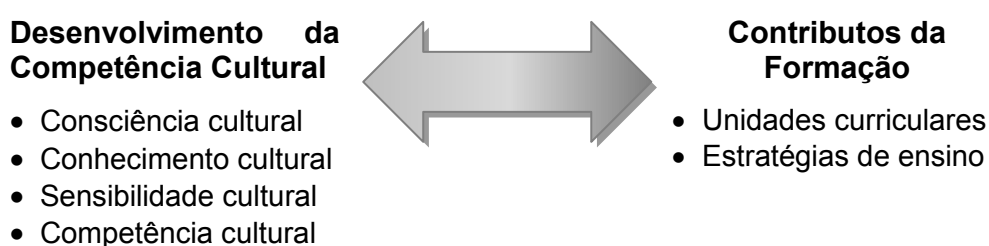
medicamentos, então você tem que estar preparado para isso, porque as pessoas vão-te questionar e você encontra um profissional você tem que saber falar...”.

Sub- Categoria	Portugal	Brasil
<b>Consciência cultural</b>		
<b>Etnocentrismo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Igualar/diferenciar cuidado</li> <li>• Relativismo cultural</li> <li>• Cultura pessoal</li> <li>• Cultura profissional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Igualar/diferenciar cuidado</li> <li>• Relativismo cultural</li> <li>• Cultura pessoal</li> <li>• Cultura profissional</li> </ul>
<b>Sensibilidade cultural</b>		
<b>Preconceito</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Juízos de valor</li> <li>• Autocrítica</li> <li>• Preconceitos pessoais em relação aos doentes e equipa de saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Juízos de valor</li> <li>• Autocrítica</li> <li>• Preconceitos pessoais em relação aos doentes e equipa de saúde</li> </ul>
<b>Respeito</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Religião</li> <li>• Dificuldades refletidas</li> <li>• Relativismo cultural</li> <li>• Desconhecimento de práticas e da legislação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Religião</li> <li>• Dificuldades refletidas</li> <li>• Relativismo cultural</li> <li>• Desconhecimento de práticas e da legislação</li> </ul>
<b>Empatia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fazer bem e o “Bem”</li> <li>• Dificuldade em cuidar de quem não gosta</li> <li>• Vítimas de violência – estratégias, cuidados e dificuldades</li> <li>• Apoio na morte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fazer bem e o “Bem”</li> <li>• Dificuldade em cuidar de quem não gosta</li> <li>• Vítimas de violência – estratégias, cuidados e dificuldades</li> <li>• Apoio na morte</li> </ul>
<b>Adequação/ Facilitação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pouca autonomia para não cumprir regras</li> <li>• Tentava negociar</li> <li>• Flexibilizar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aluno, pouca autonomia, fala com professora ou enfermeira</li> <li>• Tentava negociar</li> <li>• Flexibilizar</li> </ul>
<b>Comunicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer termos específicos da população</li> <li>• Adequar a comunicação à pessoa</li> <li>• Não tem conhecimentos</li> <li>• Dificuldade em abordar alguns temas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer termos específicos da população</li> <li>• Adequar comunicação à pessoa</li> <li>• Comunicação não verbal</li> <li>• Não tem conhecimentos</li> <li>• Medicação mal compreendida</li> </ul>
<b>Competência cultural</b>		
<b>Capacidades de avaliação, diagnóstico, clínicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de conhecimentos</li> <li>• Formação específica</li> <li>• Desejo cultural</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de conhecimentos</li> <li>• Formação específica</li> <li>• Desejo cultural</li> </ul>
<b>dar a resposta adequada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomia</li> <li>• Medo de não ser capaz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomia</li> <li>• Medo de não ser capaz</li> </ul>

Quadro 4 - Desempenho que “Desejam” Ter

### 3.1.5. A FORMAÇÃO NO DESENVOLVIMENTO DA COMPETÊNCIA CULTURAL

Nesta dimensão considerei a opinião dos estudantes acerca da formação que têm tido e no seu contributo para o desenvolvimento da competência cultural. Dos seus discursos emergiram várias subcategorias que são apresentadas na figura nº 9. Foi pedido também aos estudantes para refletirem na influência da cultura profissional, pessoal e nas unidades curriculares e estratégias que os possam ajudar a desenvolver a competência cultural.



**Figura 9 –A Formação no Desenvolvimento da Competência Cultural**

### DESENVOLVIMENTO DA COMPETÊNCIA CULTURAL

Para interpretar a opinião dos estudantes sobre o a função da formação no seu desenvolvimento utilizei o modelo que tenho vindo a seguir, classificando agora os *constructos* como subcategorias.

#### Consciência Cultural

A **consciencialização dos limites e da visão etnocêntrica** foram evidenciados por estudantes dos dois continentes. Ambos relatam a importância dos professores e das estratégias de ensino, no estímulo e orientação para a reflexão:

**EP4-0** – “...a gente saber os nossos limites, saber como enfrentar as coisas que não gosta,...”;

**EP1-3** – “...ah, não tinha nada a noção, daí os mitos...”;

**EP2-3** – “...eu acho que sim, acho que sim, eu lembro-me que na faculdade no outro curso aprendi uma coisa que é pensar sobre as coisas, é sentir as coisas e sentir é vivê-las e refleti-las e isso faz-me todo o sentido e nunca me esqueci, porque só me conhecendo a mim própria e pensando nas coisas ...”;

**EB2-5** – “...fez umas visitas para fazer o inquérito domiciliário, então, a partir disso, a gente começa a mudar essa visão, que antes a gente tinha a ideia de um mundo todo perfeito para a realidade mesmo, para você ver as necessidades das pessoas, então a faculdade, ela ajudou desde início...”.

A **identidade cultural** e o **conhecimento da própria cultura** é considerado importante pelos estudantes portugueses que consideram que é uma área que pode ser mais trabalhada na escola:

**EP1-3** – “... ah... a nossa cultura penso que nem muito... isso seria muito importante...”;

**EP2-2** – “...nós na sociologia e antropologia falamos vagamente, mas quem tivesse aí o cuidado de tentar chegar um bocadinho mais conseguia entender algumas culturas e talvez focalizar um bocadinho mais a nossa cultura, focalizamos várias, mas isso por vezes pode gerar confusão, se calhar se falássemos primeiro da nossa e depois na dos outros, havia mais espírito crítico e mais compreensão, na altura li artigos que falavam da nossa e que falavam das outras porque senti necessidade de ir ver, eu não estava a compreender só as outras, senti alguma dificuldade em compreender as outras sem haver comparações, e talvez nem toda a gente o tenha feito, mas tenho noção que foi um estudo um bocado superficial, se fosse mais intenso teria ajudado mais...”;

**EP2-9** – “...na antropologia falamos na nossa cultura mais antiga não na de agora, eu acho que tem que ser uma antropologia mais adequada à sociedade de hoje não tão antiquada...”;

**EP3-3** – “...falamos, mas acho que devíamos ainda falar mais, porque às vezes partimos do princípio de que todas as pessoas já sabem tudo e não sabem, são bastante ignorantes, nunca ninguém sabe tudo, mas seria importante o conhecimento não só da nossa como das outras...”.

### Conhecimento Cultural

A introdução do estudo das diferentes culturas tem sido controverso, como já referi, também pelo risco de, com o objetivo de reduzir o preconceito, desencadear em oposição o estereótipo e o estigma. A forma como algumas crenças são apresentadas e refletidas podem ridicularizar as práticas em vez de as valorizar:

**EB3-1** – “... porque assim eu não sei como fazem em Portugal, acredito que seja igual, a gente tem a questão da religião muito forte e acho que isso interfere e influencia muito no cuidado que a gente presta, então, por exemplo, é essa questão de transfusão de sangue isso é muito discutido em aulas eu nunca vivenciei, mas eu tive assim experiência, assim, mais na unidade de saúde que a gente trabalhou, que a gente chama de UBS, na unidade básica, questões de crença com criança pequena, ai está com solução, põe moeda na testa ou sei lá... como é que era... pinga leite..., eles colocam assim uma série de coisas que eles

acreditam que vai dar certo, por exemplo em coto umbilical, ah, coloca a moeda, coloca sei lá uma folha da planta X que vai ajudar a cicatrizar, então tem essa coisa do cultural, mas no hospital mesmo nunca me deparei com essa questão...”.

Todavia é consensual, que é necessário preparar os estudantes para avaliar diferenças e semelhanças, para saber intervir adequando o cuidado à avaliação que é feita. Para isso, há que ensinar o estudante a utilizar instrumentos de avaliação cultural e modelos de implementação e de avaliação de resultados de uma prática culturalmente competente. Esta foi a categoria em que estudantes, principalmente os brasileiros, manifestaram uma opinião mais incisiva, considerando por um lado essencial uma boa formação teórica e por outro a orientação dos professores em estágio.

O **preconceito** é considerado nefasto pelos estudantes reafirmando a importância que lhe é dado na formação:

**EP2-2** – “...até para não fazermos juízos de valor, acho que o mais importante é perceber o ponto de vista e porque é que a pessoa está daquela maneira porque é que a pessoa está assim, foi aquela a aprendizagem, foi aquela a educação..”;

**EP1-3** - “... eu penso que a escola está no bom caminho, pelo menos eu senti isso logo no 1º ano batalham para termos esse tipo de cuidado, para não fazermos juízos de valor, mas se calhar é passar um bocadinho o que é que é um juízo de valor...se calhar não sabemos muito bem o que é que é um juízo de valor e se calhar eu estou a fazer um juízo de valor pensando que não estou a fazer, é nesse sentido. Por exemplo, em relação aos familiares apelativos, se calhar transportar essa palavra para preocupação, em termos ... porque o familiar é daquela pessoa não é nosso... está a perceber... é porque é preciso tentar perceber e não julgar, porque às vezes até se pode estar a passar algo muito grave, mas como é apelativo nem se dá atenção...”;

**EB2-4** – “...então eu penso que é complicado, complicado você fazer juízos de valor, porque você não sabe a situação daquela pessoa...e aí a gente aprende assim, desde o 1º ano até tem aulas que a gente aprende que não deve fazer isso de juízos de valor, tem que atender o paciente procurando ajudá-lo da melhor maneira sempre, mas sem colocar juízos de valor, sem colocar a nossa opinião porque isso pode até influenciar no atendimento...”.

A **aprendizagem teórica** é defendida pela maioria, até com bastante firmeza pelos estudantes brasileiros, que acreditam que a formação teórica os vai preparar para as situações da prática.

**EB4-2** – “...eu acho que a escola tem de reafirmar isso, sim, sabe tanto que eu acho assim, acho que tinha alguns estudantes que talvez não tivessem tanto essa noção de como tratar um paciente, ou talvez até já tivessem alguns juízos de valor ou algumas coisas assim, que acabam mudando, às vezes a gente percebe da

conversa com os colegas, então acho que a escola sempre ajuda a reafirmar isso, a importância disso, né...”;

**EB3-1** - “...então esse momento de pensar e refletir sobre é muito importante porque eu acredito que quando a gente vai para aquela situação, você já tem um norte você não fica tão perdido, você na hora fala, não eu já vi isso na universidade que é que era importante...”;

**EP21** – “... teóricas, mais teóricas, estudar as principais culturas e seria bom já termos alguma preparação, podia ser uma unidade curricular opcional, podia ser... mas acho que era interessante...”.

Os estudantes portugueses, pela influência do acordo de Bolonha, discutem bastante a sua eficácia na formação teórica e na capacidade de desenvolver a **autoformação**, havendo opiniões distintas:

**EP3-5** – “... ai, a teoria é que pode ajudar muita coisa, e bastante em relação à teoria eu acho que Bolonha, não, esta coisa de ir estudar para casa, de irmos pesquisar por nós, isto não dá muito resultado eu falo por mim, acho que se calhar preferia andar cá mais um ano como era antigamente, e se calhar saía melhor preparada...”;

**EP1-3** - “...é que ainda não estamos habituados, eu lembro-me durante estes quatro anos que eu sentia-me revoltada, mas porquê, porque é que não falamos nisto porque é que eu tenho que ir à procura... mas agora percebo como é importante, nós é que temos que perceber quais são as nossas necessidades...”;

**EP2-3** - “...a diversidade cultural acho que sim, agora mais carga horária, talvez introduzir na antropologia. Eu acho que isso depois cabe-nos a nós perceber as várias culturas e fazer esse estudo em casa, acho que nos compete a nós, é um bocadinho aquilo que se propõe com Bolonha, dão-nos o toque enquanto estudantes, mas nós sabemos que vamos encontrar «n» culturas em ambiente hospitalar e portanto cabe-nos a nós perceber o que é que os jeovás, sei lá, os ciganos o que é que, à medida que vamos precisando, vamos estudando...”.

Mas apesar de considerarem importante a formação, reconhecem que muitas vezes não tem a **profundidade** que desejam ou **não é valorizada** nem tida em conta na prática:

**EB3-4** – “...principalmente quando a gente vai para a saúde coletiva, então tem essa preocupação para a gente saber com o que a gente se depara mesmo nos ensinamentos com termos que são muito daquela população, palavras daquela população, expressões. Eu aprendi várias expressões que eu não sabia mesmo e... mas acho que poderia ter um pouco mais, mas também é um pouco difícil. O Brasil é muito grande, então é difícil você conseguir dominar por exemplo toda a questão do dialeto do nordeste e do sul, então é bem difícil, poderia ter mais mas...”;

**EB4-4** - “...no hospital já é mais difícil, você utilizar esse tipo de instrumento é só em alguns casos, assim que a gente chama de risco social, que aí você vai tentar entender um pouco mais da família...”;

**EP1-2** - "...nos estágios só mesmo com a realidade que vamos encontrando nas unidades teóricas seria difícil porque são tantas culturas que não sei como é que isso seria feito, também vai do interesse do próprio aluno, conhecer e pesquisar por ele próprio, como Bolonha o exige...".

A introdução da cultura nas disciplinas de antropologia e sociologia, tem sido também uma das críticas feitas ao ensino do cuidado cultural. A mesma ideia foi transmitida pelos estudantes não só pela densidade dos conteúdos, mas por não conseguirem entender a importância para a disciplina de enfermagem. Uma estudante portuguesa referiu que **não estava sensibilizada** para a temática.

**EP1-1** - "... se calhar não é uma sugestão porque eu nunca tinha pensado que se poderia estudar esta área, nunca tinha pensado nisso e acho que era ótimo, como não tinha sido sensibilizada para isso não me tinha lembrado, mas acho que seria ótimo...";

**EP1-2** - "(antropologia, sociologia)...ao longo do curso tenho ouvido conversas... que talvez pudesse não ter sido dada tanta carga horária a áreas que não têm mesmo a ver com a prática de enfermagem... eu penso que deve... eu penso que no currículo não pode ser negligenciado, provavelmente pode ser reestruturado, mas não pode ser descurado...";

**EP2-8** - "...acho que era idealmente importante, é assim na antropologia, tivemos conceitos muito básicos e muito generalistas penso que não foi mesmo aquilo que se pretendia, tive alguma dificuldade em tornar aquilo útil, de perceber até que ponto seria importante para a enfermagem, foi uma coisa muito vaga, uma coisa é saber os conceitos, outra coisa é torná-los úteis à nossa intervenção...".

Sobre as **unidades curriculares** que mais contribuíram para a formação da competência cultural, os estudantes dos dois países, por terem um currículo diferente e unidades curriculares com nomes distintos, apenas relevam em comum a **ética, a bioética, a sociologia e a comunicação**:

**EP1-2** - "... eu lembro-me que fizemos em bioética um trabalho sobre as diferentes culturas e as diferentes religiões, antropologia e sociologia trabalhamos bastante a nossa própria cultura...";

**EP2-1** - "Trabalhamos foi aspetos da religião, na bioética abordámos muito a questão, fomos muito em profundidade, refletíamos muito as questões das várias religiões, das várias crenças relativamente a certas práticas, não é, da medicina, aí penso que na escola esta parte está muito bem abordada, esta parte da religião pois não tanto, não tanto, nós a questão da religião é que abordámos mais pois não tanto, não tanto, nós a questão da religião é que abordámos mais..";

**EB4-2** - "...eu acho que nessa parte, de respeito, de direitos do paciente, de ética acho que a gente teve bastante, sim, não deixou a desejar, foi bem completo, na teoria...";

**EB2-3** - "...tem disciplina de ética, de legislação, que a gente precisa saber também as legislações, tanto as da ética como as do enfermeiro e da profissão...";

**EB3-1** - "Não é como eu falei, aqui a gente tem um currículo privilegiado que nem muitas universidades, a gente tem experiências privilegiadas, então a gente teve uma matéria de bio-ética que a gente discutiu casos assim do aborto, de transfusão, de doação de órgãos essas situações da vida...".

**EB2-2** - "...comunicação terapêutica foi muito importante porque a pessoa traz as questões culturais também para dentro da conversa, a discussão de casos é bastante importante, discussão de questões éticas, eu acho que falta um pouquinho de discussão de questões éticas porque isso eu faço numa optativa e no dia que a gente teve essa optativa aberta para a disciplina que foi um dia apenas, nem todo o mundo se envolveu...".

**EP1-3** - "...juízo de valor, isso foi feito em comunicação, não fazer juízos de valor...".

Os estudantes brasileiros têm no seu currículo algumas **atividades de campo** incluídas nas unidades curriculares teóricas e os estudantes do 1º ano realçam a sua importância:

**EB1-1** - "...a gente teve uma matéria, duas matérias que teve este semestre as **necessidades** e as **sessões educativas**, as duas faz abrir a mente, sim, as necessidades trabalha direto com a comunidade, então a gente encontra todo o tipo de pessoas, a gente foi em alcoólicos anônimos, a gente foi em vários lugares, a gente foi só visitar... as sessões educativas, a gente desenvolveu um projeto com as crianças de três a cinco anos. Este 1º ano eu acho que eu tive uma aprendizagem bem grande, assim como conhecer e não julgar as pessoas a sociedade assim...".

### Sensibilidade Cultural

Relativamente à sensibilidade cultural, estudantes de ambos os países destacam a importância dada à **humanização** na formação e ao **cuidado centrado no doente**. Encontrei relatos de estudantes que manifestam **sensibilidade para as diferenças**. Também encontrei asserções que se identificam com uma ideia de **homogeneidade** da população:

**EP2-3** - "...acho que pelo menos alerta-nos imenso para a diversidade cultural, e para tentarmos adequar e perceber a cultura dos outros eu acho que acaba por ser transversal em todas as disciplinas que é ter em atenção o «outro»...";

**EP1-2** - "...nunca tive nenhum doente que fosse de outra religião que não a católica. Mas quando há religiões diferentes, o próprio traz o conhecido...";

**EP1-3** - "Sim, eles vivem completamente diferente, tem hábitos completamente diferentes dos nossos...";

**EB1-4** - "...mas aqui dentro, a gente tem a parte de humanização, de saber entender, de saber perguntar, de saber cuidar realmente da pessoa e não só da

doença e a parte que a gente tem da psicologia também, eu acho que é importante saber quem é o «outro», saber se colocar no lugar do «outro» e não só satisfazer o nosso desejo de curar uma doença que tá ali e sim, ajudar a pessoa porque ela não é só aquilo que a gente está vendo e, sim, um monte de carga que ela já está trazendo antes...”.

### Competência Cultural

Nesta subcategoria incluí a importância dos **ensinos clínicos** para o desenvolvimento da competência cultural, as **dificuldades sentidas** e as **estratégias facilitadoras**.

Relativamente aos ensinos clínicos, os estudantes consideram que são a grande fonte de informação, onde podem pôr em prática o aprendido e encontrar o inesperado para refletir, estudar e aprender:

**EP1-3** – “...eu tive muita sorte, por todos os estágios porque passei, foram uma fonte de conhecimento enorme, não sei se fica bem dizer, mas eu acho que aprendi mais no campo do que propriamente na escola, embora que a escola é importante é importante nas bases ... eu gostei imenso de todos, eu acho que temos tido oportunidades fabulosas mesmo em termos de especialidades, foi assim...., embora eu não tivesse oportunidade de escolher nenhum estágio de todos os que me calharam tive sorte, e gostei, foi muito bom...”;

**EP2-2** – “...eu acho que com o passar do tempo tenho aproveitado cada vez mais, na pediatria aproveitei imenso, adquiri muitos conhecimentos mais do que tinha adquirido nas aulas, nas aulas poderiam ter sido abordados mais temas que vivenciávamos, abordávamos muito sumariamente, eu sei que o próprio curso assim o é... vamos com muitos conhecimentos teóricos para estágio e depois há umas áreas que temos mais, outras temos menos mas acho que se soubermos aproveitar ...”;

**EB3-1** - “.. Sim, acho que em atenção básica, a gente teve e estágio de criança também de colocar a família, de integrar a família no cuidado que você presta, de ter esse cuidado mesmo de olhar para a religião da pessoa, tentar ter um... porque isso faz parte do cuidado esse é o cuidado integral que a gente fala é o cuidado holístico que eles pregam, é tentar prestar atenção em todos esses fatores...”.

Como aspetos menos positivos, os estudantes, principalmente os brasileiros, mencionam a **falta de tempo** para se sentirem preparados para o mundo do trabalho e ambos refletem sobre a **eficácia e dificuldade dos portfólios e incidentes críticos**:

**EP1-3** – “...se calhar em relação às minhas dificuldades que eu tive, incidentes críticos, foi horrível, é horrível fazer, pelo menos na parte inicial do curso, ...mas claro que são importantes, são muito importantes, agora nesta fase final é que nós percebemos como são importantes, tínhamos que passar pela aquela fase, pelo

mau incidente ... eu acho que como sugestão para desmistificar isso, se calhar fazer teatros sobre situações e depois fazíamos o incidente, ou fazer um incidente sobre situações que surgiram...”;

**EP4-0** –“... os incidentes... não sei, eu não consigo expressar-me muito bem às vezes ..., não fui capaz de me expressar muito bem..., eu acho que faço muito mais no hospital e interajo muito mais do que depois consigo expressar ...”;

**EB3-2** - “...a finalidade desse portfólio, como eles começaram aqui na faculdade, seria no sentido do estudantes colocarem as suas expectativas em relação ao estágio e o que é que ele realizou o que é que ele, que dificuldades seria mais nesse sentido, muitas vezes eu não vejo que o portfólio tão efetivo assim, porque às vezes a gente prepara e tem as mesmas perguntas em todas as disciplinas, não tem um direcionamento assim é bem genérico e muitas vezes a gente não tem as evolutivas, a gente faz e não tem uma evolutiva, então eu acho que os professores ao prepararem, eles deveriam ter mais um olhar crítico e direcionar melhor esse portfólio, que seria importante... “.

Os estudantes brasileiros relevam a **importância dos professores em ensino clínico**:

**EB3-3** - “...professora ficou o tempo inteiro com a gente, o que foi muito bom, entendeu, o que mostra essa diferença, o que é estar com professora, o quanto enriquece o estágio, o quanto você aprende, é que é um ensino de qualidade mesmo, você está aprendendo não só sobre aquele doente, você está aprendendo questões de raciocínio clínico, pensamento crítico, tudo isso, eu acho que o professor é muito importante em estágio, sim, eu vejo que isso está-se perdendo um pouco...”;

**EB3-2** – “...Sim, sim, os professores nem sempre por exemplo, eles te dão, no final de cada estágio eles gostam de sentar junto e perguntar, como foi para você? Como foi o seu dia de estágio hoje? O que é que você sentiu de dificuldade, o que é que você sentiu de facilidade, essas situações também a gente consegue levar para eles e elas aí trazem e discutem com a gente. Como é que você se sentiu? Como é que você acha que... eles ajudam bastante, os professores, sempre discutem...”.

## CONTRIBUTOS DA FORMAÇÃO NO DESENVOLVIMENTO DA COMPETÊNCIA CULTURAL

Tanto os estudantes portugueses como os brasileiros consideram que têm tido uma boa formação. Ambos fazem algumas sugestões quer em termos de unidades curriculares, quer em termos de estratégias que os podem ajudar a ser melhores enfermeiros.

### Curriculum/Unidades Curriculares/estratégias

O **tempo de curso** e as dificuldades da profissão levam estudantes dos dois países a desejar mais tempo para **aprofundar** algumas temáticas e principalmente para se sentirem mais seguros na prática:

**EB2-4** – “..., é porque aqui a gente vai sair enfermeira, a gente vai sempre ter falta de ter uma maior, um maior tempo em alguma matéria em alguma coisa, porque aqui é tudo muito corrido, então a gente não tem um foco em alguma coisa, e às vezes é importante para a gente, ainda que a USP (Universidade de São Paulo) forme enfermeiros generalistas então, eu já desencanei de... porque eu já sei que eu quero pediatria, então eu já desencanei de sair aqui uma enfermeira pediátrica, porque eu não vou sair, eu vou ter que fazer especialização e tudo o mais, mas eu espero que a gente tenha um suporte para ir para o mercado de trabalho...”;

**EB2-1** – “...não, infelizmente, eles falam isso, a gente briga muito aqui para falar sobre alguns assuntos, eles falam que não tem como e assim a gente tenta então fazer optativa ou sair em ligas, para aprofundar mais o assunto, porque na graduação não tem como, mas é importante, aqui no Brasil que tem muito, tem muita criança vítima de violência...”;

**EB4-2** – “...eu acho que a graduação, ela planta a sementinha na gente...”;

**EP3-6** - “...deu-nos as ferramentas para pensarmos e para nos abrir várias portas e nos indicar os vários caminhos...”.

Em relação aos **ensinos clínicos**, os estudantes concordaram serem **momentos de grande aprendizagem** mas de grande complexidade, os estudantes portugueses referem que seria importante uma **melhor preparação**, enquanto os estudantes brasileiros consideram que era importante terem **mais tempo de ensino clínico**:

**EP4-0** – “...quando nós vamos ... para o estágio sem saber muito bem aquilo que vamos encontrar e se calhar pensamos que é mais fácil, pelo menos no nosso grupo aconteceu, nós pensávamos que ia ser mais fácil, levámos um bocadinho o choque, se calhar despertar um bocadinho mais para a realidade dos serviços, mas acho que temos uma boa preparação... ;

**EB2-5** - “Deveria ter um tempo maior para poder fazer estágios realmente ...”.

O **acompanhamento presencial dos professores** em ensino clínico foi referido como importante pelos estudantes mas quase todos os estudantes brasileiros, pela mais valia que consideram o acompanhamento dos estudantes pelos professores, referenciam ser um aspeto a melhorar no curso:

**EP2-3** – “...uns orientadores mais que os outros, mas acho que sim. E sobretudo ajuda-nos a estar alerta, que acho que é importante...”;

**EP4-0** – “...demo-nos muito bem com estes orientadores e evoluímos muito e notámos que foi uma grande diferença desde o início...”;

**EB3-5** - "...Olha, eu acho que nos estágios ia ajudar uma maior orientação dos professores para refletir nestas coisas e nos problemas que nos surgem. Enfermeiros dos serviços orientam mais nos procedimentos, o professor é importante para complementar com a reflexão...";

**EB4-3** - "...eu acho que a teoria, sim, a teoria, sim, só que às vezes... eu sinto muita falta de no estágio ter uma... alguém atrás para me... para intervir...";

**EB3-3** - "...a professora ficou o tempo inteiro com a gente, o que foi muito bom, entendeu, o que mostra essa diferença, o que é estar com professora, o quanto enriquece o estágio, o quanto você aprende, é que é um ensino de qualidade mesmo, você está aprendendo não só sobre aquele doente, você está prendendo questões de raciocínio clínico, pensamento crítico, tudo isso, eu acho que o professor é muito importante em estágio, sim, eu vejo que isso está-se perdendo um pouco....".

Em relação às unidades curriculares os estudantes propõem a **inclusão da enfermagem cultural criando uma UC opcional ou integrando unidades curriculares já existentes**, mas é nas **estratégias** que fazem mais sugestões para o desenvolvimento da competência cultural:

**EP2-2** - "(sobre a formação da competência cultural)..de forma indireta acho que algumas temos, de forma assim mais direta e mais precisa... acho que devíamos ter de forma mais direta, que fosse mais ao fulcro da questão ... mais na teoria para se implementar em estágio, principalmente antes do primeiro estágio, talvez, ou após um primeiro contacto para se ter uma mínima noção...";

**EP3-6** - "... na comunicação, acho que podíamos ter... não digo práticas laboratoriais, mas coisas mais práticas, mais casos que podemos encontrar no dia a dia...";

**EP2-7** - "...eu senti-me muito desamparada, por exemplo, para o banho no bebé o facto de não termos aulas práticas na pediatria. Nós aqui damos a teoria, mas não praticamos o banho... por exemplo, houve muitas coisas que eu não sabia que tive que aprender em estágio e então ficamos ainda muito preocupados com a técnica e pouco disponíveis para perceber o doente, se calhar ia estar muito mais à vontade se já levasse as coisas sabidas...";

**EP5-4** - "... (sobre estudar outras culturas) talvez na comunicação deveriam ser feitos exercícios e depois ver o que é que cada um pensa e depois a professora corrigir...";

**EB2-2** - "...Ah, eu tenho gostado bastante dos exemplos que eles trazem para as aulas, de laboratórios que a gente faz aqui ou com o professor ou com um enfermeiro especialista até mesmo com o seu colega em que a gente acaba fazendo um diálogo mais dentro do real, né, até porque a pessoa pode se fantasiar de mil personagens e discutir com você isso acho muito bacana...";

**EP1-3** - "...a escola faz um bom trabalho, não é, mas se calhar transparecer mais na prática, dar exemplos... se calhar fazer aqueles teatros que nós fazemos na comunicação, eu acho que... isso era importante;

**EB2-2** - "... Isso, a professora, e as enfermeiras especialistas fizeram de conta que eram um paciente da UBS e a gente tinha que fazer todo o atendimento, elas

respondiam com uma linguagem não verbal de tipo «nossa não está certo», mas quem sabe fiz alguma coisa errada... também com vídeos, com filmes de enfermagem, da gente conversando, para depois passar para a gente ver o que é que fiz de certo o que é que fiz de errado...”;

**EB3-3** - “...o que eu acho que poderia ser melhor... eu acho que a gente poderia ter filmes, entendeu, já que você não pode proporcionar essa vivência, talvez com filme, você mostra o filme, pede para os alunos verem o filme em casa e discutir entendeu, acho que é bem interessante a gente refletir sobre isso...”;

**EP5-4**- (sobre estudar outras culturas) “...acho que alguns se iriam aborrecer, outros os que gostam muito de enfermagem e que estão preocupados, iriam receber... talvez na comunicação deveriam ser feitos exercícios e depois ver o que é que cada um pensa e depois a professora corrigir...”.

Uma estudante portuguesa sugeriu como estratégia a imersão cultural que a maioria dos autores refere como uma forma importante de desenvolver a competência:

**EP2-6** – “...provavelmente isto em interação entre a sociedade, nós falamos na teoria, e agora, que tal agarrarem em nós e nos levarem até lá, nos levarem para as problemáticas, irmos aos sítios, eu fui para um lar e foi ótimo, porque melhorei nos meus cuidados, melhorar na comunicação, na qualidade de vida, mas depois aquelas coisas mais problemáticas... estavam lá idosos, tudo bem, mas estavam a ser bem tratados, mas outra coisa completamente diferente são nichos da sociedade que estão clandestinamente organizados que precisam de ajuda e que nós nem sabemos como fazer...”.

**A formação contínua e a motivação para procurar a informação e a competência** é considerada pelos estudantes uma componente fundamental no desenvolvimento da competência:

**EB4-1** – “...Eu acho que a graduação, ela dá o mínimo de condição para a gente lidar com estas coisas, né, tem alguns professores que dão uma abertura maior, que olha se você precisar a podemos conversar assim, mas é o básico que a graduação dá para a gente, mas eu sinto muito que o próprio aluno ele é que tem que desenvolver instrumentos e jeitos de lidar com a situação principalmente com as situações de morte às vezes, né, que é pouco discutido na graduação, eu não sei, eu considero também isso como sendo um valor cultural... né, a gente sabe que vai acontecer que todo o mundo vai morrer, mas a gente não lida bem com isso, diferente dos orientais que eles são mais serenos, mais calmos, até mesmo pela religião com aquela expressão da reencarnação, né, que a gente precisa evoluir...”;

**EB4-4** – “...olha, eu acho que é assim, eu acho que é abordado muito pouco a questão da espiritualidade, né, e não deixar tanto para questões de terminalidade de vida, a gente puxar parece uma coisa boba, mas eu sempre achei que deveria, de repente alguém que seja de uma entidade religiosa, contar um pouco da... do que é para ele, né, essa visão do hospital, porque assim... para eles tem religião

que acha que não tem que ir no hospital, tem espíritos.... então, assim como é para essa pessoa, porque é assim como... o enfermeiro não é só dali, está em muitos lugares, é preciso ter um mínimo de conhecimento para lidar...”;

**EP1-2** - “...nos estágios, só mesmo com a realidade que vamos encontrando... nas unidades teóricas seria difícil, porque são tantas culturas que não sei como é que isso seria feito, também vai do interesse do próprio aluno, conhecer e pesquisar por ele próprio, como Bolonha o exige...”.

A **Importância** da formação da competência cultural foi justificada pelos estudantes para poder atender às necessidades individuais de cada doente, mas estudantes dos dois países referiram também o aspeto do aumento da diversidade populacional e uma estudante portuguesa referiu o problema atual da necessidade de emigração dos recém-licenciados:

**EP2-1** – “...acho que sim, acho que era importante abordarem essa questão, porque cada vez mais há pessoas estrangeiras no nosso país e cada vez mais os nossos hospitais vão ficar com mais pessoas do leste, cada vez há mais pessoas desses países e era importante os enfermeiros também estarem, e nós irmos com alguma preparação de como é que vamos, qual a nossa postura mediante essas pessoas, não sei como é que seria abordado...”.

<b>Desenvolvimento da competência cultural</b>		
<b>Sub- Categoria</b>	<b>Portugal</b>	<b>Brasil</b>
<b>Consciência cultural</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consciencialização dos seus limites e da visão etnocêntrica</li> <li>• Identidade cultural</li> <li>• Conhecimento da própria cultura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consciencialização dos seus limites e da visão etnocêntrica</li> <li>• Identidade cultural</li> </ul>
<b>Conhecimento cultural</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preconceito</li> <li>• Aprendizagem teórica</li> <li>• Autoformação</li> <li>• Desvalorizado</li> <li>• Superficial</li> <li>• Pouca sensibilização</li> <li>• Unidades Curriculares: ética, bioética sociologia, comunicação, antropologia, enfermagens, transversal ao curso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preconceito</li> <li>• Aprendizagem teórica</li> <li>• Desvalorizado</li> <li>• Superficial</li> <li>• Unidades curriculares: ética bioética, sociologia, necessidades de saúde dos grupos sociais e enfermagem; avaliação de indivíduos e famílias; transversal ao curso</li> </ul>
<b>Sensibilidade Cultural</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Humanização</li> <li>• Cuidado centrado no doente</li> <li>• Sensibilidade diferenças/ homogeneização</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Humanização</li> <li>• Cuidado centrado no doente</li> <li>• Sensibilidade diferenças/ homogeneização</li> </ul>

<b>Competência cultural</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinos clínicos</li> <li>• Reflexão na prática</li> <li>• Incidentes e portfólio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinos clínicos</li> <li>• Reflexão na prática</li> <li>• Incidentes e portfólio</li> <li>• Falta de tempo</li> <li>• Importância da presença dos professores em ensino clínico</li> </ul>
<b>Contributos da Formação</b>		
<b>Currículo/ unidades curriculares</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tempo do curso</li> <li>• Aprofundamento</li> <li>• Ensinos clínicos permitem grande aprendizagem</li> <li>• Melhor preparação para ensino clínico</li> <li>• Unidade curricular opcional ou conteúdos de enfermagem cultural integrados noutras Unidades curriculares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tempo do curso</li> <li>• Aprofundamento – optativas, ligas</li> <li>• Ensinos clínicos permitem grande aprendizagem</li> <li>• Mais tempo de ensino clínico</li> <li>• Acompanhamento presencial dos Professores em ensino clínico</li> <li>• Unidade curricular opcional ou conteúdos de enfermagem cultural integrados noutras Unidades curriculares</li> </ul>
<b>Estratégias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Simulações</li> <li>• Filmes</li> <li>• Exemplos práticos</li> <li>• Exercícios</li> <li>• Mais práticas de comunicação</li> <li>• Imersão cultural</li> <li>• Apoio na elaboração de incidentes</li> <li>• Manter os orientadores</li> <li>• Formação contínua</li> <li>• Importante por aumento da diversidade populacional</li> <li>• Emigração profissional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Simulações</li> <li>• Filmes</li> <li>• Exemplos práticos</li> <li>• Exercícios</li> <li>• Discussão de casos</li> <li>• Portfólio, podia ser mais efetivo com mais <i>feedback</i> dos Professores</li> <li>• Presença de professor tempo inteiro</li> <li>• Formação contínua</li> <li>• Importante pela diversidade populacional</li> </ul>

**Quadro 5 - A Formação no Desenvolvimento da Competência Cultural**

Para melhor compreensão dos resultados obtidos da análise das entrevistas, apresento seguidamente, uma síntese parcelar com as principais semelhanças e diferenças que pudemos inferir das entrevistas realizadas a estudantes brasileiros e portugueses.

## SÍNTESE PARCELAR 1

---

### **Análise Comparativa da Competência Cultural entre estudantes das duas Universidades**

Quando analisei o discurso dos estudantes dos dois países verifiquei que as dimensões, categorias e subcategorias encontradas são semelhantes.

Ambos consideram que a universidade onde estudam é altamente conceituada e que a formação que recebem é de qualidade, quer a nível científico quer a nível humano. O discurso da enfermagem como “ciência e arte” e o conceito de uma prática baseada nos valores humanos é feito pelos estudantes dos dois países o que revela uma filosofia de enfermagem comum, apesar da universidade portuguesa, por ser católica, incluir os valores católicos o que também é mencionado pelos estudantes portugueses.

Ficou claro que ambas as Instituições formadoras doutrinam uma filosofia humanista, instruindo os seus formandos para um cuidado que os estudantes portugueses adjetivam de “holístico”, “humanista”, “centrado no doente” e os estudantes brasileiros acrescentam “integral” e que todos os estudantes, sem exceção, esperam vir a pôr em prática, enquanto estudantes e futuros profissionais.

Em comum, as duas instituições têm as estratégias de ensino utilizadas no desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais e os estudantes referiram o recurso aos filmes, simulações, reflexões orientadas e o portfólio.

Semelhante também é o sentimento dos estudantes em relação ao que é ensinado na teoria e ao que é valorizado na prática por professores, e principalmente pelos profissionais das instituições onde realizam os ensinamentos clínicos. O que os estudantes dos dois países referem é que, apesar dos valores humanistas estarem presentes nos discursos, nem sempre têm tempo para os priorizar e integrar no cuidado. Aspectos como a preocupação com as diferenças culturais do doente, por ser muitas vezes invisível, é pouco valorizado pelos enfermeiros e orientadores do ensino clínico.

As diferenças curriculares são evidentes, mas a introdução de conteúdos específicos relacionados com o cuidado cultural foi referido pelos estudantes nas mesmas áreas e da mesma forma. Ambos mencionam as unidades

curriculares de ética e bioética como as mais importantes no desenvolvimento de capacidades para a resolução de dilemas éticos e confronto de valores. Identificam ainda, temas da cultura inseridos na sociologia ou antropologia, mas consideram que conceitos relevantes para a prática da enfermagem culturalmente competente é transversal a todas as unidades curriculares.

Esta abordagem curricular foi questionada pelos próprios estudantes ao referirem o fracionamento do conceito do cuidado cultural por várias áreas e disciplinas o que depois os obriga a juntar tudo num todo.

Em ambos os países, os estudantes aprendem a fazer a avaliação holística de quem cuidam, seguindo diferentes instrumentos de colheita de dados, mas em nenhum é feita a avaliação cultural como é preconizada pelos autores da prática culturalmente competente.

No entanto, os estudantes brasileiros relatam a importância que é dada pelos professores nas primeiras experiências na comunidade para a importância da avaliação do contexto da pessoa para um cuidado integral. Os estudantes portugueses, apesar de também terem esta formação, não a mencionam nas entrevistas, mas se observarmos com cuidado o plano curricular português o ensino clínico na comunidade só é realizado no último ano do curso pelo que ainda não puseram em prática a entrevista na comunidade, só tendo tido formação teórica. De qualquer forma, estudantes de ambos os países fazem a avaliação holística do doente no hospital, mas têm pouco cuidado na interpretação da avaliação cultural, transmitindo a ideia de que a folha é preenchida, mas não valorizada, havendo mesmo uma estudante brasileira que refere que o “roteiro” não é lido por falta de tempo:

**EB44** – “...tem um roteiro, o problema é ler, você pode ter o roteiro, alguém preenche, mas se você não ler, você não vai saber, e é o que acontece muito, a pessoa acaba não lendo todos esses roteiros, essas fichas de entrevista e acaba passando por cima...”.

As diferenças encontradas prendem-se sobretudo com diferenças específicas dos países, como seja um contacto muito superior dos estudantes portugueses com África e, por isso, um conhecimento da maioria da prática da mutilação genital feminina e um desconhecimento desse costume por todos os estudantes brasileiros.

A população brasileira tem na sua origem uma maior diversidade relativamente à portuguesa, sendo essa uma das justificações para a escolher uma Universidade de São Paulo para comparar com a Universidade Portuguesa, porque permitiria analisar se o convívio com a multiculturalidade influenciaria o desenvolvimento da competência cultural. Foi possível constatar que relativamente ao racismo, os estudantes portugueses consideram que o povo português é tradicionalmente não racista e estudantes brasileiros reconhecem que o seu povo é racista. Porém, quando se pergunta se existe racismo na prática de enfermagem, ambos os estudantes respondem o mesmo: nunca viram na prática, mas se há pessoas racistas com certeza haverá enfermeiros racistas, sendo essa uma atitude que rejeitam à partida. Rosa Cabecinhas (2004) defende que o não reconhecimento do racismo é por si só uma forma de etnocentrismo e de negação do problema em si, e que as pessoas individualmente se consideram menos racistas que a média dos seus grupos. Esta negação permite colocar algumas questões se, por um lado, todos os estudantes relevam a importância dos juízos de valor, quer porque a formação insiste na sua rejeição, quer porque o observam na prática dos enfermeiros, por outro, não associam o juízo de valor e o preconceito ao racismo. Outra questão que se pode colocar é o papel das escolas para formar os estudantes relativamente a atitudes racistas. Todos os estudantes referem uma grande insistência no combate aos juízos de valor, mas nenhum referiu formação sobre o racismo nem como lidar com ele, o que para quem cuida de pessoas parece ser uma lacuna da formação.

A formação sobre as dimensões culturais do cuidado dividiu os estudantes dentro do próprio país. Se a maioria concorda que deveria saber intervir nas situações complexas, alguns consideram que são áreas trabalhadas o suficiente e que é impossível estudar todas as culturas, pelo que defendem o estudo apenas das culturas mais frequentes. Consideram também que é perante as situações que o enfermeiro deve fazer o esforço para adquirir o conhecimento sobre a adequação do cuidado àquela pessoa em concreto.

Os que concordam com a formação por considerarem poder prestar um cuidado mais adaptado à pessoa, justificam também a sua introdução pelo aumento da diversidade nas populações dos países e também pela procura de emprego no estrangeiro.

Em relação ao tempo de ensino clínico e ao acompanhamento mais efetivo pelos professores foi uma referência mais frequente nos estudantes brasileiros.

Estudantes das duas universidades referem estratégias e dificuldades semelhantes relativamente à comunicação com pessoas de língua diferentes ou com dificuldades de comunicação. Alguns tiveram a experiência do recurso à família outros consideram-no o melhor recurso. Contudo, uma das recomendações do CLAS (2001), é de que “a menos que pedido pelo doente não deve ser nem a família nem amigos a fazerem de intérpretes”, norma nº 6 Narayan (2002).

Também em relação ao cuidar de pessoas de diferentes classes, quando se pergunta como adaptariam o cuidado a pessoas ricas, importantes ou VIP, a resposta é que seria igual a outro qualquer, esta foi uma resposta que Hendrika (2008), também encontrou no seu estudo.

Relativamente à dificuldade de acesso à saúde, foi nos ensinos clínicos da comunidade que os estudantes conseguiram refletir na adequação dos cuidados às diferentes necessidades que são influenciadas principalmente nas situações de pobreza.

A pouca autonomia dos enfermeiros é referida principalmente por estudantes brasileiros, mas ambos referem a pouca autonomia do estudante e do recém-licenciado.

Esta síntese permite confirmar que os resultados encontrados revelam principalmente semelhanças entre as vivências, experiências, expectativas e perspetivas dos estudantes de ambos os países, acerca da *práxis* da competência cultural em enfermagem. As diferenças são sobretudo condicionadas pelas dissemelhanças curriculares e, menos, pela distância dos dois contextos.

Relativamente às diferenças introduzidas nos critérios de seleção da amostra, não se evidenciaram perspetivas diferentes relacionadas nem com a idade nem com o género dos estudantes. Num estudo com enfermeiros tailandeses, Lee (2009) verificou diferenças de género, na *práxis* do “cuidado”, que relacionou com a interpretação dos conceitos de “cuidar” e “masculinidade”, o que não se observou em nenhuma das amostras deste estudo.

As maiores diferenças encontradas nos discursos dos estudantes relacionam-se com a fase do curso e a introdução dos conceitos da disciplina de enfermagem, pelo que a discussão dos resultados segue uma lógica de interpretação, em cada ano do curso.

Para a discussão dos resultados farei primeiro uma breve descrição dos currículos dos dois países e, posteriormente, a análise da evolução dos conhecimentos, atitudes e comportamentos dos estudantes sobre o “cuidado cultural”, ao longo da sua formação teórica e prática.

## 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

---

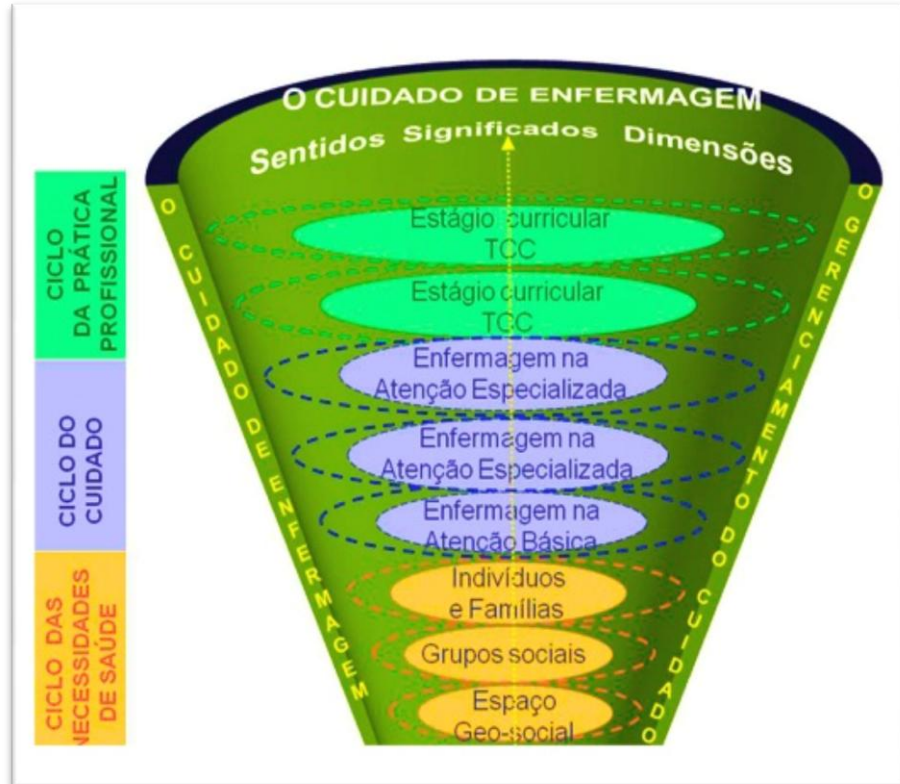
Nesta capítulo irei fazer a discussão dos resultados através da análise transversal ao longo dos quatro anos de curso, do desenvolvimento da competência cultural, analisando separadamente estudantes portugueses e brasileiros para posteriormente fazer a comparação das semelhanças e diferenças e explicar o processo de desenvolvimento da competência cultural nos estudantes de enfermagem.

Tendo verificado que as diferenças encontradas nas opiniões dos estudantes se devem principalmente à estrutura curricular do curso, para poder fazer a comparação entre os dois grupos de estudantes, farei primeiro uma breve comparação entre o currículo dos dois países.

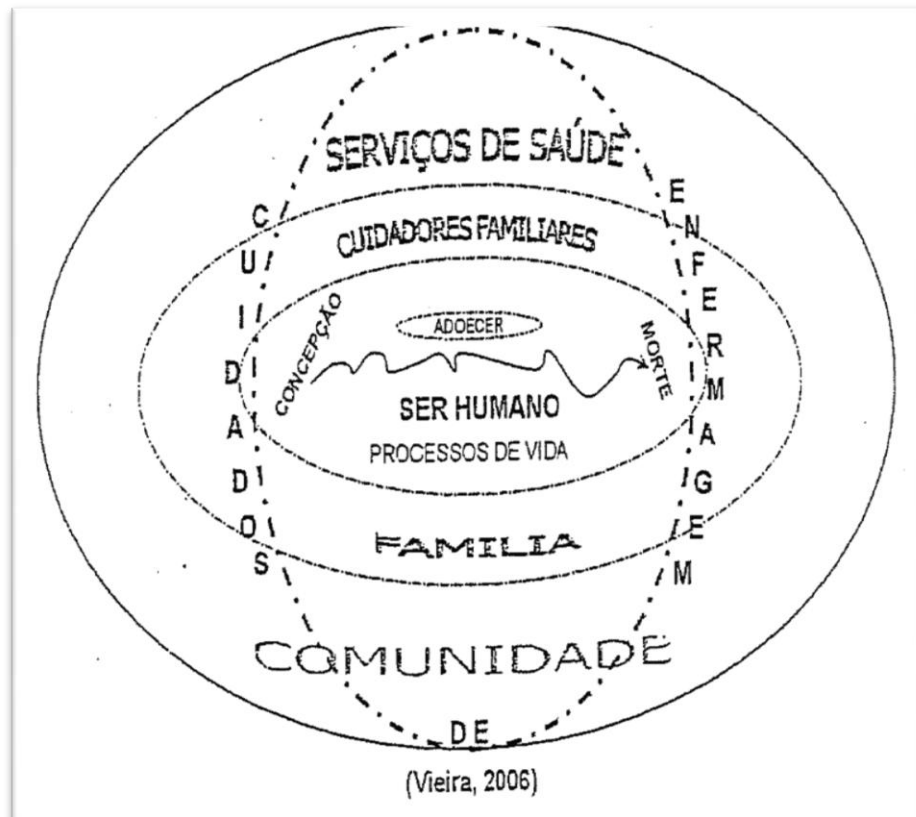
A Universidade de São Paulo, em estudo, forma enfermeiros graduados de nível bacharel com um curso em tempo integral durante quatro anos. A licenciatura de enfermeiros tem por objetivo formar professores, e é integrada ao longo do bacharelato e inclui mais um semestre, com 510 horas teóricas, um ensino clínico de 440 horas e um trabalho de conclusão do curso com 480 horas, totalizando 5.530 horas efetivas. A Universidade de Lisboa, confere o grau de licenciado também num curso a tempo integral durante quatro anos, com 4.427,5 horas efetivas, mas está previsto ao contrário do curso brasileiro incluir horas de trabalho do estudante perfazendo então, o curso, um total de 6720 horas. Apesar de o currículo português expressar um maior número de horas - a estudante que esteve em intercâmbio com uma faculdade portuguesa refere que:

**EB3-4** - "...eu acho que gostaria de ter mais tempo para estudar, está bem balanceado teoria e prática, mas poderia ter um espaço reservado para a gente estudar lá na aula. Lá na Escola Superior do Porto, a gente tinha umas matérias que dentro da carga horária da matéria já estava pressuposto tempo, por exemplo, está desenvolvendo um trabalho era dado tempo naquele já na carga horária já era pressuposto, agora aqui não faz uma matéria e tem muitos trabalhos para fazer mas você é que se arranja para fazer esses trabalhos não tem específico assim, não está na carga horária....".





Curso Brasileiro



Curso Português

Figura 11 – Comparação do Modelo dos Cursos

A estrutura dos dois cursos é distinta dando o currículo brasileiro uma muito maior carga horária à componente teórica e o português aos ensinamentos clínicos. No currículo brasileiro, os conteúdos teóricos estão integrados ao longo de todo o curso e no 1º período do curso incluem dois períodos de prática orientada pelos professores como componente da teoria com 60 horas na unidade curricular de “Enfermagem como Prática Social” e na de “Necessidades de Saúde dos Grupos Sociais e Enfermagem”. Esta é uma das práticas mais relevadas pelos estudantes como contributo para o desenvolvimento da competência cultural. Ao longo de todo o curso as práticas vão sendo complementares à teoria mas integrado como ensino clínico curricular estão apenas 1190h horas, quando o Português contempla 2720h. Esta foi também uma das referências dos estudantes brasileiros, tendo vários referido que era importante ter mais tempo de ensino clínico.

O currículo português está estruturado também com articulação da teoria com a prática, mas os ensinamentos clínicos só têm início no 2º ano do curso e são ensinamentos clínicos curriculares com grande carga horária contemplando horas de orientação tutorial. Este aspeto é também referido pela estudante de intercâmbio.

**EB3-4** - “...os nossos professores ficam tranquilizando, ...que a prática técnica é uma coisa mais fácil de se conseguir, agora conhecimentos, bagagem teórica já é uma coisa que leva mais tempo... o estágio às vezes é um pouco curto. Então eu gostei bastante de Portugal porque lá eles faziam era 2 anos de teóricas, 2 anos de práticas, então vocês são muito habilidosos, muito habilidosos mesmo...”

Tabela 2 – Comparação Curricular dos dois Cursos

Currículo Português					Currículo Brasileiro Bacharel +Licenciatura				
	TH	TH	TH	TH	TH	TH Prat.	TH	TH	TConcl
	Trab	Teórica	Prática	Efetiva	Teórica	Comp	Prática	Efetiva	curso
1º ano	1680	652,5	0	652,5	1020	120	0	1140	
2º ano	1680	585	480	1065	960	120	0	1080	
3º ano	1680	157,5	1120	1277,5	900	0	0	900	
4º ano	1680	112,5	1120	1232,5	1020	190	750	1960	
<b>Totais</b>	<b>6720</b>	<b>1507,5</b>	<b>2720</b>	<b>4227,5</b>	<b>3900+510</b>	<b>430</b>	<b>750+440</b>	<b>5080</b>	<b>480</b>

A comparação de algumas diferenças curriculares é importante para compreender e contextualizar os discursos dos estudantes dos dois países, e é essa reflexão que farei no subcapítulo seguinte.

## **4.1. CONTEXTO 1 – OS ESTUDANTES PORTUGUESES**

---

Para analisar as dissemelhanças nos discursos dos dois grupos de estudantes, recorri aos *constructos* já utilizados de “consciência”, “conhecimento” e “sensibilidade”, para poder refletir nas alterações que surgem nestas dimensões, ao longo da formação básica em enfermagem.

### **4.1.1. DESENVOLVIMENTO DA COMPETÊNCIA CULTURAL NOS ESTUDANTES PORTUGUESES**

Ir-se-á, então, agora a analisar a evolução no discurso dos estudantes ao longo dos quatro anos do curso.

#### **Consciência Cultural**

Para o desenvolvimento da consciência cultural numa profissão, considere importante analisar a motivação inicial para o curso e a evolução das expectativas académicas, bem como a perceção da importância da reflexão pessoal e do apoio e incentivo da formação a essa reflexão para um desempenho culturalmente competente em enfermagem.

#### **1ª Ano**

Em relação à motivação para o curso, alguns estudantes escolheram-no como 1ª opção, mas muitos deles frequentam-no por aconselhamento familiar ou porque não conseguiram entrar no curso que desejavam e embora sentindo vontade de o fazer, referem algum esforço para se identificarem com o mesmo.

Apesar de estarem a gostar da formação que estão a ter, confirmam a falta de motivação na dificuldade expressa de se empenharem e compreenderem algumas unidades curriculares em enfermagem, como se verifica na apresentação dos resultados:

**EP5-1** - "...não é que eu não goste, eu sei que se calhar vou gostar lá mais para a frente, eventualmente agora posso não gostar de algumas coisas, mas já está a ir melhor, de início não queira mesmo ficar, não sentia mesmo nada que me prendesse....sim, sim, eu acho que sim eu gosto muito das aulas de comunicação, estamos a dar a comunicação com a criança e a professora é muito expressiva e dá muitos exemplos o que é bom para o nosso dia a dia, dando vivências também da vida de enfermeiro e eu acho, eu acho que é bom...";

**EP5-1** – "...até em psicologia, a professora dá muitos exemplos e sempre cativa mais pessoas e sempre conseguimos ter mais ou menos uma noção do que é que ela está a explicar e o que é que poderemos encontrar porque acho que isso é essencial...";

**EP5-4** - "...por acaso não, eu sempre quis ir para medicina dentária, mas como nunca fui de estudar muito, fui-me desleixando e deixando o estudo por baixo e não consegui ter média para isso e agora vim para aqui estou a pagar para isso e vou ter que tirar proveito disso, para mim está a ser uma nova vida...";

**EP7-4** - "...vim um bocado apagado, não sabia bem ao que vinha, ainda só vi as do 2º semestre, temos microbiologia, parece-me, a microbiologia é capaz de ser muito giro, não me lembro... mas não sei .. para já do que tivemos o que me ajudou foi pelo menos a parte da anatomia, os músculos os ossos as articulações, essa parte é boa, porque assim, dá-nos um conhecimento geral... mais... a parte da comunicação, comunicar com as pessoas, aprender a escutar... a antropologia, aprender as outras culturas, aí fico dividido aquilo é um bocado maçudo, mas é importante dar toques, ter uma noção do que podemos fazer...".

Para a maioria dos estudantes do 1º ano se o curso não foi a 1ª opção, estão pelo menos entusiasmados e com expectativas altas em relação à formação para a competência cultural em particular e para o futuro desempenho como profissionais no geral:

**EP5-5** – "...ai, eu estou a gostar imenso, que eu já tenho esta ideia de ser enfermeira ...ver o trabalho deles e ainda fiquei mais apaixonada e não é só com crianças pronto é com todo o tipo de ah... mas acho que o trabalho dos enfermeiros é mesmo encantador, gosto mesmo e estou a gostar imenso do curso...";

**EP5-4** – "... gosto muito de comunicação porque nos abre os horizontes ...";

**EP5-7** - "...comunicação ajuda imenso e psicologia,...antropologia mais ou menos estou com alguma dificuldade em «entrar»...";

**EP5-8** – "...olhe, eu achava que ia odiar antropologia, eu pensava que horror, mas o que é que é isso que nome feio, e estou a adorar disseram-me ah, é disciplina mais «secante», e eu estou a adorar, estou a adorar,... eu chego a casa e tenho vontade de estudar, tenho vontade de aprender e não tenho vontade de faltar às aulas, tenho vontade de estar aqui, é uma coisa muito direcionada para o que eu gosto para o que eu quero e faz toda a diferença estou a adorar tudo...";

**EP4-4** – "...se nos conhecermos melhor a nós próprios é muito mais fácil cuidarmos do «outro» e se acrescentarmos a isso mais conhecimento de outras culturas melhor...".

Dos discursos dos estudantes do 1º ano detetei, quer pela comunicação verbal, quer pela não verbal, um entusiasmo pelo curso e por aquilo que estão a aprender, em que mesmo os estudantes que não tiveram enfermagem como primeira escolha desejam gostar e “apaixonar-se” pelo curso. Toda a postura dos estudantes ao longo da entrevista foi de vontade em crescer pessoal e profissionalmente, pelo que podemos inferir que os estudantes nesta fase do curso estão “fascinados”, por toda a aprendizagem que os torne “bons enfermeiros”. Porém, este entusiasmo limita, de alguma forma, a capacidade de refletir na necessidade e exigência específica da formação e preparação para a competência cultural, não compreendendo a importância de alguns conteúdos teóricos.

## 2º ano

Os estudantes do 2º ano, para além da teoria, já tiveram uma experiência na comunidade e em ensino clínico hospitalar e apesar de manterem o entusiasmo com a formação já conseguem refletir nalgumas lacunas e necessidades da formação:

**EP3-2** – “... penso que o que a escola tem feito, tem tido um bom desempenho, mas talvez não sei, referir ainda mais, não sei, é complicado porque a escola tem feito um bom trabalho nesse sentido tem-nos inculcado muito para os valores éticos, tem-nos inculcado bastante... a escola prepara muito bem, não apenas como prestadores de cuidados, mas também como pessoas, que eu noto muito isto..”;

**EP3-3** – “...em relação à escola acho que se preocupa muito com a parte humanística da pessoa, tem uma vertente muito, bastante, mesmo através da ética, da deontologia e está muito bem dado, se calhar é importante porque nós pensamos que vamos para o hospital fazermos técnicas e acaba por não ser só a técnica e tem muito mais a outra parte e aí eu acho que nós temos um bom ensino porque à primeira não entendemos o porquê dessas disciplinas, não entendemos porque pensamos que são mais umas... mas depois chegamos e vemos que é bastante importante...”;

**EP3-3** – “...neste estágio ainda é um bocadinho difícil, mas depois se conseguirmos, sim. Os estágios têm ajudado a crescer não só a nível como futura enfermeira, mas também a nível pessoal e não só este estágio o da comunidade também na comunidade fomos confrontados com muitas realidades que nós sabíamos que existem, mas constatar e ver é diferente e quando vimos é bastante diferente na comunidade pelo menos eu tive oportunidade de, estive no centro social e paroquial de Carnide, e acompanhei o apoio domiciliário e aquilo é difícil...”;

**EP4-0** – “...eu acho que nós temos muito boa formação e muito boa preparação aqui na escola, por acaso temos tido temas «super» importantes que nos chamam à atenção para certos aspetos ah... eu acho que nós vamos muito bem preparados, claro que se calhar devíamos ter mais informação acerca de outras culturas, mas... eu acho que a formação no geral já é «super» boa, não sei, eu acho que nós vamos bem preparados, professora, mas se calhar devia haver mais possibilidade, quando nós vamos para o estágio de... quando nós vamos um bocadinho para o estágio sem saber muito bem aquilo que vamos encontrar e se calhar pensamos que é mais fácil, pelo menos no nosso grupo aconteceu, nós pensávamos que ia ser mais fácil levámos um bocadinho o choque, se calhar despertar um bocadinho mais para a realidade dos serviços...”.

É no ensino clínico que alguns estudantes consciencializam a necessidade da formação e da necessidade de preparação, embora alguns estudantes continuem a pensar que a reflexão sobre as situações é desencadeada pelas situações quando elas surgem:

**EP3-9** – “...em comunicação, ah... ainda não refleti muito sobre estes assuntos porque também ainda não tive contacto assim com outras culturas e com outras línguas...”

O apoio do curso à autorreflexão para a consciencialização do desempenho já é referido por estudantes deste ano do curso:

**EP38** – “(autoconhecimento)... sim, eu acho que principalmente nas reuniões que são feitas a seguir ao estágio, pelo menos da minha experiência que eu tive, e depois muitos dos meus incidentes, muitos temas, vieram das reuniões que tínhamos, onde refletíamos não só eu e as orientadoras mas também todo o grupo. Numa reunião inicial eu lembro-me que tivemos um problema, não é bem um problema, mas... as orientadoras chamaram-me à atenção porque se calhar eu não.... As pessoas não me tratavam por Sr. enfermeiro, tratavam-me por Nuno ou por Sr. Nuno... havia um senhor em que grande parte do grupo tinha dificuldade mesmo em falar nem em comunicar, e ele a mim, tinha-me respeito eu apresentava-me como enfermeiro não é, mas não reforçava, não fazia questão, embora depois da conversa que tive... acho que é importante as pessoas reconhecerem-me como profissional, sou enfermeiro, sou salvo, seja, mas estou ali para prestar cuidados, só que para mim isso não é importante, nalguns momentos que não eram tão, por exemplo, o caso que motivou a conversa na reunião, era a filha do doente de quem eu estava a cuidar, quando chegava, chegava ao meio do corredor dizia: « ó Nuno! » muito banal, banal demais, não é que me fizesse impressão, eu preocupo-me um bocado com o que está à volta, não é que não me preocupe, mas também é importante a imagem que se faz passar...”

Mas também consideram que a prática reflexiva que fazem durante o curso é uma prática académica e que não esperam mantê-la enquanto profissionais:

**E3-8** – ( Quando for profissional) “...acho que é importante seguir, muito importante, mas no entanto eu sei que há coisas que, por exemplo, eu não vou chegar a casa e não vou escrever incidentes, posso pensar mas, não há tudo o resto, é a noção que eu estou a ter, é o que eu prevejo um bocado pelo menos, sem querer... se calhar as pessoas fazem o trabalho só por fazer...”

Nos estudantes do 2º ano verifiquei também entusiasmo pelo curso, mas já não o fascínio demonstrado pelos estudantes do 1º ano, pelo que classifiquei apenas como “entusiasmo” a expectativa que os estudantes têm em manter uma consciência cultural na sua prática.

### 3º Ano

Os estudantes do 3º ano tiveram já bastantes experiências práticas e a maioria dos conteúdos teóricos o que lhes permite refletir no contributo da teoria já menos na perspetiva do gosto ou não gosto mas mais do contributo que foi para a sua prática, considerando que houve áreas que ajudaram a reflexão, mas que os conceitos da diversidade cultural são transversais a todas as unidades curriculares:

**EP2-3** – “...acho que pelo menos alerta-nos imenso para a diversidade cultural, e para tentarmos adequar e perceber a cultura dos outros eu acho que acaba por ser transversal em todas as disciplinas que é ter em atenção ao « outro»...”;

**EP2-4** – “...sim, foi no 1º ano mais em ética, bioética e deontologia, em enfermagem e corporalidade em adoecer humano, mas acho que em todas as disciplinas não tanto em patologia nem..., naquelas mais práticas mais específicas, mas de resto, mesmo agora em enfermagem da família e da comunidade e no geral acho que em todas as disciplinas nós somos alertados claro que mais numas do que noutras mas somos e em termos de juízos de valor e de respeitar não é...”

**EP2-6** – “...acho que são as bases que me deram no 1º ano, eu acabo por pensar quando estou, o que é que na situação eu penso de outra forma porque a parte da deontologia, bioética, comunicação vamos juntar tudo e se as coisas forem bem simuladas conseguimos chegar ao fundo e mesmo que não cheguemos pelo menos tentamos e a escola tem uma importância brutal nisso...”.

Alguns estudantes recordam o curso também em alguns aspetos que consideram menos positivos, referindo algumas dificuldades e lacunas da formação quer em termos dos conteúdos curriculares quer em termos pessoais:

**EP2-8** – “...é assim na antropologia, tivemos conceitos muito básicos, e muito generalistas penso que não foi mesmo àquilo que se pretendia tive alguma

dificuldade em tornar aquilo útil, de perceber até que ponto seria importante para a enfermagem, foi uma coisa muito vaga, uma coisa é saber os conceitos outra coisa é torná-los úteis à nossa intervenção, falhar não falha precisa é de ser mais desenvolvido, dava-nos mais segurança pelo menos...”;

**EP2-9** – “...alerta, a ideia geral é, eu acho que o curso está feito muito rápido e depois ...quando entramos para aqui e tínhamos três dias de aulas e quatro de descanso e nós vínhamos do secundário, ...mas não estávamos preparados para aproveitar aqueles 4 dias para fazer investigação, porque a preguiça fala sempre mais alto e mais rápido que qualquer outra situação, eu acho que aproveitámos mal o 1º e 2º anos, em termos pessoais acho que poderia ter aproveitado muito melhor, mas nem sequer estava alertado para a necessidade de aproveitar tão bem o tempo, agora se voltasse ao 1º e 2º anos fazia diferente e agora no 3º acho que estava melhor preparado...”

O ensino clínico tem também por objetivo permitir ao aluno a reflexão das suas práticas, a consciencialização das suas dificuldades e os fatores que facilitam a prestação de cuidados culturalmente competentes, este foi também um dos aspetos relatados pelos estudantes do 3º ano:

**EP2-6** – “...sim, se orientadores nos despertarem para o lado humano se não nos centrarem nas técnicas se nos deixarem pensar porque muita vez a tensão que nós temos em estágio é tanta... que nós ficamos limitados de raciocínio...”;

**EP2-6** – “...é que não é de mais nada é de raciocínio até mesmo o descanso acaba por nos deixar refletir, agora tudo bem a minha perspetiva e agora vamos ver o lado do doente o que é que ele acha sobre isto, e acho que senão tivermos alguém para nos despertar não chegamos lá...”;

**EP2-7** – “...também, se calhar orientações tutórias com temas específicos falar especificamente, mas falar num tema como se fosse, mas não sei até que ponto depois não priva as pessoas de falarem da experiência, não sei muito bem não tenho uma opinião muito formada...”;

**EP2-9** – “...professora, os incidentes é muito complicado, a parte que me dá mais insegurança é fazer as reflexões e os incidentes escritos, porque um professor gosta de uma maneira outro gosta de outra, é uma situação complicada... não sei explicar... eu acho que são úteis, mas... é bom por um lado, mas para mim por exemplo, eu tenho muita dificuldade em escrever...”;

**EP2-9** – “...claro que há exigências que outras escolas não fazem como os incidentes críticos, mas tudo tem o seu lado positivo e um lado negativo...”.

Nos estudantes do 3º ano encontramos ainda entusiasmo, com atitudes culturalmente competentes, mas refreada com as dificuldades encontradas na prática, pelo que lhe chamamos “entusiasmo relativo”.

Aos estudantes do 4º ano foi pedido um esforço visível de memória sobre o que a formação tinha ajudado na reflexão cultural dos doentes e na consciencialização da própria cultura e foi possível registar alguns testemunhos:

**EP1-2** – “...eu lembro-me que fizemos em bioética um trabalho sobre as diferentes culturas e as diferentes religiões. Eu recordo-me que falámos na ética bioética, sim, sim, antropologia e sociologia trabalhámos bastante a nossa própria cultura...”;

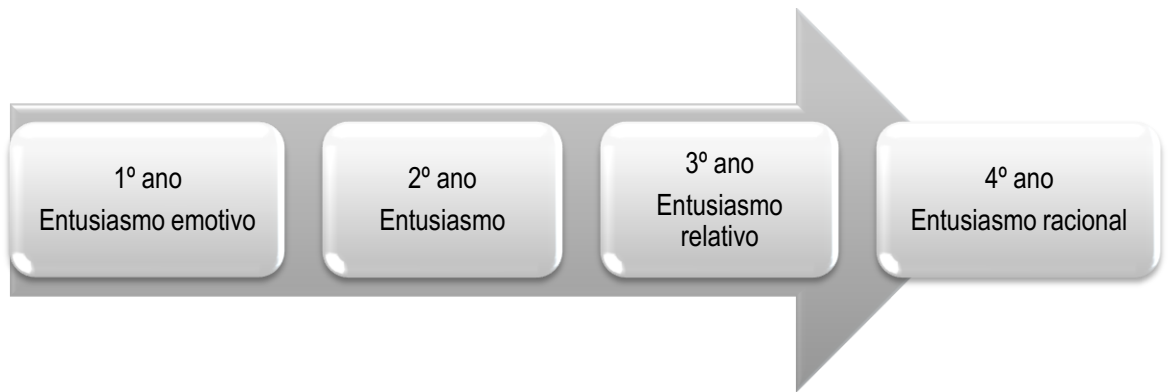
**EP1-3** – “...eu penso que a escola está no bom caminho, pelo menos eu senti isso logo no 1º ano, batalham para termos esse tipo de cuidado, para não fazermos juízos de valor, mas se calhar é passar um bocadinho o que é que é um juízo de valor.... eu concordo que a escola faz um bom trabalho, não é, mas se calhar transparecer mais na prática dar exemplos... se calhar fazer aqueles teatros que nós fazemos na comunicação, eu acho que... isso era importante...”;

**EP1-1** – “...e nós também criticamos muito os incidentes críticos, mas ajudam muito a refletir acerca dessas situações e via mais isso agora no fim do curso...”;

**EP1-3** – “...ah, a nossa cultura, eu penso que nem muito, e isso seria muito importante sim, já se fala um bocadinho (antropologia), e por isso podia-se alargar eu acho que falamos um pouco mais das outras do que da nossa...”.

Toda a comunicação verbal e não verbal dos estudantes do 4º ano, transmite uma racionalidade e objetividade diferente ao longo da comunicação. Apesar dos estudantes reconhecerem a motivação da formação para uma autorreflexão e o conhecimento da própria cultura fazem-no de uma forma objetiva pelo que o categorizei de “entusiasmo racional”

De uma forma gráfica podemos representar a evolução da autorreflexão da prática bem como a importância dada ao conhecimento da cultura pessoal como uma evolução de crescimento, em que a primeira fase de enamoramento e de descoberta é revelada pelos estudantes, mas à medida que as exigências vão aumentando, a reflexão torna-se mais difícil até chegar à estabilidade da compreensão, em que se mantém o entusiasmo pela aprendizagem reflexiva e pela formação ministrada, mas de uma forma mais ponderada.



**Figura 12 – Evolução da Consciência Cultural nos Estudantes Portugueses**

### Conhecimento cultural

No conhecimento cultural não incluí a opinião sobre a formação nem a aprendizagem da cultura pessoal, mas sim a importância para a prática sentida nos ensinamentos clínicos.

#### 1º Ano

Os estudantes, em início de formação, consideram importante estudar outras culturas principalmente as com maior incidência na zona de influência do serviço de saúde, até pelo aumento da imigração:

**EP5-6** – “...quanto mais, melhor, não é... se pudéssemos conhecer um bocado, ter umas bases de cada cultura, ter os princípios básicos de cada cultura ajudava.... ciganos há muitos, cabo verdianos,... Não estou a ver nenhuma unidade curricular, mas acho que era importante haver, ajudava...”;

**EP5-7** – “...preocupa-me não perceber aquilo que necessitam, acho que era importante termos uma cadeira que nos ajudasse a perceber as outras religiões as outras crenças acho que devia focar mais outras culturas nós estamos muito focados nas pessoas ditas normais e há sempre exceções por exemplo os ciganos e isso complica uma cadeira durante um semestre acho que chegava...”;

**EP5-2** – “...a nossa cultura, porque a cultura estamos a passar por uma fase em que a cultura está a ser moldada porque já não estamos só, somos portugueses mas já não é como há cinquenta anos atrás, já temos influência de vários povos nomeadamente dos povos africanos, do povo brasileiro, dos chineses também...”;

**EP5-5** – “...eu acho que sim como o nosso país abrange assim várias culturas não é só uma, acho que nós devíamos...”.

Mas estando ainda em início de formação os estudantes do 1º ano têm ainda pouco para relatar, a não ser que esperam ter a formação adequada:

**EP5-7** – “...acho que sim, muito, eu sempre adorei anatomia e fisiologia por muito básica que seja eu adoro, agora ajudar os outros está acima de tudo, a forma de

ser e as culturas e isso tudo acho que era fantástico se eu sáísse do curso com isso tudo...”;

**EP5-8** – “...pelo que eu oiço falar de pessoas e não estou a falar de colegas, ...toda a gente me diz que a Católica é quem melhor ensina, entre aspas, que melhor forma o aluno, e eu acho que isso faz diferença na forma como nós pensamos, mas eu acho que não ia ser só a faculdade que ia mudar, quer dizer se eu tenho a minha personalidade vincada, o meu sonho a minha imaginação eu acho que independentemente da faculdade só ia aguçar isso mesmo porque eu estou a aprender, eu estou a aprofundar o meu conhecimento e a tornar ainda mais a imaginação fortalecida...”;

**EP5-9** – “...eu estou à espera que a escola me prepare o melhor possível, eu só estou cá há uma semana, ainda estou nas aulas de apresentação, nós ainda não tivemos aulas com os manequins, mas espero que a gente tenha uma formação bastante boa...”.

Em relação aos conhecimentos culturais foram categorizados como “conhecimentos a adquirir”.

## 2º Ano

Os estudantes do 2º ano já realizaram dois ensinamentos clínicos e as suas opiniões refletem já alguns das dificuldades que sentiram por não terem a preparação teórica suficiente para algumas situações e alguma formação que gostariam de ter:

**EP3-1** – “...o problema é que nós falamos sobre algumas coisas, mas só quando se passa por isso é que se sente mesmo e é que se vê como é complicado.... eu não sei, nós já falamos tanto disso, mas acho que ... eu, por exemplo, havia doentes que tinham ordem de não reanimar e...eu nunca percebi porquê... porque supostamente é porque não há mais nada a fazer,... mas eu vi lá pessoas que..., não sei faz-me confusão... precisava de mais apoio, eu pelo menos, se calhar outras pessoas não, mas ainda vamos ter cuidados paliativos, não é e espero que aí...”;

**EP3-4** – “...hum... acho que se calhar podia trabalhar mais essa parte... a nossa cultura trabalha-se, mas em termos de outras culturas acho que nós não estamos atentos a isso, trabalhamos na antropologia mas não tanto... era virado para a enfermagem mas não era propriamente na prestação de cuidado...”;

**EP3-3** – “...penso que seria importante falarem-nos mais das diversas culturas, porque se nós soubermos, claro que seria mais fácil...”;

**EP3-8** – “...acho que não é o pretendido, foi pouco, pelo menos para o que é enfermagem, para o que nós temos que lidar não é o pretendido, nem pouco mais ou menos, eu pessoalmente não acho que me tenha trazido nada de novo, gostava de mais, porque com a nossa sabemos com o que contamos, não é....mas muitas outras culturas convivemos menos no dia a dia, por exemplo os ciganos,

por acaso, já convivi, mas essas coisas mais específicas, não por exemplo desse rituais da morte, ou outros...”;

**EP4-0** – “...se calhar devia haver mais possibilidade, quando nós vamos para o estágio de... quando nós vamos um bocadinho para o estágio sem saber muito bem aquilo que vamos encontrar e se calhar pensamos que é mais fácil, pelo menos no nosso grupo aconteceu, nós pensávamos que ia ser mais fácil levámos um bocadinho o choque, se calhar despertar um bocadinho mais para a realidade dos serviços...”;

**EP3-9** – “...neste estágio acho que era demais, é o primeiro estágio hospitalar e é muita coisa acho que era difícil trabalhar mais essa parte, mas se calhar mais à frente acho que vamos estar em centro de saúde, acho que se pode trabalhar bastante esta área....”.

Recordam, no entanto, alguns temas que os ajudaram e que apesar de nem sempre perceberam a importância, agora reconhecem que foram importantes na formação para o “cuidado”:

**EP3-1** – “...acho que em relação à diversidade cultural já demos em bioética e acho que é suficiente, na altura não achei importante, mas agora percebo porque é que é importante...”;

**EP3-3** – “...em relação à escola acho que se preocupa muito com a parte humanística da pessoa, tem uma vertente muito, bastante, mesmo através da ética, da deontologia e está muito bem dado...”;

**EP3-6** – “...na questão da ética em que abordamos vários temas e aspetos mais práticos, neste caso o que se faz o que é que.... que é por vezes uma falha na enfermagem que se desvaloriza, que é a comunicação, acho que podíamos ter... coisas mais práticas, mais casos que podemos encontrar no dia a dia porque nós abordamos isso na parte teórica, é verdade e mesmo e até podemos ter uma boa bagagem teórica, mas eu acho que é como nas práticas por exemplo eu posso saber na teoria, muito bem o procedimento da algáliação, mas chego à prática e aquilo que nunca fiz e aquilo normalmente nas primeiras vezes sempre...”;

**EP4-0** – “...eu acho que nós temos muito boa formação e muito boa preparação aqui na escola, por acaso temos tido temas «super» importantes que nos chamam à atenção para certos aspetos ah... eu acho que nós vamos muito bem preparados, claro que se calhar devíamos ter mais informação acerca de outras culturas mas... eu acho que a formação no geral já é «super» boa, não sei, eu acho que nós vamos bem preparados, professora...”.

Relativamente aos ensinamentos clínicos realçam os aspetos formativos para um cuidado cultural:

**EP3-2** – “...sim, tem tem, desde o estágio do lar, não só do hospital...”;

**EP3-3** – “...os estágios têm ajudado a crescer não só a nível como futura enfermeira, mas também a nível pessoal e não só este estágio o da comunidade também, na comunidade fomos confrontados com muitas realidades que nós sabíamos que existem, mas constatar e ver é diferente e quando vimos é bastante

diferente na comunidade pelo menos eu tive oportunidade de... estive no centro social e paroquial de Carnide, e acompanhei o apoio domiciliário e aquilo é difícil...”.

Dos discursos dos estudantes nesta fase ficou claro a grande dificuldade que sentiram com a experiência prática, pelo que classificamos a dimensão como “dificuldades da prática”.

### 3º Ano

Os estudantes do 3º ano entrevistados conseguem recordar algumas unidades curriculares em que foram abordados temas importantes para uma prática de um cuidado culturalmente competente:

**EP2-5** – “..em bioética tivemos isso, mas tirando a bioética acho que não houve mais nenhuma disciplina...;

**EP2-2** – “...e na parte do adulto e idoso, aí já abordamos uma generalidade de coisas que depois aprofundamos, vamos com muitos conhecimentos teóricos para estágio e depois há umas áreas que temos mais outras temos menos mas acho que se soubermos aproveitar...”;

**EP2-1** – “...trabalhámos foi aspetos da religião, na bioética abordámos muito a questão, fomos muito em profundidade, refletíamos muito as questões das várias religiões, das várias crenças relativamente a certas práticas, não é, da medicina, aí penso que na escola esta parte está muito bem abordada, esta parte da religião... (culturas) - pois não tanto, não tanto, nós a questão da religião é que abordámos mais...”.

Mas mencionam principalmente alguns temas que gostariam de ver mais trabalhados:

**EP2-7** – “...eu acho que podia-se falar mais, eu por acaso até pensei quando comecei no 1º ano, quando vi sociologia, quando vi antropologia, quando vi essas coisas pensei que fossemos falar mais de culturas não todas que é um bocado difícil, mas as mais predominantes, por exemplo a cultura cigana eu ouvi falar que a ... tinha feito um trabalho sobre isso e fiquei um bocado triste por não trabalharmos aquilo um bocadinho mais a fundo, porque houve colegas minhas que foram para... e tinham lá pessoas da cultura cigana e... perceber um bocadinho mais aprofundado... se temos uma professora que trabalhou sobre isso porque não percebermos mais um bocadinho e aqui apanhei muitas pessoas dessa etnia, nunca fiquei especificamente com nenhum mas estava a família toda lá e queriam vender coisas lá no serviço...;

**EP2-8** – “...é assim na antropologia, tivemos conceitos muito básicos, e muito generalistas penso que não foi mesmo àquilo que se pretendia tive alguma dificuldade em tornar aquilo útil, de perceber até que ponto seria importante para a enfermagem, foi uma coisa muito vaga, uma coisa é saber os conceitos outra coisa

é torná-los úteis à nossa intervenção falhar não falha precisa é de ser mais desenvolvido, dava-nos mais segurança pelo menos...”

Dos discursos dos estudantes do 3º ano posso inferir que nem sempre conseguem perceber a articulação teoria-prática e especificamente em relação à prática do cuidado culturalmente competente referem que a espiritualidade e religião são muito trabalhadas, mas outros temas relativos à cultura deveriam ser mais aprofundados para poderem ser aplicados na prática, pelo que classificamos esta dimensão como “teoria↔prática”.

#### 4º ano

Os recém licenciados fazem uma retrospectiva da formação e preparação que tiveram para a prática do cuidado cultural, referindo principalmente as experiências práticas como o grande contributo:

**EP1-3** – “...eu tive muita sorte, por todos os estágios porque passei foram uma fonte de conhecimento enorme... não sei se fica bem dizer, mas eu acho que aprendi mais no campo do que propriamente na escola, embora que a escola é importante é importante nas bases ... eu gostei imenso de todos, eu acho que temos tido oportunidades fabulosas mesmo em termos de especialidades, foi assim...., embora eu não tivesse oportunidade de escolher nenhum estágio de todos os que me calharam tive sorte, e gostei, foi muito bom...”;

**EP1-2** – “...nos estágios só mesmo com a realidade que vamos encontrando nas unidades teóricas seria difícil porque são tantas culturas que não sei como é que isso seria feito, também vai do interesse do próprio aluno, conhecer e pesquisar por ele próprio, como Bolonha o exige...”.

Referem também a importância de alguns temas abordados e também do estímulo para a pesquisa e autoformação:

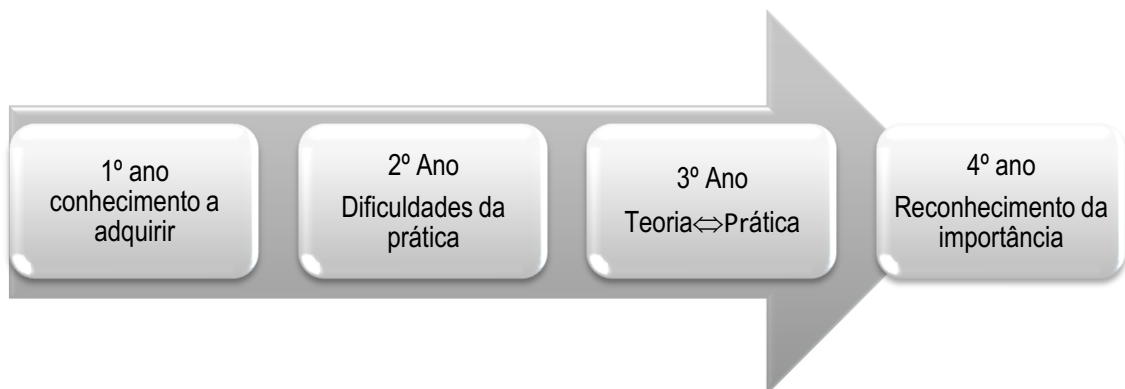
**EP1-2** – “... ainda que eu ao longo do curso tenha ouvido conversas de amigo que pudessem não ter sido dada tanta carga horária a áreas que não têm mesmo a ver com a prática de enfermagem, eu penso que deve... eu penso que como historial de currículo não pode ser negligenciado provavelmente pode ser reestruturado, mas não pode ser descurado e acho que foram falados nessas disciplinas...”;

**EP1-1** – “...isso se calhar era uma coisa que se poderia trabalhar melhor, mas se formos a ver a cultura é algo tão vasto e é tão complicado... que é quase impossível, ou explorar... imagine que se houvesse uma disciplina nós abordaríamos o quê as diferentes culturas, também é um bocadinho complicado estarmos a pedir...”;

**EP1-3** – “...isso foi feito em comunicação, não fazer juízos de valor, e se calhar não sabemos muito bem o que é que é um juízo de valor e se calhar eu estou a fazer um juízo de valor pensando que não estou a fazer, é nesse sentido...”;

**EP1-3** - "...exatamente , hoje em dia a formação está muito virada para esse campo, nós é que ainda não estamos habituados, eu lembro-me durante estes quatro anos que eu sentia-me revoltada, mas porquê, porque é que não falamos nisto porque é que eu tenho que ir à procura... mas agora percebo como é importante, nós é que temos que perceber quais são as nossas necessidades, não é?...".

O **conhecimento cultural**, como já referi, divide os autores, não na sua importância, mas nos cuidados e formas de o fazer e é o que os estudantes do 4º ano fazem pelo que classifiquei esta dimensão como "reconhecimento da importância".



**Figura 13 – Evolução do Conhecimento Cultural dos Estudantes Portugueses**

### **Sensibilidade Cultural**

A sensibilidade cultural envolve valores profissionais e pessoais e foi nesse sentido que incluí as reflexões dos estudantes nesta dimensão e que irei analisar nos estudantes, ao longo do curso.

#### **1º ano**

Os estudantes do 1º ano mantêm o entusiasmo na formação que estão a ter e referenciam a importância que é dada ao respeito, à empatia, à humanização no ensino:

**EP4-4** - "... já reparei que aqui na Católica também dão muita importância à vertente humana, não é? Não só a técnica, porque a técnica nós aprendemos, agora o mais difícil é a componente humana porque não é qualquer um, que treina essa parte ..acho que as escolas estão a preparar bem, pelo menos batalham...acho que é possível a escola mudar a forma de pensar..."

**EP1-4** - "... a escola tem uma boa orientação, à medida que vou estando nas aulas (comunicação) consigo perceber que muitos problemas teriam sido resolvidos se as enfermeiras soubessem falar de outra maneira, se tivessem

paciência para ouvir os doentes, por isso acho que a escola está num bom caminho...”;

**EP5-3** – “...bem, nós começamos as aulas há pouco tempo, mas talvez comunicação de enfermagem tem ajudado muito, pronto lemos um texto que é um olhar e esse texto, ajudou muito, fez-nos aperceber que às vezes temos que nos colocar, pronto, temos que calçar os sapatos do «outro» e perceber o que se passa com o «outro» e tentar viver a situação da outra pessoa, claro que é impossível vivermos essa situação, mas ajuda-nos aperceber melhor o que é que a pessoa deseja o que é que a pessoa quer para poder respeitar todos os seus desejos, essa aula é muito importante que nos tem ajudado bastante, a antropologia e psicologia e a corporalidade, a ética, que é com ... isso que uma colega mais velha nos disse há uns dias, acho que essa vai ser importante porque vamos receber a opinião de outras pessoas e digerir um bocadinho melhor e aprender a respeitar que acho que isso também é importante...”;

**EP2-4** – “...cá na faculdade somos treinados com isso (comunicação não verbal)... na comunicação, têm sido aulas importantes então é óptimo até através da comunicação e estar aqui ao longo de quatro anos vão-me ajudar muito nisso e acho que o ensino é importante...”.

Referem também a importância que é dada à adequação à “pessoa”:

**EP2-4** “...uma das coisas que a gente também aqui na faculdade aprende é não utilizar muitas vezes termos técnicos, se a pessoa não os vai compreender, se a gente vê que é um idoso não vamos começar a explicar os procedimentos todos e com aqueles nomes técnicos temos que explicar de uma maneira mais simples de maneira a que ele entenda e acho que a faculdade, o ensino, a licenciatura é muito importante porque se as pessoas não tivessem essa formação não conseguiriam exercer...”;

**EP3-4** – “...sim, nas aulas de comunicação e de saber o que a outra cultura é e como é que a pessoa gosta de ser tratada...”;

**EPE3-4** – “...nós temos andado a aprender nas aulas de comunicação que o importante é conhecer a pessoa e então eu acho que é à base disso...”.

Porém, os estudantes estão preocupados com as dificuldades que vão encontrar e como vão aprender a lidar com elas:

**EP5-8** – “... a morte, a morte faz-me imensa impressão e houve uma altura em que pus em causa vir para enfermagem ou não... porque eu não sei se vou conseguir lidar com a morte, quer dizer só o facto por exemplo de um cão que já estabeleço um laço de afetividade mas sendo um animal irracional que é diferente, até mesmo ver um cão atropelado na estrada que nem sequer tenho laços afetivos, a mim me faz confusão, quanto mais uma pessoa que é da mesma cultura, nem sequer tem muito a ver com cultura, que eu sei que é da mesma espécie que eu, que tem sentimentos que tem noção do que está a acontecer maior parte das vezes e isso faz-me imensa confusão e não consigo lidar muito bem..”;

**EP5-1** – “...eu não sei, mas eu acho que de início vai-me fazer uma certa confusão porque não sei... eu não sei... eu não sei, nem é o sofrimento, ou ... sabe eu não

tenho muita paciência para as pessoas idosas tenho que ter um bocado .... claro que eu gosto de ajudar... mas é mais as senhoras talvez, depois são muito chatas, muito picuinhas e depois já se contentam com o que têm e pensam que vão morrer, ficam ali e depois lamentam-se muito... não sei eu acho que... eu se tiver, pronto a tratar do paciente provavelmente irei ser profissional, mas depois provavelmente irei sempre levar.... o problema é esse é levar sempre a preocupação da pessoa comigo e acaba por ir enchendo o saco, eu acho que como toda a gente não gosta de ver pessoas a sofrer e eu acho que me envolvo demais não consigo ser fria a esse nível... e coisas talvez piores ainda se for um doente meu que tenha coisas piores e acabe por morrer, não sei eu nunca perdi ninguém na minha vida, sou assim muito iludida...”.

A maioria refere que veio para enfermagem porque gosta de cuidar, mas espera que a formação os ajude a cuidar bem e a saber lidar com as suas limitações e dificuldades e refletem na influência da formação, no seu crescimento pessoal e profissional:

**EP5-5** – “...tenho sentido muito mesmo, só em um mês até os meus pais dizem que pareço muito mais crescida e que parece que a minha opinião com as coisas é mais elaborada sei, expressá-la melhor porque eu às vezes ficava assim um bocado encavacada a falar, mas isso por exemplo em comunicação acho que ajudou-me muito e acho que é importante sabermos como havemos de lidar com determinados doentes e esses casos mais difíceis...”;

**EP5-4** - “...saber os nossos limites, saber como enfrentar as coisas que não gosta, por exemplo enfrentar a morte de um doente, aprender a enfrentar...”;

**EP4-4** – “...acho importante, se nos conhecermos melhor a nós próprios é muito mais fácil cuidarmos do «outro» e se acrescentarmos a isso mais conhecimento de outras culturas melhor...”;

**EP5-6** – “...sempre quis, sempre quis, 1º porque gosto de tudo o que é relacionado com o corpo humano e depois de cuidar das pessoas, entreaajuda...”;

**EP5-7** – “...vim para enfermagem para mudar comportamentos, eu gosto muito de ajudar pessoas, eu tenho o curso de tripulante de ambulâncias, tenho o curso de socorrismo, adoro tudo o que tem a ver com a saúde...”;

**EP5-5** –“... eu já ouvi falar, ah, e estou ansiosa, pronto, estou ansiosa, sei que no 2º ano é mais em lares e não sei quê,... por acaso estou muito entusiasmada e estou muito ansiosa para começar o estágio no lar porque eu acho que também vai ser um desafio para mim, tenho que me desafiar, até já disse aos meus colegas que se me derem a escolher eu se calhar vou escolher aquele em que me via menos porque, pronto, em crianças eu sei que consigo lidar facilmente e sei, pronto, é sempre aquela coisa ah... é uma criança, mais nas raparigas, mas se calhar vou fazer isso vou escolher os desafios também para me tentar conhecer a mim própria e tentar saber porque eu se calhar quando for enfermeira não vou poder escolher se posso trabalhar com uns ou com outros, por isso eu vou ter que saber lidar com todos e prefiro se calhar nesta época, pronto, de aprender...”;

**EP5-3** – “...eu gosto da ideia dos estágios, aliás nós viemos para aqui todos ansiosos com os estágios para pôr mãos à obra, por exemplo ir ao lar acho que é

importante. Os estágios são fundamentais porque nós podemos aprender muita coisa, mas se não formos pôr na prática, se não formos estagiar não sabemos quando formos para o emprego a sério, vai ser diferente e acho que o estágio vai dar uma preparação vai ser uma transição, mostrar que já não estamos na fase de aprender, mas a mostrar os nossos conhecimentos e é uma maneira de sermos corrigidos e de podermos melhorar...”.

Os estudantes do 1º ano continuam a transmitir o seu entusiasmo pelo curso e a defender o conceito e o discurso de “cuidados humanizados”.

## 2º ano

Os estudantes do 2º ano concordam que a formação que têm tido tem um enfoque muito grande na vertente do cuidado humano e holístico e são unânimes em considerarem essa preocupação presente tanto em teoria como em ensino clínico:

**EP4-0** – “...ah, têm muita atenção não tanto ...só às técnicas como à individualidade da pessoa, acho que temos muito boa formação nisso e mesmo agora com os orientadores que tive estavam sempre «super» preocupados com isso, o estágio é «super» importante e os orientadores também, ajudam...”;

**EP3-3** – “...se calhar é importante porque nós pensamos que vamos para o hospital fazermos técnicas e acaba por não ser só a técnica e tem muito mais a outra parte e aí eu acho que nós temos um bom ensino porque à primeira não entendemos o porquê dessas disciplinas, não entendemos porque pensamos que são mais umas... mas depois chegamos e vemos que é bastante importante...”;

**EP3-3** – “...porque vemos pessoas que num quarto mais pequeno que esta sala, onde as janelas não fechavam e estava lá um sr. e constatamos que aquilo é realidade é a realidade com que as pessoas vivem se calhar nós vivemos... somos lamechinhas com coisinhas que não temos e que são tão pequeninas quanto as dificuldades e foi bastante importante...”;

**EP3-3** – “...o lar também foi para vermos como estão bastante idosos, porque acho que nós às vezes nos esquecemos dos idosos e colocam-se os idosos num lar, mas depois não acompanhamos devidamente não é só... as famílias também. preocupam-se em levar para um lar, estar bem acompanhado, mas depois falta aquela... as pessoas irem lá, conviver... para eles é bastante importante como muitos deles diziam que nós, quando nós lá estávamos, eles estavam muito felizes, porque tinham companhia, tinham alguém que não estava lá só a tratar deles mas que se sentava ao lado deles a falar, este estágio foi o início da escola primária, acho que é bastante enriquecedor...”;

**EP3-6** – “...por acaso uma vez tivemos uma conversa com os nossos professores e que nos alertaram é que quando fazemos o nosso percurso académico, é que exploramos o nosso lado mais humanístico o que eles nos disseram é que às vezes alguns enfermeiros quando acabam o curso e começam a trabalhar

esquecem um pouco essa parte e vão-se desleixando nesse campo e acho que isso é importante estar atento...”;

**EP3-9** – “...eu acho que é importante nós conhecermo-nos e saber os nossos limites os nossos valores mas... e pormo-nos no lugar do «outro», mas também é muito importante perceber os valores das outras pessoas para tentar respeitá-las ao máximo porque acho que, acima dos nossos valores, estão sempre os valores das outras pessoas...”.

Os estudantes do 2º ano já conseguem introduzir uma visão mais abrangente do doente nas suas diferentes dimensões, pelo que categorizei a dimensão como “cuidado holístico”

### 3º Ano

É nos estudantes do 3º ano que se confirma a compreensão dos valores profissionais transmitidos pela formação, o que fica claro nos seus discursos:

**EP2-6** – “... eu acho que a faculdade alerta-nos muito para isso, os doentes são pessoas, acima de tudo, e eu falo com outras pessoas que estão noutras universidades e isso não acontece, é-lhes desbobinado apenas matéria científica, que claro serve para aspirantes a médicos e quando na realidade nós não somos e esquecem muito a nossa arte...”;

**EP2-9** – “...Professora, há uma colega cá que diz que já teve muitas discussões com outra colega que anda noutra faculdade por causa disso porque as outras pessoas não valorizam tanto como esta e então há muitos choques entre a nossa escola e as outras... mas depois há o tempo a correr, por isso eu acho que a escola dá umas boas bases, dantes não achava porque era muito «puto»..”;

**EP2-6** – “...gosto, gosto muito, mas também gosto muito de cuidados paliativos, não quero abandonar este gostinho, proporcionar qualidade de vida, eu acho que a Católica está muito boa nisso, metem-nos muito a ideia de que nós podemos ter muita ciência, mas se nós não sabemos aplicá-la, não vamos longe se nós não conseguirmos chegar à pessoa não vai ser ela a procurar-nos e se nós não a conhecermos e não a respeitarmos... eu, na 1ª semana da faculdade, disse à minha mãe “que espetáculo”... estou encantada com isto, parece que me estão a ensinar a bondade o que é ser humano, não é muito mais do que isso, é vamos puxar os nossos sentimentos para fora e perceber o «outro», a universidade nisto está muito bem, mas preocupa-me quando eu oiço outros colegas de outras universidades e não estão assim ...”;

**EP2-8** – “...acima de tudo, acho que a escola dá-nos uma ajuda ao nível da principal dificuldade que é ao nível da comunicação e ao nível desse respeito que deve existir pela outra pessoa, inspirados também nos valores cristãos que a escola também os tem ...”.

Refletem na importância da escola enquanto formadora e das unidades curriculares teóricas e práticas e no seu contributo para a formação

**EP2-2** – “..eu acho que com o passar do tempo tenho aproveitado cada vez mais, na pediatria aproveitei imenso, adquiri muitos conhecimentos, mais do que tinha adquirido nas aulas, nas aulas poderiam ter sido abordados mais temas que vivenciámos, abordámos muito sumariamente, eu sei que o próprio curso assim o é mas acabou por não abordar áreas que nós vivenciamos na prática...”;

**EP2-5** – “...sim, também tento ao máximo contribuir porque eu faço muito o jogo de colocar na posição da outra pessoa, penso muito assim, ajuda-me a compreender...”;

**EP2-6** – “...eu acho que isso tem a ver com a personalidade da própria pessoa, não é tanto da escola, há pessoas que decoram, há pessoas que fazem o curso por gostar, que se dedicam àquilo, e há pessoas que nasceram para enfermagem e outras não assustam-me quando falo com pessoas que de início eu pensava ah a técnica está lá toda e agora quando eu falo com elas assustam-me. Isto vai ser enfermeiro e assusta-me e nós partimos dos mesmos lugares...”;

**EP2-7** – “...(escola ajuda a modificar) nos princípios, acho que sim, e na forma de ver as coisas e principalmente nestas coisas da cultura ciganos e das outras culturas noto bastante que a pessoa começa a ver a tal crítica que eu faço a mim própria por criticar o outro, acho que se não estivesse numa instituição como a nossa, numa instituição que me levasse a pensar nisso... de certa forma que eu vejo colegas meus que riem-se e gozam com esse tipo de coisas e depois quando uma pessoa tenta falar a sério com eles acabam por fugir ao tema não gostam de ser...”.

Alguns refletem sobre a importância da introdução dos conceitos da cultura na sua formação, justificando as suas opiniões:

**EP2-4** – “...porque eu acho que também que, hoje em dia, cada vez mais nós estamos em contacto com as diversas culturas cada vez mais importante nós trabalharmos ... sim, também as pessoas mais idosas são diferentes dos mais jovens, não são as manias, mas são aqueles hábitos que a pessoa ganha, consoante a idade parece que vai ganhando outros hábitos outras ideias...”;

**EP2-1** – “...acho que sim, acho que era importante abordarem essa questão, porque cada vez mais há pessoas estrangeiras no nosso país e cada vez mais os nossos hospitais vão ficar com mais pessoas do leste, cada vez há mais pessoas desses países e era importante os enfermeiros também estarem, e nós irmos com alguma preparação de como é que vamos qual a nossa postura mediante essas pessoas, não sei como é que seria abordado...”.

Considerou-se que os estudantes do 3º ano conseguem fazer uma conjugação da vertente humanista e holística dos cuidados, preconizando no seu discurso um “cuidado centrado no doente”.

#### 4º Ano

Os já licenciados fazem uma análise reflexiva da evolução da formação para a sensibilidade cultural referindo a influência da formação e a relação com os valores pessoais:

**EP1-3** – “...eu tive muita sorte, por todos os estágios porque passei foram uma fonte de conhecimento enorme,...não sei se fica bem dizer, mas eu acho que aprendi mais no campo do que propriamente na escola, embora que a escola é importante é importante nas bases ... eu gostei imenso de todos, eu acho que temos tido oportunidades fabulosas mesmo em termos de especialidades, foi assim...., embora eu não tivesse oportunidade de escolher nenhum estágio de todos os que me calharam tive sorte, e gostei, foi muito bom...”;

**EP1-3** – “...se calhar em relação às minhas dificuldades que eu tive, incidentes críticos, foi horrível... mas claro que são importantes, são muito importantes, agora nesta fase final é que nós percebemos como são importantes, tínhamos que passar pela aquela fase, pelo mau incidente ... eu acho que como sugestão para desmistificar isso, se calhar fazer teatros sobre situações e depois fazíamos o incidente, ou fazer um incidente sobre situações que surgiram...”;

**EP1-1** – “...não é só nosso de todo, porque nós podemos eu vejo com os colegas uns tem mais sensibilidade que outros para algumas coisas, mas eu tenho muito orgulho em dizer que a escola contribuiu muito para isso, professora, porque também cabe muito na orientação saber pegar nos exemplos e saber trabalhá-los isso é muito importante, e nós também criticamos muito os incidentes críticos, mas ajudam muito a refletir acerca dessas situações e via mais isso agora no fim do curso...”;

**EP1-2** – “...o cariz pessoal conta muito, mas a própria filosofia da escola, também fez questão de transmitir, pelo menos na minha perspetiva eu recebi essa informação por parte da escola, não sei se é transversal aos meus colegas mas pela minha parte, mas essa vertente foi enraizada e fortalecida em mim...”.

Fazem referência à importância de cuidar de quem é mais vulnerável, relevando a perspetiva do cuidado culturalmente competente na diminuição das desigualdades no acesso à saúde:

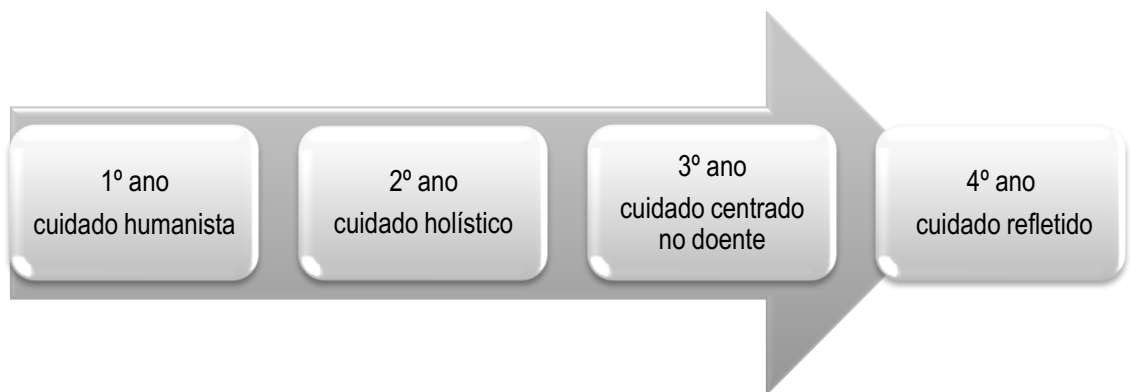
**EP1-2** - “... eu penso que sim, porque são essas pessoas que mais precisam de nós e dos nossos cuidados...”.

Mas também encarando já a entrada no mercado de trabalho, referem a necessidade de dar resposta ao que lhes é pedido:

**EP1-1** –“ ... tem tudo o seu *timing* não é, quando eu entro num serviço e agora as coisas com que eu me preocupo, em vez de me preocupar com... estou a ser um bocadinho egoísta, mas se calhar em vez de me estar a preocupar se a alimentação que o doente está a fazer tem a ver com a cultura dele ou não, eu estou mais preocupada em ver se ele faz a medicação correta ou não faz, se está

confortável se não está, são coisas que têm a ver com o nosso estágio e aprendizagem...”.

A evolução das opiniões expressas pelos estudantes, em fim de curso, faz-me pensar que, se por um lado consideram importante manter na sua prática o que aprenderam na escola, por outro vão ter que se adaptar às necessidades e exigências do mercado de trabalho, tentando conciliar diferenças e prestando o melhor cuidado possível, pelo que se classificou esta fase de “cuidado refletido”.



**Figura 14 – Evolução da Sensibilidade Cultural dos Estudantes Portugueses**

## 4.2. CONTEXTO 2 – OS ESTUDANTES BRASILEIROS

---

O currículo da faculdade brasileira é bastante mais flexível que o da portuguesa, permitindo ao aluno aprofundar conteúdos do seu interesse em diversas optativas que são oferecidas para selecionar durante os anos em que estão inscritos e para além disso têm a componente investigativa muito desenvolvida e com incentivos monetários o que permite ao estudante sustentar-se durante o curso. Interessante são as “ligas” associadas aos departamentos que os estudantes implementam e organizam com formação teórica e prática e que enriquece o currículo. Outras experiências diferentes da experiência portuguesa e relatadas pelos estudantes brasileiros são os estágios extracurriculares que são realizados durante as férias escolares.

Apresentarei de seguida alguns excertos de entrevistas em que os estudantes explicam as diferentes estratégias que a faculdade oferece para colmatar, por um lado a falta de tempo para todos os conteúdos teóricos e por outro, para desenvolver outro tipo de competências nos estudantes, bem como benefícios económicos:

**EB2-1** – “...aqui na universidade tem umas matérias que são obrigatórias, né, e tem umas que são optativas, tem... «ligas» que a gente faz como se fosse fora...”;

**EB2-1** – “...«liga» é um curso, tem um curso introdutório, aí você faz uma prova se você passou você começa a ... é um estágio... então por exemplo se eu passei nessa «liga» de crianças em situações de violência eu vou trabalhar numa creche com crianças vítimas de situações de violência... é extra curricular... a optativa é obrigatório a gente fazer, mas você pode escolher, a «liga» não é obrigatória, então é extra... na optativa você tem um monte de opções para fazer e então essa de violência com a criança é uma delas, então você tem que escolher a extra que você quer fazer, mas dentro da graduação é muito difícil, esse ano ainda que teve a «liga» de crianças em situação de violência que foi, acho que foi o primeiro ano da «liga», porque acho que eles estão percebendo a falta na graduação, a gente fala isso...”;

**EB3-4** – “...acho que é bem interessante essa oportunidade que a gente tem aqui no Brasil de ter bastante pesquisa do aluno já... durante a graduação pode se inserir na pesquisa por mais que tem gente que não gosta eu acho que não tem muito por onde fugir, para você saber ler artigos, buscar informações que vão ali te dar uma formação, né, que vão continuar te atualizando depois da formação é interessante você ter passado pelo processo de elaborar um projeto, executar esse projeto, elaborar o relatório final, escrever artigos, submeter os artigos porque vai ter uma visão e uma análise mais crítica quando você tiver lendo os artigos mesmo que vão te atualizar, isso eu senti um pouco falta em Portugal, mas também por uma questão financeira, mas não tem, muitos, não tem como se dar incentivo para

esse tipo de coisas, mas é uma coisa que eu valorizo bastante... tem incentivos financeiros, você pode se associar a um professor aqui e começar um estudo independente, mas também tem as bolsas, os programas com bolsa e assim que nós, a gente vai sobrevivendo, né, porque não dá para trabalhar, né, a gente estuda o tempo inteiro, é muito bom é assim que eu vou tentando ter a minha autonomia financeira dos nossos pais...”;

**EB3 3** – “...eles abrem estágios extracurriculares nas férias, pode ficar 2 semanas mais ou menos, aí você fica como se você fosse estagiária, você ganha horas e você faz estágio, aí você pode optar por pediatria, pelo adulto, UTI, pronto socorro, você acha qual você prefere e junta no currículo. Aqui todo mundo tem um currículo igual só que depois pode fazer nas férias a área que quiser...”.

Um estudo feito por Echer e Lucena em 2003, sobre o **estágio voluntário** concluiu que estes estágios têm grande relevância para os estudantes pelo que é importante continuar a desenvolvê-los de forma a corrigir aspectos menos positivos.

#### **4.2.1. DESENVOLVIMENTO DA COMPETÊNCIA CULTURAL NOS ESTUDANTES BRASILEIROS**

##### **Consciência Cultural**

Nesta categoria considerei as expectativas com o curso e a formação, bem como a autorreflexão que fazem e desejam durante o curso relativamente à competência cultural.

##### **1º ano**

Dos estudantes brasileiros do 1º ano que participaram na entrevista, nenhum escolheu enfermagem como 1ª opção pelo, que apesar dos quatro terem uma expectativa positiva em relação ao curso, não demonstraram o mesmo entusiasmo dos estudantes portugueses na motivação inicial para o curso, mas a sua frequência tem sido melhor que a expectativa. Das asserções dos estudantes pode-se também inferir que a escolha de enfermagem não foi a 1ª opção por desconhecimento do que é a profissão.

**EB1-4** – “...estou, com o tempo tenho vindo e a gostar mais, estou gostando bastante... é... eu queria medicina a princípio ...não me arrependo de ter vindo

para cá... eu acho que não é muito difundido, né, o que se passa na enfermagem mesmo, porque a maioria das pessoas conhecem o papel do médico mesmo e acaba esquecendo o do enfermeiro e como a gente está aqui dentro, a gente vê que não é bem assim...”;

**EB1-3** - “...estou, estou...”;

**EB1-1**- “...estou gosto...”;

**EB1-2** - “...espero que sim, sim, pelo que eu vejo o pessoal lá do 4ºano comentando, o quanto eles aprenderam aqui na escola eu acredito que sim, estou contente com a minha escolha...”;

Referem, contudo, que não tinham uma expectativa de tanta complexidade do curso e que esperam vir a ser bons enfermeiros e estar à altura de ter um bom desempenho na competência cultural:

**EB1-4** – “...é, não pensava que fosse tão complexo assim, mas eu agradeço por ser assim porque eu acho que é o tipo de pessoa que eu sou, então eu acho que eu estou no lugar certo e acho que é um jeito também de mostrar que a enfermagem também é importante como aqui no Brasil não é tão lembrado assim, tanto é que às vezes se nota que as pessoas ... que você está fazendo enfermagem e as pessoas dizem «ah... então daqui a uns anos você vai virar médica!» né, não sabem que a enfermagem é para o enfermeiro realmente e você não vai virar médica depois disso, é uma outra profissão tão importante...”;

**EB1-2** – “...olha, fácil não digo, mas ...vou fazer o meu melhor para que dê tudo certo...”;

**EB1-1** – “...já a gente tem análise do indivíduo semestre que vem eu acho que vai ser, vai juntar bem aquilo que a gente teve esse ano para juntar a análise de indivíduo agora no próximo semestre...”.

Esta dimensão realça fundamentalmente uma “reflexão positiva” sobre o curso, que era inesperada para os estudantes.

## 2º Ano

Os estudantes do 2º ano do curso da Universidade de São Paulo têm, nesta fase, uma diferença curricular significativa em relação aos estudantes da Universidade de Lisboa, por não terem ainda tido um ensino clínico, mas apenas experiências na comunidade integradas nas unidades curriculares teóricas. Talvez por isso, estes estudantes, apesar de também não terem escolhido enfermagem como 1ª opção estão nesta fase do curso com reflexões semelhantes aos estudantes portugueses do 1º ano, demonstrando um grande entusiasmo pelo que estão a aprender:

**EB2-2** – “...eu não queria enfermagem, eu queria medicina, só que eu não tive como tentar por muito tempo, a minha mãe é assistente de enfermagem e eu tenho alguns outros profissionais de enfermagem na família, eu gosto de enfermagem e tal, já tinha pensado fazer o técnico numa outra ocasião, não fiz o técnico de enfermagem mas sim de nutrição, e aí eu falei, eu vou dar uma chance para enfermagem... e aí eu me apaixonei, estou amando, gosto bastante, não sei qual a área ainda que eu quero, estou provando um pouquinho de tudo...”;

**EB2-3** – “...acredito, que seja um tipo de vocação que tenho desde criança, depois eu já passei, fiquei internada, ...então aí deu uma renovada nesse desejo, né, passa a ter contacto e aí a gente acaba desejando isso para mim, para poder dar o cuidado aos outros, o cuidado que eu já tive que será um cuidado maior ainda...”;

**EB2-4** – “... é, a princípio queria fazer medicina porque eu passei por uma situação com a minha avó, eu sempre gostei de cuidar de ficar perto dela e aí eu falei, aí, não, eu quero fazer medicina... aí eu fiz cursinho três anos de cursinho, no 3º ano estava de saco cheio, já não aguentava mais, aí eu falei ai quer saber, vou prestar outra coisa aí eu prestei ... eu gosto mais dessa parte do cuidado, aí falou vou fazer enfermagem ...se eu não gostar eu saio, só que eu me apaixonei pelo curso, me apaixonei e hoje dentro na faculdade e no campo de estágio eu percebo que eu estou na profissão certa...”;

**EB2-2** – “...ah eu tenho gostado bastante dos exemplos que eles trazem para as aulas, de laboratórios que a gente faz aqui ou com o professor ou com um enfermeiro especialista ...em que a gente acaba fazendo um diálogo mais dentro do real, né, até porque a pessoa pode se fantasiar de mil personagens e discutir com você isso acho muito bacana....”.

As asserções dos estudantes podem ser comparadas com as dos estudantes portugueses do 1º ano de entusiasmo emotivo, mas para seguir a lógica de evolução dentro dos quatro anos considerei que fazem uma “reflexão entusiasta” do curso.

### 3º Ano

Os estudantes do 3º ano já estiveram em ensino clínico e consideram que a reflexão sobre a prática é essencial para melhorar o desempenho e para isso consideram o professor determinante para apoiar na consciencialização do seu desempenho.

**EB3-1** – “...sim, sim, os professores nem sempre, por exemplo, eles te dão, no final de cada estágio eles gostam de sentar junto e perguntar, como foi para você? Como foi o seu dia de estágio hoje? O que é que você sentiu de dificuldade, o que é que você sentiu de facilidade, essas situações também a gente consegue levar para eles e elas aí trazem e discutem com a gente. Como é que você se sentiu?”

Como é que você acha que... eles ajudam bastante os professores, sempre discutem...”;

**EB3-3** – “...a professora ficou o tempo inteiro com a gente, o que foi muito bom, entendeu, o que mostra essa diferença, o que é estar com professora, o quanto enriquece o estágio, o quanto você aprende, é que é um ensino de qualidade mesmo, você está aprendendo questões de raciocínio clínico, pensamento crítico, tudo isso, eu acho que o professor é muito importante em estágio, sim, eu vejo que isso está-se perdendo um pouco...”;

**EB3-1** - “...essa questão de trabalhar em equipa, de você poder sentar e conversar com a equipa para ver que que em casos de situações éticas para você tem dentro do hospital dentro da sua instituição alguém que tenha mais conhecimento..”;

**EB3-3** – “...é, eu, eu gostei... é assim, eu estou no 3º ano e no ano que vem é mais estágios eu gostei muito, sim, até agora da formação, mas eu sinto por exemplo, que a gente não teve muitas experiências que a gente poderia ter tido, a gente tem aulas o dia inteiro e então acho que talvez se os professores estivessem mais presentes nos estágios eu acho que seria muito bom assim tanto na discussão,.... por mais que não tenha uma resposta, a gente não precisa de respostas para isso, entendeu, mas eu sei, deu-se a oportunidade de discussão, entendeu, acho que seria legal mais isso, mais presença do professor para proporcionar...”;

**EB3-2** – “...sim, sim. Eu acho que existe mais durante o estágio e se houver esses momentos, tem os momentos que a gente tem que pode conversar com o professor que são as reuniões ou então o portfólio que aí a gente tem aquele momento de sentar e conversar com o grupo e com o professor e aí, sim, acho que a gente pode trazer para o professor poder explicar melhor, mas assim que dentro da graduação que haja uma matéria uma disciplina voltada para o como lidar com esses momentos não porque isso quer você queira ou não você vai aprender com o seu dia a dia é o seu crescimento, a maturidade...”

A necessidade de reflexão perante as dificuldades e as diferenças foi considerada importante, mas o realce feito pelos estudantes prende-se com a necessidade de terem alguém que oriente essa reflexão pelo que classifiquei esta dimensão como “autorreflexão orientada”.

#### 4º Ano

Os estudantes finalistas referem que têm falta de apoio dos professores na autorreflexão, mesmo na que é pedida curricularmente, apesar de a considerarem fundamental em situações difíceis salientando as situações de morte, de dilemas de pouco apoio religioso e espiritual.

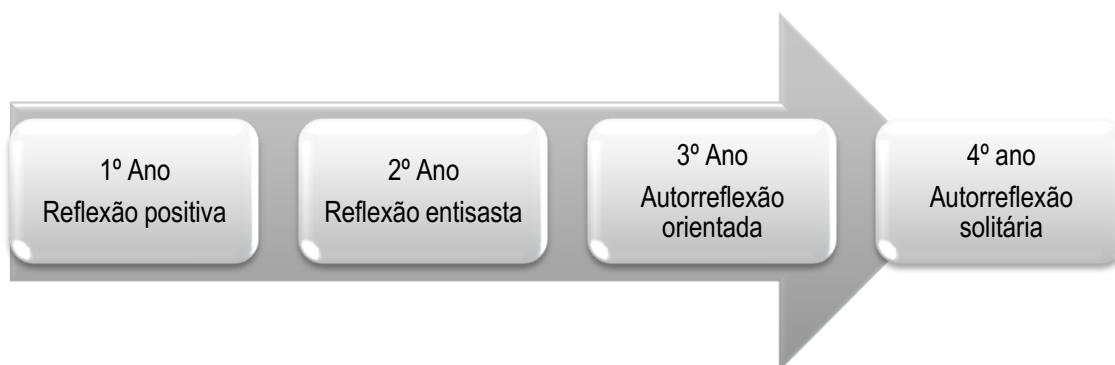
**EB4-1**- “...porque na prática a gente não tem tempo para alguém sentar com você e falar, você está percebendo o que está acontecendo, como é que você está, o que é que está sentindo, né...”;

**EB4-1-** “...então aqui na faculdade eles têm um projeto novo, na verdade que foi implementado há quatro anos atrás, foi quando eu entrei que a gente chama de portfólio, então é onde o aluno ele escreve coisas que ele vivenciou no campo de prática e isso é discutido com o professor que seria o seu orientador de estágio, só que assim, tem alguns pontos muito bons, né, porque às vezes o aluno não tem coragem de dizer mas de escrever ele faz, então isso é bom, mas às vezes eu sinto que o professor ....e depois o que é faz com o que ele leu, será que ele vai abordar o aluno, ...né, mas a gente vê assim que talvez sejam situações que nem mesmo os professores estejam prontos para lidar, né,...”;

**EB4-3** – “...raramente, entende... alguns fazem reflexões, eles algumas vezes eles encaminham especialistas só que algumas... então eu acho pouco apoio...”;

**EB4-1** - “...não é uma situação que fica na minha mente, mas eu não escrevo, eu normalmente chego e pergunto para os professores, pergunto para os enfermeiros, eu estou em estágio curricular, então eu fico o tempo todo com o enfermeiro do campo e tenho uma conversa muito direta com ele, poucas vezes a gente vem para a escola para conversar com o professor...”.

Os estudantes do 4º ano sentem-se desapoiados na sua reflexão pelo que a caracterizei como “autorreflexão solitária”.



**Figura 15 – Evolução da Consciência Cultural dos Estudantes Brasileiros**

### Conhecimento cultural

Relativamente aos conhecimentos adquiridos, os estudantes falam dos medos e inseguranças para uma prática competente e da importância dos conhecimentos para uma prática competente.

#### 1º Ano

Os estudantes do 1º ano referem principalmente os medos relacionados com o salvar a vida:

**EB1-1** – “...os meus maiores medos seria sair..... se eu vir alguém passando mal e eu não souber socorrer porque a gente não tem primeiros socorros. No 1º ano a

gente tem só matérias básicas e eu fico muito agoniada com isso e não saber o que fazer se alguém tiver passando mal ao pé de mim, o meu maior medo é quando eu sair daqui ...e lá no trabalho alguém se sentindo mal.... e agora o que é que eu devo fazer...”;

**EB1-3** – “...preocupado se eu realmente vou estar preparado para cuidar... eu acho que esse é o maior problema... na verdade, eu acho que a gente nunca está preparado, eu acho que a gente só vai saber na hora, por mais que a gente tenha a teoria é na hora mesmo, então assim , normalmente eu já falei com profissionais de enfermagem e eles falam que na faculdade assim , a gente aprende bem por cima, mas aquilo que a gente valia a pena mesmo é a fazer estágio é no hospital, agora se a gente vai com os conhecimentos teóricos alguns práticos, mas... eu nunca vou-me sentir preparado eu acho e por saber isso eu acho que estou preparado, sabe eu falando estou despreparado e isso é uma forma de me preparar para sabe... e aberto para as experiências...”.

Em relação aos conhecimentos para uma prática culturalmente competente, os estudantes estão confiantes que estão a ter uma boa formação e que vai ser complementada nos próximos anos:

**EB1-3** – “...sim , a gente tem bastante matéria para tratar com isso né em relação à nossa autonomia e aquela separação de teoria e prática da enfermagem e de enfermeiros, técnicos e enfermagem, auxiliares e enfermagem, que... que a gente vai fazer, qual a nossa função, ah...”;

**EB1-1** – “...a gente teve uma matéria, duas matérias que teve este semestre, as necessidades e as sessões educativas, as duas faz abrir a mente sim, as «necessidades» (unidade curricular) trabalha direto com a comunidade, então a gente encontra todo o tipo de pessoas, a gente foi em alcoólicos anónimos, a gente foi em vários lugares, a gente foi só visitar e «as sessões educativas» (2ª unidade curricular), a gente desenvolveu um projeto com as crianças de 3 a 5 anos. Este 1º ano, eu acho que eu tive uma aprendizagem bem grande assim como conhecer e não julgar as pessoas... a sociedade assim...”.

Realçam ainda, algumas atividades em que foi possível detetar diferenças e semelhanças culturais e esperam ainda vir a adquirir conhecimentos que lhes permitam adequar o cuidado cultural:

**EB1-4** - “...A gente foi bem rápido, assim, na verdade, para conhecer a parte de ambulatório, então, acabou não tem nenhum contacto com os pacientes mesmo quem tem mais contacto assim é o pessoal que já está trabalhando na UBS ou fazendo estágio isso é no 2º ano, a gente ainda está meio por fora assim das coisas, aquilo que a gente conseguiu fazer foi, não sei se Guilherme já falou da última atividade que a gente teve na disciplina de enfermagem, para ver as necessidades e ações educativas, então a gente aplicou uma sessão educativa para a criança e era numa CEI (Centro de Educação Infantil) com crianças de 0 a 4 anos e acabou fazendo com os professores também e todos os funcionários da CEI e eu sempre tive sensibilidade para trabalhar com crianças sempre gostei de

crianças, sim, porque eu acho que elas são mais espontâneas, mais fácil de ensinar qualquer coisa porque elas não têm aquela coisa concretizada na cabeça delas, mas mesmo como foi trabalhar com os professores eu acho que é como se fosse no hospital, você tá lá também para ver as diferenças de cada um, as crenças de cada um, o jeito que cada um, aceita o que você está dizendo então eu acho que no hospital seria da mesma forma...”;

**EB1-1** – “...1º ano... eu acho que eu tive uma aprendizagem bem grande assim como conhecer e não julgar as pessoas a sociedade assim...”;

**EB1-4** - Eu não sei muito bem, as atividades que a gente vai ter mas é de esperar que sejam tão boas quanto foi esse semestre e que a gente possa colocar ainda mais em prática tudo aquilo que a gente aprende já que a gente vai começar estágio ano que vem, acho que a gente vai poder aprimorar os conhecimentos e realmente ter um contacto maior com as pessoas...”.

Nesta dimensão pode-se comparar os estudantes das duas universidades que estão em início do curso. Ambos referem as mesmas dificuldades e desejos justificados pela inexperiência e incapacidade de perceber as necessidades de formação, pelo que a classifico de forma idêntica à dos estudantes portugueses, ou seja, como “conhecimentos a adquirir.

## 2º Ano

Também os estudantes do 2º ano falaram dos seus receios relativamente aos conhecimentos necessários para uma prática competente e como esperam adquirir os conhecimentos necessários para um cuidado culturalmente competente.

**EB2-3** – “...ah... o que assusta é... é realmente lidar com algo que você não possa ter o seu controle assim, é uma sensação de impotência, esse é o meu medo, ou de qualquer iatrogenia, ou assim, acho que não só minha mas também da equipe que está supervisionando ou acompanhando...”;

**EB2-3** – “...eu acho que também tenho medo de chegar à prática e de ter muito medo ou me esquecer, mas acho como a gente vem praticando em estágio acho que isso vai ser difícil acontecer...”;

**EB2-1** – “...eu me sinto despreparada, porque ninguém falou assim, como é que você trataria um... a gente foca mais no pobre, né, na pessoa que não tem tantas condições, como é que a gente tem que adequar a fala, porque a gente não pode chegar lá e falar de um jeito que eles não vão entender, bem científico, e aí é assim, agora o rico, a gente nunca, acho que nunca, eu acho que nunca ninguém discutiu isso para a gente aqui na universidade, eu não me lembro. Mas era bem importante...”;

**EB2-1** – “...nossa principalmente se for uma enfermeira, né, assim eu como técnica já fico olhando a ver se pega a minha veia direito, você já sabe algumas técnicas, você já fica de olho, né, se faz alguma coisa errado, você, oh que que

você está fazendo, então eu não sei ninguém nunca falou isso para a gente de como tratar se eu tenho que dar mais autonomia para aquele paciente que é um enfermeiro e que ele sabe, ou eu só tenho que falar, sei lá, eu sei o que eu estou fazendo ser mais fino, eu nunca ouvi aqui na universidade falar disso ...”;

**EB2-3** – “...mais pertinho do fim, quando eu tiver todos esses seminários tudo, por enquanto no 2º ainda não porque a gente está caminhando ainda...”.

Foi também referido o que têm aprendido e as estratégias facilitadoras utilizadas na formação para o desenvolvimento da competência cultural e ética.

**EB2-3** – “...sim, isso é muito importante, a gente tem que saber lidar com essas situações, ...sim, espero que sim, nos cuidados, tem disciplina de ética, de legislação, que a gente precisa saber também das legislações, tanto as da ética como as do enfermeiro e da profissão, ....tem palestras, optativas, trabalham muito esses é...”;

**EB2-2** – “...isso, a professora e as enfermeiras especialistas fizeram de conta que eram um paciente da UBS (unidade básica de saúde) e a gente tinha que fazer todo o atendimento, elas respondiam com uma linguagem não verbal de tipo “nossa não está certo”, mas quem sabe, fiz alguma coisa errada?...”;

**EB2-4** – “...a gente fez um caso na deliberação (unidade curricular de deliberação ética) também de uma paciente que ela é cuidada em cuidados paliativos é esse caso entrou em deliberação, porque a paciente não sabia porque era dos cuidados paliativos e nenhum profissional queria falar... para ela o que é era então ele estava fazendo só para amenizar, para preparar para a morte, aí ela já estava em cuidados paliativos e ela teve uma parada cardíaca e o médico ele tentou ressuscitar, não tenta ressuscitar doente que está em cuidados paliativos...”.

E alguns conteúdos importante da Cultura para saberem adequar ao doente:

**EB2-2** – “...aí, eu acho quando eu estive no técnico eu tive uma aula de questões alimentares culturais, só que aí é um pedacinho do todo, eu acho que seria interessante, sim, talvez uma aula para falar, olha os hábitos culturais dessa religião ou dessa etnia tal... eu acho que seria importante...”;

**EB2-1** – “...ah com certeza, é porque é assim, a cultura, principalmente na enfermagem a cultura influencia a saúde da pessoa com certeza, então seria bem interessante estudar, sim, a cultura, é assim a gente sabe mais ou menos, né, as professoras tentam contextualizar se tá dando alguma doença, se tem alguma aula sobre isso as professoras tentam contextualizar mas não é nada assim que a gente estude mesmo, mas é importante é «super» importante, aliás a gente vai cuidar dessas pessoas né, então é importante...”.

A principal preocupação dos estudantes do 2º ano é a falta de tempo para adquirirem todos os conhecimentos teóricos para os poderem aplicar na prática, por isso recorrem às disciplinas optativas e às “ligas” para aprofundar conteúdos que consideram importantes para os seus objetivos:

**EB2-1** – “...não, infelizmente, eles falam isso, a gente briga muito aqui para falar sobre alguns assuntos, eles falam que não tem como e aí assim a gente tenta então fazer optativa ou sair em «ligas» para aprofundar mais o assunto, porque na graduação não tem como, mas é importante, aqui no Brasil que tem muito, tem muita criança vítima de violência...”;

**EB2-4** – “...eu espero, é porque aqui a gente vai sair enfermeira a gente vai sempre ter falta de ter uma maior, um maior tempo em alguma matéria em alguma coisa, porque aqui é tudo muito corrido, então a gente não tem um foco em alguma coisa, conseguir concorrer a vagas e conseguir cuidar do paciente, como, de uma maneira humanizada que é...”;

**EB2-4** – “...eu acho que sim, a grade (grelha curricular) por mais que a gente reclamasse, né, quando a gente entrou na faculdade, aí essa grade é muito extensa a gente fica o semestre fazendo o reconhecimento do território que não sei o quê, agora que a gente foi mais lá para a UBS como, para fazer o cuidado para fazer o exame físico e tudo mais, mesmo, eu percebi que a nossa formação está sendo muito boa no 1º semestre, a gente aprendeu a ver território, a parte social, econômica, conhecer como é que isso interfere na vida do paciente na saúde dele também a parte cultural, a gente estudou muito a parte da religião das pessoas como abordar e tudo mais, então essa parte eu acho que sim, está...”.

Consideram principalmente que era necessário mais ensinamentos clínicos:

**EB2-5** – “...a faculdade, eu acho que deveria ter mais estágio, eu acho que também deveria ter um tempo maior para poder fazer estágios realmente, ...a gente não tem a possibilidade de passar por essa experiência, que os estágios que a gente faz nas disciplinas, eles não contam como estágio, ele não conta como estágio, no currículo profissional, então eu acho que isso prejudica muito o aluno futuramente na hora dele procurar emprego, porque o que conta é a experiência...”.

Os estudantes brasileiros, para além de reconhecerem a importância de alguns conteúdos teóricos para uma prática culturalmente competente, demonstram uma maior preocupação com a falta de tempo para aprofundar os conhecimentos, embora identifiquem estratégias que os ajudam a integrá-los e lamentam o pouco tempo reservado aos ensinamentos clínicos no currículo.

Nesta dimensão das asserções dos estudantes podemos classificá-la de “aprofundamento teórico”.

### 3º Ano

Os estudantes do 3º ano também referem a falta de tempo como uma limitação à aquisição de conhecimentos, o que transmite insegurança e medo de não ser capaz de ser competente:

**EB3-2** – “...Então acho que a preparação vem ao longo do tempo porque a faculdade passa o conhecimento, aí vai depender da gente desenvolver essas capacidades e o que eu acho é que... eu não acho que quatro anos seja suficiente para enfermagem, para mim deveria ser cinco... porque mesmo a gente tendo os estágios nunca a gente acha que vai sair preparado para tudo, a gente sai muito inseguro como eu estou vendo que a minha turma aquela em que entrei e está formando agora, que eu acabei atrasando um ano por conta do intercâmbio, então eu vejo, gente, daqui a um ano eu vou formar, mas será que eu estou preparada para o mercado de trabalho?!... mas é muito difícil, a gente sai muito inexperiente, então você... eu acho que o medo maior é que a gente não vai ter nenhum enfermeiro para copiar e nenhum professor e a gente vai estar respaldado por eles, ...então a gente tem que saber o que vai fazer realmente, não vai ter ninguém para falar, ou está certo ou está errado, faz assim, faz aquilo ...”;

**EB3-4** – “...eu acho que gostaria de ter mais tempo para estudar não muito tempo dentro da sala de aulas, está bem balanceado teoria e prática, mas poderia mais ser um espaço reservado para a gente estudar lá na aula...”.

Uma estudante que fez intercâmbio de um semestre em Portugal compara a formação do Brasil com a de Portugal, relativamente à investigação:

**EB3-4** – “...mas também as realizações por conta da bagagem teórica, não que eu tenha um «super» conhecimento, mas eu acho que é bem interessante essa oportunidade que a gente tem aqui no Brasil, de ter bastante pesquisa do aluno já... durante a graduação poder se inserir na pesquisa por mais que tem gente que não gosta eu acho que não tem muito por onde fugir, para você saber ler artigos, buscar informações que vão ali te dar uma formação, né, que vão continuar te atualizando depois da formação é interessante você ter passado pelo processo de elaborar um projeto, executar esse projeto, elaborar o relatório final, escrever artigos, submeter os artigos porque vai ter uma visão e uma análise mais crítica quando você tiver lendo os artigos mesmo que vão te atualizar, isso eu senti um pouco falta em Portugal, mas também por uma questão financeira, mas não tem, muitos, não tem como se dar incentivo para esse tipo de coisas, mas é uma coisa que eu valorizo bastante...”.

A pro-atividade na formação que o próprio currículo estimula nos estudantes fica evidente em algumas considerações como podemos ler:

**EB3-2** – “...sempre me envolvi em todas as atividades aquilo que.... eu achava que eu poderia, aproveitei ao máximo a faculdade naquilo que ela poderia me oferecer...”;

**EB3-2** – “...então ao cursar enfermagem, eu comecei a perceber que é uma obrigação e uma responsabilidade imensa como todas as outras áreas...”;

**EB3-2** – “...é como o pessoal diz que a gente aprende desde o 1º ano que a enfermagem é uma arte, uma arte de cuidar e eu fui percebendo isso desde o meu 1º ano de faculdade até ao momento então sempre me envolvi com projetos, sempre fiz cursos, sempre procurei fazer optativas em todos os semestres, eu fui

percebendo que a enfermagem tem muitos caminhos ao qual eu posso seguir e com relação à cultura, como é o termo... isso multicultural...”.

Relatam os temas da competência cultural que são trabalhados em sala de aula e o seu contributo para a formação pessoal e profissional:

**EB3-1** – “...então por exemplo, é essa questão de transfusão de sangue, isso é muito discutido em aulas eu nunca vivenciei...”;

**EB3-1** – “...mas o que a gente aprendeu na escola, aqui na universidade é tentar avaliar, a crença, atrapalha, tem alguma coisa.... ah... tem conexão negativa para o cuidado? Vai causar uma infecção, não vai fazer mal, se for fazer mal a gente tem que tentar conversar com a família, tenta chegar a um consenso de mudar essa crença, tentar fazer é... fazer uma troca, né, porque explicar para eles que não é negativo, agora se a crença dela não faz nenhum mal, assim se vir que ela consegue, então você tenta ela fazer os dois, né, olha você pode continuar com as suas crenças colocando sei lá a moedinha que não vai fazer mal, mas a gente dá também...”;

**EB3-3** – “...muito, eu acho que muito, contribuiu muito, até pessoalmente, porque a gente é muito preconceituoso, sabe, eu sinto, e na enfermagem você não pode ter julgamento, assim, é difícil não ter, mas o ideal é você não ter...”;

**EB3-3** – “...a formação ajudou muito nisso, eu achei que isso, porque às vezes a gente vê coisas no hospital, que a gente pensa, não pode ser assim, sabe, agora eu espero manter isso, eu acho que é muito importante, a gente vai conseguir e falar ai que chato, né, ficar julgando...”;

**EB3-4** – “...eu acho que tem, sim, uma preocupação principalmente quando a gente vai para a saúde coletiva, então tem essa preocupação para a gente saber o que e a gente se depara mesmo nos estágios com termos que são muito daquela população, palavras daquela população, expressões, eu aprendi várias expressões que eu não sabia mesmo e... mas acho que poderia ter um pouco mais, mas também é um pouco difícil, o Brasil é muito grande, então é difícil você conseguir dominar por exemplo toda a questão do dialeto do nordeste e do sul, então é bem difícil, poderia ter mais, mas eu também entendo, mas é pela extensão do país...”;

**EB3-2** – “...na questão de ética, de bioética... então isso vai depender muito de indivíduo para indivíduo que o que é que ele traz como valor para si, que ele acaba expondo... que traz também para a sua profissão, que muitas vezes a gente tem que isentar a nossa opinião para poder exercer aquilo para o qual nos propomos e o Brasil é um país muito extenso e tem as suas regiões e um povo é diferente do outro, eu mesmo eu não sou aqui do sudeste, eu não sou de São Paulo, eu nasci na Baía sou nordestina, então você percebe que tem muitas disparidades de uma região para a outra então já aquelas pessoas que já vê com maus olhos, que tem um pouco de preconceitos, porque não sei não tem contacto, não tem uma vivência, não abre, aceita aquilo que já é preestabelecido e não vê com sentido crítico e adota como sendo sua verdade, e não tenta enxergar isso de um outro modo, aqui em São Paulo eu nunca passei por isso, nem em estágio, nem aqui na faculdade, mas a gente sabe que tem muito disso, né...”.

A importância que a formação transmite aos estudantes para a avaliação cultural da pessoa e família é evidente nos discursos dos estudantes do 3º ano, pelo que classifiquei esta dimensão como “reconhecimento da importância”.

#### 4º Ano

Os estudantes do 4º ano, apesar de considerarem que têm uma boa formação, estão no fim do curso e prestes a entrar no mercado de trabalho pelo que demonstram a sua preocupação e inseguranças com os conhecimentos que detêm em relação à competência cultural:

**EB4-2** – “...(boa formação?) Sim...”;

**EB4 1** – “... eu acho que a graduação, ela dá o mínimo de condição para a gente lidar com estas coisas, né, tem alguns professores que dão uma abertura maior que olha se você precisar podemos conversar, assim mas é o básico que a graduação dá para a gente, mas eu sinto muito que o próprio aluno ele é que tem que desenvolver instrumentos e jeitos de lidar com a situação principalmente com as situações de morte às vezes, né, que é pouco discutido na graduação, eu não sei, eu considero também isso como sendo um valor cultural...”;

**EB4-1-** “...não, eu acho que a mudança do currículo, não sei se a srª ficou sabendo teve há quatro anos, tudo o que eu conversei com os estudantes do currículo antigo, acho que teve vários pontos que melhorou muito, né, e acho que a faculdade, num modo geral, como eu falei, dá o básico, para a gente conseguir sobreviver no mundo aí fora, mas acho que é isso...”;

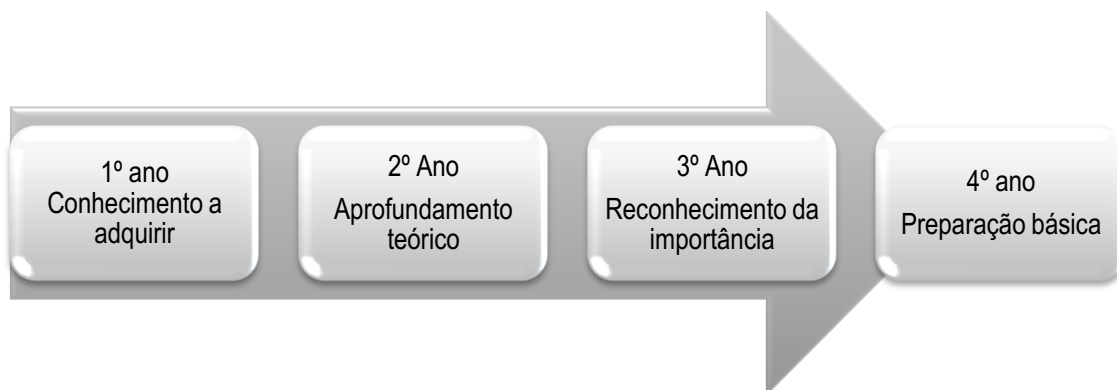
**EB4-2** – “...UTI, que eu não tinha muita experiência, não tinha experiência nenhuma na verdade, então aquele monte de fios e equipamentos, então eu me trouxe um pouco de receio sim, porque era um paciente grave, então essa coisa do cuidado triplicado, né, para não fazer nada errado, nada que prejudique o paciente, eu senti...”;

**EB4-1** – “...eu acho que era importante ter alguém que às vezes... sentar e falar... olha, o que é que você está achando dessa situação...?”.

Referem também a diversidade cultural do Brasil e a importância da formação nessa área:

**EB4-1** – “...a gente sente que às vezes as pessoas que são orientais, né, aqui no Brasil a gente tem bastante, acho que eles enfrentam a morte de um jeito mais sereno, e nós que temos uma, como eu sou de família Italiana, né, espanhola que a gente vê assim, que a gente lida de outra forma, não é tão normal, a morte seria algo terrível, né, a gente sabe que vai acontecer que todo o mundo vai morrer mas a gente não lida bem com isso, diferente dos orientais que eles são mais serenos mais calmos, até mesmo pela religião com aquela expressão da reencarnação, né, que a gente precisa evoluir, então é diferente, mas então é assim, eu acho que a graduação ela planta a sementinha na gente...”.

Das asserções dos estudantes do 4º ano classifico a sua opinião sobre a formação como “preparação básica”.



**Figura 16 – Evolução do Conhecimento Cultural dos Estudantes Brasileiros**

### **Sensibilidade Cultural**

Nesta categoria incluí as dimensões que podem conduzir a um cuidado culturalmente competente e que se relacionam com os aspetos da “arte” da enfermagem.

#### **1º Ano**

Os estudantes do 1º ano estão em início da formação com grande investimento na introdução da filosofia do cuidar, pelo que os estudantes relevam bastante o fator da humanização do cuidado:

**EB1-4** – “...então nesse 1º ano que a gente teve, eles focam bastante no nosso, na nossa humanização, na verdade, porque como eles dizem eles acabam sempre comparando com a turma da medicina só que, dizem eles, e eu acho que acredito bastante nisso também que os médicos eles são formados para ver a pessoa como uma doença então está ali o relatório do que ela tem e você tenta curar aquilo e o enfermeiro acaba vendo a doente de uma forma ampla, além da doença, ele vai ver tudo o que tem por trás e que pode ter acometido a pessoa a ter aquela doença os outros fatores eu acho que é a vida dela mesmo,... e nas aulas que a gente tem aqui na enfermagem isso é possível a gente trazer, porque fora daqui a gente tem a parte de doenças essas coisas mesmo, mas aqui dentro, a gente tem a parte de humanização de saber entender de saber perguntar, de saber cuidar realmente da pessoa e não só da doença e a parte que a gente tem da psicologia também. Eu acho que é importante saber quem é o «outro», saber se colocar no lugar do «outro» e não só satisfazer o nosso desejo de curar uma doença que tá ali e sim ajudar a pessoa porque ela não é só aquilo que a gente está vendo e, sim, um monte de carga que ela já está trazendo antes...”.

Reconhecem também que apesar da formação pode haver sempre profissionais que criam dificuldades para o estudante cuidar do doente de uma forma humanizada:

**EB1-4** – “...você acaba com medo de ir contra a maioria, né, principalmente dentro... pode até não pensar no começo como, mas indo na situação você acaba indo junto... mas eu acho que é coisa que a gente tem que passar tem que saber lidar, eu acho que quando você tem uma profissão desse tipo, eu acho a maioria das profissões são assim na verdade, sempre vai ter um grupo de pessoas que ou você segue ou tem a sua própria opinião, eu acho que vai da sua cabeça ser forte e você ter como vou dizer, tipo... ser forte o bastante para poder assumir aquilo que você pensa independente para os outros...”.

### 2º Ano

Os estudantes do 2º ano reafirmam a formação humanista que a faculdade preconiza e a importância da orientação dos professores e das experiências proporcionadas:

**EB2-5** - “...o que a gente aprende é realmente humanizar, ver o ser como o único, não é, essas coisas, mas o que eu vejo nos hospitais pelo menos naqueles que eu frequento que são os particulares eu não consigo ver isso, então eles estão e para mim, isso é mais uma motivação para fazer enfermagem para talvez mudar, né, essa perspectiva... isso, o que a gente aprende é que independente da pessoa, a gente tem que cuidar, porque ela é uma pessoa...”;

**EB2-4** – “...no estágio, pelo menos no meu, a minha tutora é maravilhosa, a gente discute bastante as coisas, também da parte da humanização, de como abordar o paciente em determinadas situações quando acontece alguma coisa diferente a gente senta e conversa para ver como você pode melhorar, para...”;

**EB2-5** – “...a mim tem ajudado sim.... no início da faculdade você fica com uma visão totalmente diferente, você consegue ver só a sua e a da sua família, você só consegue ver a sua vivência, aí quando você entra na faculdade que teve o módulo de necessidades que a gente foi numa UBS para conhecer as frequências, o território, fez umas visitas para fazer o inquérito domiciliário, então a partir disso, a gente começa a mudar essa visão, que antes a gente tinha a ideia de um mundo todo perfeito para a realidade mesmo, para você ver as necessidades das pessoas, então a faculdade ela ajudou desde início...”.

Alargam o conceito de cuidado humanizado e individualizado incluindo fatores que interferem com a saúde como seja a família e a cultura:

**EB2-4** – “...então 1º eu estou determinada com essa ideia de enfermagem da família, né, que bom que eu estou contaminada, né, mas para mim o paciente é a família, a família interfere completamente na saúde do paciente assim como a saúde do paciente interfere na dinâmica da família .... a gente fez na UBS, atenção básica, a gente trabalha muito com a família, só que as consultas, geralmente elas

são individuais, então o máximo que eu conseguia me aproximar era na visita domiciliária que aí a gente trata mesmo com a família, e conversar e fazer exame, gostei bastante...”;

**EB2-1** – “...ah... com certeza, é porque é assim, a cultura, principalmente na enfermagem, a cultura influencia a saúde da pessoa com certeza, então seria bem interessante estudar sim a cultura, é assim a gente sabe mais ou menos, né as professoras tentam contextualizar se tá dando alguma doença se tem alguma aula sobre isso as professoras tentam contextualizar, mas não é nada assim que a gente estude mesmo, mas é importante é «super» importante, aliás a gente vai cuidar dessas pessoas, né, então é importante...”.

O que é dominante nos discursos dos estudantes do 2º ano é a vontade de prestarem cuidados competentes, de os conseguirem manter quando forem enfermeiros e relevam a importância da formação porque, como refere uma estudante, o “cuidado humanizado também se aprende”:

**EB 24** – “...conseguir cuidar do paciente, como de uma maneira humanizada que é, eu isso também descobri que a gente aprende também não nasce, deveria nascer humano, talvez nasça, mas nós nos vamos desumanizando, a vida vai desumanizando a gente, né, nesse sistema capitalista, essa correria do dia a dia, aí tenho que ter dinheiro, tenho que trabalhar, tem que estudar e a gente esquece, então a gente trata o paciente como máquina que é o que acontece... eu tenho a visão de ser profissional da saúde, mas eu tive a visão também de ser o acompanhante estar lá com o paciente também, ...então eu pude ver o que a família passa mesmo, senti na pele o que a família passa, então esse foi um grande treino de saúde, talvez essa... a minha abordagem agora depois dessa situação que eu passei seja completamente diferente da abordagem que eu poderia ter senão tivesse acontecido isso...”;

**EB2-1** – “...isso, atenção básica, estou gostando bastante é que eu acho que essa é a minha área, é que eu gosto do contacto direto eu não sou muito de hospital, acho que como técnico a experiência... as pessoas passam lá muito rápido por lá você não cria o vínculo na atenção básica as pessoas moram ali, então estão sempre ali, praticamente, então você... criei um vínculo, eles sabe seu nome... né...”;

**EB2-2** – “...eu acho que sim, espero que sim... eu vejo profissionais na prática assim que conseguem, então eu penso porque não, né, se eles conseguem dentro de um hospital que às vezes é um pouco limitado fazem a diferença, porque não fazer a diferença também, individualizar o cuidado, individualizar os horários, dentro das possibilidades dos pacientes...”.

Campinha-Bacote defende que o cuidado culturalmente competente depende do desejo do enfermeiro o querer prestar, recorrendo a este conceito classifico como “desejo” esta dimensão”.

### 3º ano

No fim do 3º ano, os estudantes mantêm a vontade de manter um desempenho competente e centrado no doente referindo que se viram na prática enfermeiros pouco disponíveis também encontraram enfermeiros de referência:

**EB3-5** – “...mas também vi enfermeiros que disse, «ah quero ser como aquele»... vi uma vez um enfermeiro sair do seu posto de trabalho para levar um doente ao serviço que não conseguia encontrar... e pensei... nossa, quando for enfermeira quero ser assim...”.

Justificando a aprendizagem do “cuidado”, relevam o currículo que têm e a formação da faculdade, mas também a formação pessoal e a vontade de ser um “bom enfermeiro”.

**EB3-1** – “...não é como eu falei, aqui a gente tem um currículo privilegiado que nem muitas universidades, a gente tem experiências privilegiadas...”;

**EB3-1** – “...sim acho que em atenção básica a gente teve e estágio de criança também de colocar a família, de integrar a família no cuidado que você presta, de ter esse cuidado mesmo de olhar para a religião da pessoa, tentar ter um... porque isso faz parte do cuidado esse é o cuidado integral que a gente fala, é o cuidado holístico que eles pregam é tentar prestar atenção em todos esses fatores... porque eu gosto de cuidar...”;

**EB3-2** - “...eu pretendo continuar com essa mentalidade seguindo isso, porque eu acho que é a melhor forma de você viver em grupo, que não sei lidar com quem você vai estar cuidando... mas eu acho que isso vai depender muito daquilo que a pessoa acredita, que ela carrega como as suas verdades, os seus valores, se a pessoa não dá importância a isso, então ela vai tratar aquele paciente da mesma forma que vai tratar o outro e não vai dar tanta importância, assim vai ficar mais no papel e nos aparelhos do que no olho no olho...”;

**EB3-2** - “...mas querendo ou não você está ali para... você está-se dispondo a cuidar de uma pessoa que está exposta que está precisando de necessidades e que suas capacidades estão debilitadas, digamos assim, então comecei a ver que enfermagem atua muito no cuidado e na assistência do paciente mais à beira leito, mais de saúde básica, mais com o cuidado da família não só com o indivíduo mas ele inserido na sociedade, então comecei a perceber vários campos de atuação da enfermagem enquanto isso é grandioso e belo, né?...”.

A relevância da cultura no cuidado é referida pelos estudantes do 3º ano, mencionando a necessidade de garantir algumas dimensões culturais:

**EB3-3** – “...sim, a gente faz visita domiciliária, porque é assim, tem um posto de saúde que fica numa determinada região e aí, esse posto de saúde, ele vai atender a uma determinada região, então a gente conhece as casas das pessoas, a gente tem um vínculo maior e como tem um trabalho de prevenção e promoção

da saúde, é melhor,... aqui a gente já conhece a pessoa, a história dela, onde ela vive, a casa quais são as relações que ela tem, quem é o pai, quem é a mãe, quem é a criança, então é muito bom...”;

**EB3-2** – “...como a gente faz os estágios em hospitais públicos, então a gente atende a cultura e tradição de todo o país não aqui só de São Paulo, então você tem que entender muito bem daquela pessoa, do meio que ela veio, a sua escolaridade, para saber como você vai suportar ela, para ela entender, porque por exemplo tem regiões que a pessoa fala que «ai vou defecar», tem outras que fala «ai vou oberar» e quer dizer o mesmo, são os mesmos termos, então você tem que conhecer um pouco daquela população da qual você costuma atender no hospital para poder mesmo passar o seu recado e ele passar aquilo que você quer. Então, esse fator cultural no Brasil tem muito disso, de termos regionais a gente acaba, que a gente vai convivendo ao longo da nossa graduação, do nosso viver com as pessoas. Na sociedade, a gente acaba adquirindo isso, então isso é muito bom porque a gente conhece cada região a gente consegue identificar e ter esse perfil então o aluno tem que estar preparado para isso, né...”;

**EB3-2** – “...aqui da faculdade lá no 2º ano quando a gente vai ter mais contacto assim com as pessoas, as professoras falam, vamos fazer um questionário para poder identificar esse usuário, esse paciente, então a gente vai poder colher seu histórico, não só para saber suas condições de moradia, o local que mora, de onde veio, mas também para saber como a gente se vai reportar a essa pessoa, porque é diferente eu ir lá conversar com algum analfabeto que não teve condições para poder estudar, para poder ter uma formação com aquela pessoa que, por exemplo é um advogado não é que... é discriminar, mas até tem que se igualar os dois nas suas diferenças...”;

Esta perspectiva dos estudantes do 3º ano, de um cuidado que respeita as competências culturais, permite classificar a sensibilidade evoluindo para o “cuidado cultural”.

#### 4º ano

Os estudantes finalistas estão já num patamar diferente olhando para a formação e a profissão de enfermagem com uma relação de o desejado e o possível, o que aprenderam, o que vão pôr em prática e revelam preocupações em conseguir manter o que aprenderam nos primeiros anos do curso. Já como estudantes finalistas realçam algumas práticas aprendidas e que vão sendo desvalorizadas nos serviços onde têm os ensinamentos clínicos:

**EB4-2** – “Eu, como aluna? Ah, por mim, viu, eu deixaria só que é assim a gente é supervisionado, né, então a gente acaba tendo que acatar as ordens das enfermeiras na unidade então infelizmente, a gente não pode, infelizmente a gente fica de mãos atadas, a gente não consegue...”.

Consideram que têm uma boa formação teórica, mas o que podem pôr em prática e o que veem nem sempre é coerente:

**EB4-2** – “...eu acho que nessa parte, de respeito, de direitos do paciente, de ética acho que a gente teve bastante, sim não deixou a desejar, foi bem completo, na teoria. Na prática a gente também chegou a discutir, assim nos campos de estágio se teve alguma situação de falta de ética profissional a gente senta aí e discute o assunto e isso teve também na prática...”;

**EB4-1** – “...e eu sinto que na enfermagem, às vezes essas religiões são deixadas de lado, então muitas vezes a gente não pergunta para o paciente qual é a sua religião em que você acredita, né... não, na verdade eu acho que isso nem é questionado para a família, eu gosto muito de UTI e é onde os pacientes têm maior número de óbitos, talvez, e eu nunca vi em nenhum momento, questionarem a família, olha, o paciente, né, está com um papo crítico ruim vocês querem chamar o padre para dar extrema unção, né que a gente fala sou católica, então... ou, né, se existe uma entidade que queiram, venha, eu acho que isso é, às vezes realmente muito negligenciado na enfermagem, aqui no Brasil, pelo menos... é uma preocupação maior em tentar restaurar a saúde do paciente, a saúde fisiológica, não a saúde espiritual ou a saúde social, então tem algumas coisas que elas ficam de lado...”;

**EB4-4** - “...acho que é muito difícil um hospital abrir para uma pessoa ter as suas próprias, ter a sua liberdade, primeiro porque a gente tem uma rotina, né, pega o plantão de manhã e mandar todo mundo para o banho ...então não permitem que a pessoa tenha a sua própria rotina, ela é imposta via rotina do hospital, ... então assim ,não há, não vejo essa liberdade, quando eu posso eu forneço essa liberdade, mas mesmo assim eu sou cobrada para seguir um padrão, né,... camas arrumadas, pacientes limpos, comida no prato, que sejam todos perfeitos com a medicação correta, e que sejam calmos em seus...”.

A dimensão espiritual, o apoio em fim de vida nas diferentes culturas foi um dos aspetos que estes estudantes referiram como menos aplicado na prática:

**EB4-1** – “...enquanto o meu paciente morria que não tinha mais nada para fazer já tinha conversado com a família, a gente tinha que cuidar do outro e então às vezes também...é muito difícil, porque parece que você está deixando a pessoa morrer sozinha, né, e é mais ou menos o que acontece, bom... eu não tenho mais nada para fazer aqui, eu vou no outro paciente...”;

**EB4-2** – “...ah, ah isso, sem dúvida, devem estar mais preocupados com o cuidado do doente, com o cuidado mais físico, dessa parte das necessidades espirituais, o paciente, não vi muito... eu já vi aqui no HU, vi a referência, né, é um hospital de referência, um hospital modelo então isso é mais um pouco seguido lá... é que como eu fiz muitos estágios no HU, lá tem esse lado um pouco perfeito, perfeito entre aspas um pouco mais próximo ideal... olha, eu acho que é assim, eu acho que é abordado muito pouco a questão da espiritualidade, né...”;

Também o receio da entrada na vida profissional começa a ser a grande preocupação referida por estes estudantes, bem como a desilusão com a profissão:

**EB4-1** – “...é que aquilo que a enfermagem tem de diferente das outras profissões é essa categoria profissional, que a gente é dividida em auxiliar, técnicos e enfermeiros e isso às vezes dá um conflito muito grande dentro da equipa, porque é como o enfermeiro manda mais, o enfermeiro ganha mais e ainda quer mandar na gente como técnico e auxiliar, às vezes existe um conflito muito grande nisso, então às vezes é muito difícil para mim, né, que estou saindo agora da faculdade, pensar que eu vou ter que ser às vezes líder de uma equipa, eu não tenho, eu tenho a experiência da faculdade não tenho nenhuma outra experiência fora essa, eu tenho 22 anos e eu vou ter que às vezes orientar ou corrigir pessoas que trabalham há 30 anos...”;

**EB4-4** – “...o enfermeiro está todo o tempo rodando, andando, resolvendo problema, o tempo todo com as pastas na mão, o tempo todo tentando gerenciar, é batendo de frente com exame ...ele está mediando todas as conversas aqui, então ele fica muito cansado pela parte burocrática porque ele tem que preencher toda a parte burocrática e ainda tem que dar conta de uma assistência de sei lá, dez técnicos de enfermagem ele tem que ficar de olho em todos porque o erro cai sobre ele...”;

**EB4-3** – “... é... eu acho que sim é a função do enfermeiro, né, e nessa, né, ter que orientar ter que corrigir profissionais que estão lá há 30 anos fazendo aquilo e aí vai chegar uma pessoa que acabou de se formar querendo mudar aquilo, então às vezes é muito difícil pensar nisso, assim, nesse ponto...”.

Havendo mesmo uma estudante que considera enveredar por outro curso ou dedicar-se apenas à pesquisa abandonando a prática da profissão:

**EB4-3** – “...é, eu amadureci bastante na enfermagem só que a área que me deixa mais insatisfeita com ela é o não reconhecimento dos próprios enfermeiros, é dentro da classe profissional... eu não sei se eu não faço outra faculdade... porque eu gosto da área de pesquisa, então eu estou vendo agora... eu, na semana que vem eu vou participar num treinamento para participar numa pesquisa. Eu percebo que, querendo ou não, eu acho que não ficaria bem para mim ficar na profissão, seria um stress muito grande, porque é um problema muito grande, não é um problema da instituição, é um problema da enfermagem...”.

Apesar de satisfeitos com a teoria lecionada, os estudantes do 4<sup>a</sup> ano manifestam alguma desilusão com a prática e com a integração dos conceitos teóricos que aprendem. A proximidade com a vida profissional leva-os também a refletir, com alguma ansiedade, sobre as dificuldades que esperam encontrar na vida profissional como enfermeiros, pelo que esta dimensão classifiquei-a de “teoria↔prática”, como já aplicado aos estudantes portugueses do 3<sup>o</sup> ano.



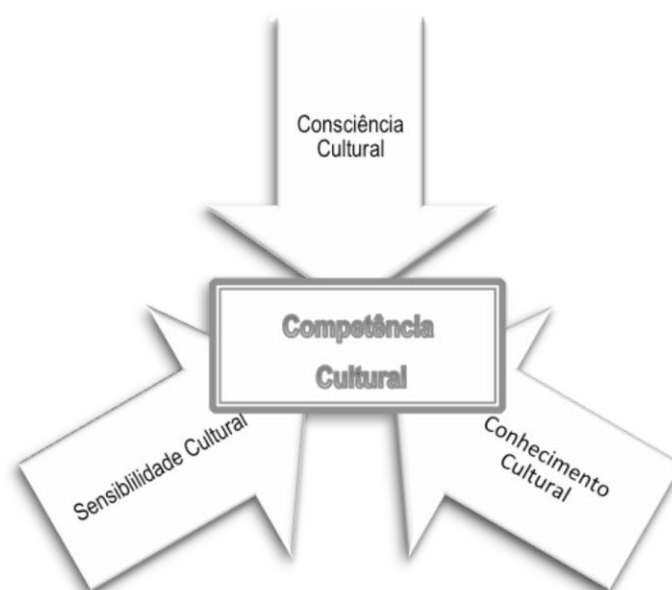
**Figura 17 – Evolução da Sensibilidade Cultural dos Estudantes Brasileiros**

### *Síntese Parcelar 2*

---

#### **Comparação da evolução da competência cultural ao longo do Curso**

Analisarei agora a evolução da consciência, conhecimento e sensibilidade dos estudantes das duas universidades ao longo do curso e a sua influência na competência cultural.



**Figura 18 – Dimensões que Influenciam o Desenvolvimento da Competência Cultural**

Estudantes das duas universidades estão separados por um oceano, têm uma história e uma cultura com algumas influências comuns, que os

portugueses gostam mais de recordar do que os brasileiros, mas com políticas e culturas, de saúde e formação muito distintas entre si.

Algumas diferenças na evolução ao longo dos quatro anos do curso representam essas diferenças em concreto, mas na essência são em tudo semelhantes. O que transforma em semelhanças a consciência, o conhecimento e a sensibilidade cultural dos estudantes das duas universidades para a competência cultural é claramente a dimensão da disciplina de enfermagem que é transmitida e idêntica nas duas universidades, em confronto com uma realidade que nem sempre está de acordo com os valores ensinados em ambos os países.

A visão etnocêntrica dos estudantes dos dois países é idêntica, pois ambos tem tendência para homogeneizar a população, para ser agente da defesa dos valores humanos e do combate ao preconceito, à discriminação, ao racismo, à iniquidade nas diferenças. Reconhece em si alguma facilidade em se deixar influenciar pelos juízos de valor, mas também o desejo de estar atento para não prejudicar o cuidado que quer implementar e que aprendeu.

Os conhecimentos adquiridos pelas duas faculdades relativamente à competência cultural, evoluem com características diferentes, mas semelhantes no resultado. Ambos referem a importância da formação e constataam as dificuldades da aplicação na prática.

É na sensibilidade cultural que fica clara a ideia de que a evolução dos estudantes das duas universidades, apesar de terem aprendizagens diferentes, têm em comum novamente a dimensão conciliadora do conceito de enfermagem como “ciência e arte” e do “cuidado holístico e integral” em conflito com uma realidade onde nem sempre é possível ter uma prática culturalmente competente.

Pode-se concluir que embora haja algumas nuances na evolução académica dos estudantes dos dois países, o desenvolvimento da competência cultural dos estudantes é semelhante. Este desenvolvimento é influenciado por uma formação pouco aprofundada na formação específica para uma prática culturalmente competente e por uma realidade da prática de enfermagem constrangedora para o cuidar culturalmente competente.

## 5. PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DA COMPETÊNCIA CULTURAL

---

Uma das dificuldades encontradas nos estudos para a implementação da competência cultural na prática prende-se com as múltiplas interpretações de cultura que geram confusão e dificuldade na sua aplicabilidade.

A cultura, entendida como o conjunto de valores, crenças hábitos e práticas que vamos adquirindo ao longo da vida, pressupõe as várias influências que convergem, modificam e interferem com a cultura que nos caracteriza.

São influências *major* na cultura pessoal, a família onde nascemos, o círculo de amigos, os “mass media”, a influência das várias escolas por onde passamos, que nos incutem a cultura académica e, posteriormente, quando entramos no mundo do trabalho, a cultura profissional.

Analiso agora a evolução da “cultura pessoal” que os estudantes trazem, com a “cultura académica” aprendida e a influência da “cultura profissional” para explicar o desenvolvimento da competência cultural dos estudantes de enfermagem.

### **ESTUDANTES – Cultura Pessoal**

Pode-se evidenciar, pela análise dos dados, que os estudantes dos dois países, que iniciam o seu curso como primeira opção, trazem o desejo de uma prática de enfermagem “idealizada”, mas mesmo os que não o fizeram como 1ª escolha iniciam os seus estudos com expectativa e vontade de se deixarem entusiasmar pela disciplina de Enfermagem. Os estudantes entram com os seus valores pessoais, o seu entusiasmo mais emotivo ou mais racional, mas com vontade de aprender enfermagem e relativamente ao cuidado cultural de terem uma prática respeitadora da cultura do “outro”. Verificamos também que para além da vontade de fazer “bem” e de fazer o “bem”, os estudantes trazem a sua visão etnocêntrica do mundo.

Trazem também as suas experiências de vida que são notoriamente diferentes e que influenciam a sua cultura pessoal em relação à forma como perspetivam a saúde, a doença, o cuidado, a enfermagem.

Mas mesmo os estudantes que entram no curso com experiências de saúde muito traumatizantes, mantêm o discurso do cuidado ideal, a esperança da mudança das práticas, a motivação para uma “cruzada” de luta pela “arte” da disciplina de enfermagem.

### **FORMAÇÃO – Cultura Acadêmica**

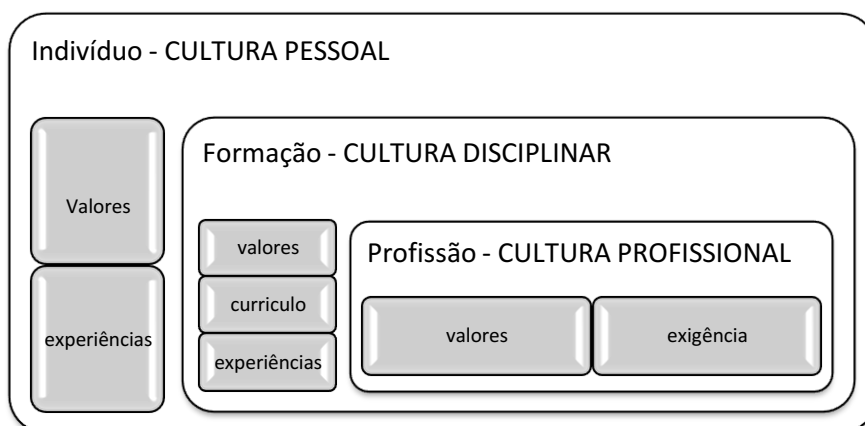
A influência da formação teórica transmite os valores do “cuidado” e da disciplina de “enfermagem”, doutrinam os valores humanos, a importância da pessoa no centro do cuidado e elevam os estudantes para uma moral e um comportamento ético no respeito pela pessoa de quem cuidam. A formação específica das diferenças culturais é pouco recordada pelos estudantes e dispersa por várias unidades curriculares e ciências de apoio, onde a sociologia e a antropologia são centrais. O que se consegue evidenciar é que os conceitos aprendidos são pouco direcionados para a prática de enfermagem e a preocupação com uma prática culturalmente competente não é concretizada em aprendizagens estruturadas e compreendidas pelos estudantes, enquanto cuidados relacionados com uma competência cultural.

Em nenhuma universidade, os estudantes referem a aprendizagem específica da avaliação cultural. Neste capítulo, os estudantes apenas referenciam a aprendizagem da folha de colheita de dados e no contacto com a comunidade a importância da avaliação do contexto da pessoa no cuidado. Em relação a intervenções específicas para cuidado cultural, os estudantes relevam a reflexão dos dilemas éticos, mas novamente a especificidade das dimensões culturais são abordadas na generalidade, mas não são refletidas, nem ensinadas intervenções específicas de enfermagem para as contingências e constrangimentos que a cultura da pessoa de quem cuidamos pode introduzir no cuidado que prestamos.

O início da formação prática é claramente a fronteira da reflexão ideal para uma prática real e este parece ser, sem dúvida, um contacto marcante na formação da competência cultural dos estudantes, porque tomam, pela primeira vez, contacto com a “cultura profissional”.

## PROFISSÃO– Cultura Profissional

O contacto com a prática profissional inicia-se com os primeiros ensinamentos clínicos. É aí que os estudantes observam os enfermeiros com uma visão profissional e já não numa perspetiva de vivência pessoal. Constatam as dificuldades que a complexidade do trabalho, as exigências institucionais e a influência dos “mass media” na prestação de cuidados. Observam, por um lado, um esforço para manter os valores aprendidos, mas, em oposição, o desgaste dessas exigências e as dificuldades que vão ter que enfrentar, perspetivam que apesar de continuarem a manter alguma chama, vai ser difícil conseguir ter uma prática culturalmente competente.



**Figura 19 – Modelo de Desenvolvimento da Competência Cultural**

Dos dados obtidos, pode-se inferir que o desenvolvimento da competência cultural depende de confrontos e convergências, ilusões e desilusões entre as diferentes culturas que influenciam os estudantes durante a sua formação.

A repetição do discurso aprendido é característica dos estudantes dos primeiros anos, pelo que se pode inferir da sua influência no pensamento dos estudantes. Este é um discurso que se vai perdendo a adaptando à vivência do cuidado. Numa 1ª fase, os estudantes de ambos os países demonstram vontade de uma forma mais entusiasta ou mais racional, de virem a ser “bons enfermeiros”, o ideal de ajudar, a vocação, a vontade de fazer bem infere-se dos estudantes em início de formação. É o contacto com os ensinamentos clínicos dos hospitais que vai desencadear a mudança de discurso dos estudantes, a aprendizagem que fazem nem sempre é valorizada e sentem que o que é avaliado é principalmente o visível. Os instrumentos de reflexão utilizados e introduzidos no portfólio que os estudantes referem ser importantes e com

objetivos ricos para a formação pessoal e profissional consideram-nos de difícil execução e com pouco *feedback* dos professores.

A própria profissão de enfermagem desilude os estudantes que não perdem o ideal humanista e a vontade de fazer bem, mas perdem o entusiasmo porque sabem que vão ter dificuldades em implementá-lo.

Os valores, as crenças e as necessidades espirituais, os hábitos e as práticas de quem cuidamos são muitas vezes discutidos e refletidos na cultura académica, mas será que são igualmente valorizados na cultura profissional? A cultura profissional, numa procura de resultados mais imediatista, procura os cuidados mais visíveis desvalorizando por vezes o cuidado mais subtil e muitas vezes invisível. Cabe aos profissionais de saúde mostrarem a sua validade não apenas através da investigação, como já referido, da sua importância no enquadramento teórico, mas também de ser capaz de tornar visível os cuidados culturalmente competentes, através da satisfação dos doentes, da melhoria da saúde, da diminuição da desigualdade.

A formação tem um papel fundamental neste desenvolvimento, mantendo os valores da formação teórica e a introdução de alguns conteúdos. Concordo com Duffy (2001) quando diz que é na inclusão dos conceitos, na disciplina de enfermagem, que tem que haver um esforço para introduzir uma aprendizagem transformativa e dinâmica que estimule a reflexão crítica, em vez do ensino passivo de transmissão de conhecimentos. É esclarecendo, praticando e aprofundando que eventualmente se consegue fazer uma aquisição estruturada de conhecimentos para que os estudantes consigam aplicar sem terem que fazer grande esforço de memória, à procura de quando ouvirem falar nesses assuntos.

Os ensinamentos clínicos são fundamentais para a articulação do que se ensina na escola com o que se faz na prática, pelo que a escolha dos campos de estágio deve ser cuidadosamente feita em função da convergência da cultura académica com a profissional, na prática da enfermagem.

Também a orientação dos trabalhos académicos e o apoio na consciencialização e reflexão para um cuidado culturalmente competente, é uma obrigação do professor e um imperativo da formação.

Assim, o desenvolvimento da competência cultural pode ser explicado e conseguido se houver convergência entre o desejo do estudante, a

competência da formação e a cumplicidade das instituições profissionais na compreensão da necessidade e na implementação das medidas que promovam o cuidado no respeito da pessoa com a sua cultura.

## 6. CONCLUSÃO

---

Nos capítulos anteriores fui apresentando e discutindo as opiniões expressas pelos estudantes brasileiros e portugueses sobre a formação e o processo de desenvolvimento da competência cultural. Procurarei agora dar conta das conclusões mais relevantes e pertinentes para o objetivo geral do trabalho, bem como, refletir de uma forma mais global sobre os dados obtidos.

Tenho consciência das **limitações** deste trabalho, resultantes não apenas da complexidade do problema, mas também de limitações espaço-temporais que determinaram algumas opções e estratégias metodológicas, pelo que não tenho a veleidade de pretender generalizar os resultados obtidos, mas encarar este estudo como um contributo importante para uma reflexão mais ampla da problemática, permitindo um maior conhecimento e compreensão sobre o desenvolvimento da competência cultural nos estudantes de enfermagem.

As teorias do “**cuidar culturalmente competente**” introduzidas na década de setenta com Leininger, preconizam uma prestação de cuidados holísticos que integram a diferença, em vez da sua rejeição e apelam a uma ação centrada no doente interpretado na globalidade do seu contexto, relevando que a cultura influencia a perceção, compreensão, necessidade, adesão e manutenção dos cuidados de saúde.

A minha preocupação com uma formação para um cuidar culturalmente competente e consciente de que este é um problema multifactorial justificou a escolha de uma amostra diversa em idade, género, cultura, que permitisse compreender se é a cultura individual que influencia a competência cultural do estudante e qual o papel da formação nessa construção.

Verificou-se, pela análise do discurso dos estudantes portugueses, que as grandes diferenças de perceção da importância da cultura no cuidado não estavam relacionadas com a idade e o género, mas principalmente com experiências ou vivências, ou seja, com a socialização do estudante. Este aspeto foi determinante na opção da escolha de uma amostra para a comparação, que fosse diversa principalmente na sua experiência intercultural, e constatou-se que de facto são principalmente as experiências e as vivências que influenciam as perspetivas dos estudantes sobre o doente, a doença, a saúde e o “cuidado” que preconizam, quer sejam portugueses ou brasileiros, e

é desta conclusão que se infere que as experiências e vivências que a formação proporciona são, também marcantes na construção da competência cultural dos estudantes de enfermagem.

Obtive informações interessantes acerca das expectativas, vivências, dificuldades e desejos da população inquirida, permitindo-me fazer algumas recomendações no sentido de melhorar a adequação da formação à prática do “cuidado culturalmente competente” e, também sugerir novas pistas de estudo e análise.

Parti do pressuposto defendido por vários autores Leininger, (2002); Purnell (2002); Campinha-Bacote, (2011 b), de que o cuidado só é efetivo se respeitar a cultura e o contexto da pessoa que necessita de cuidados de enfermagem, pelo que, para que o estudante de enfermagem adquira uma prática culturalmente competente, Papadopoulos, Tilki e Taylor (2004), defendem uma evolução sequencial da consciência, do conhecimento e da sensibilidade cultural.

Cabe assim, à formação inicial em enfermagem, implicar-se no currículo e nas estratégias necessárias ao crescimento da consciência cultural, à promoção das atitudes e habilidades adequadas, à diferença e ao aprofundamento do conhecimento cultural, dos seus estudantes.

Quando iniciam a sua formação em enfermagem, os estudantes trazem os valores culturais do contexto em que nascem, que evoluem, modificam e adaptam no seu processo dinâmico de socialização.

A visão que os estudantes trazem da saúde e da doença é também culturalmente construída, quer pelo que ouvem no seu quotidiano, quer por experiências vividas por si próprio ou por familiares e amigos.

Constatou-se que tanto estudantes portugueses como brasileiros têm vivências e expectativas, positivas e negativas, relativamente aos enfermeiros e aos cuidados que prestam. Ambos relacionam os aspetos negativos com os serviços públicos e os mais positivos com os hospitais privados. Apesar das experiências positivas referidas, nos dois países, estudantes ressaltam que o “cuidado” que observaram é diferente do “cuidado” que aprendem e que é preconizado pelas escolas de enfermagem.

Esta divergência é referida principalmente por estudantes em início do

curso que se identificou na fase de “entusiasmo emotivo” (portugueses) ou de “reflexão positiva” (brasileiros) e que à medida que vão evoluindo no curso vão racionalizando e adquirindo capacidade de autorreflexão sobre o “cuidado” que aprendem e o “cuidado” possível de prestar.

Foi muito inquietante encontrar esta ideia, que numa primeira perspetiva pode ser interpretada como uma incapacidade da formação manter o entusiasmo por uma prática que preconiza, mas que num segundo olhar realça o crescimento dos estudantes e um descentramento etnocêntrico do cuidado que pretendem prestar.

A **consciência cultural** evolui de uma perspetiva etnocêntrica, em que o estudante apenas consegue ver a sua perspetiva do problema para o reconhecimento da perspetiva do “outro”. Numa primeira fase continua a pensar que a sua perspetiva é a melhor forma de fazer, evolui posteriormente para a compreensão dos benefícios da diferença e por último conseguirá dialogar e negociar a diferença para benefício de ambos.

A interpretação atenta dos discursos dos estudantes permite perceber que o que se observa não é apenas a desilusão dos estudantes com algumas práticas ou dificuldades que vão encontrar, mas também a capacidade de refletir criticamente sobre a realidade e esse é um primeiro passo para o desenvolvimento da competência, ou seja, a reflexão na ação e sobre a ação.

Pode-se então olhar para este dado como um processo de maturidade profissional, em que o estudante passa de uma visão muito etnocêntrica, considerando que vai conseguir fazer sempre o que acha que deve ser feito, para uma visão em que, na realidade, há várias formas de fazer e que podem contribuir para o bem estar da pessoa que é através da reflexão crítica das situações que conseguirá adequar o cuidado à diferença e, ser culturalmente competente.

No entanto, tanto estudantes portugueses como brasileiros referiram que apesar da reflexão crítica ser estimulada no plano curricular dos cursos, com momentos específicos planeados durante os ensinamentos clínicos para reflexão e discussão de situações problemáticas vividas, nem sempre os professores estão preparados para ajudar nessa reflexão e se perde efetividade nas estratégias definidas. Este foi um problema que discuti no capítulo da revisão

da literatura, em que os autores como, Sealey et al. (2006); Stein (2010 b); Sharon et al. (2011); Seeberg et al (2012); Morton – Miller (2013); Montenery, et al. (2013) defendem que é fundamental que os professores façam formação para poderem ser consequentes na formação da competência cultural.

A referência à formação teórica para a redução do etnocentrismo reconhecendo a importância dos estudantes conhecerem os seus limites e de aprofundarem a sua identidade cultural é feita por ambas as amostras relevando os debates éticos. Os estudantes portugueses referem algumas unidades curriculares como a sociologia, antropologia, psicologia, comunicação e os brasileiros realçam a importância das visitas a alguns recursos da comunidade, mas a forma como alguns conteúdos são transmitidos não despertam a curiosidade e o interesse dos estudantes pelo que, para além da formação dos professores, também as metodologias e estratégias de ensino merecem atenção.

A “cegueira cultural” é um conceito que Zander (2007) descreve e que se encontrou nas duas amostras ao longo de todos os estádios de ensino, quando consideram que os doentes têm que se adaptar às instituições e não o inverso referindo que não tiveram doentes que “exigissem” cuidados ou adaptações ao cuidado por serem de uma cultura diferente. Estudantes portugueses mencionam ainda que doentes de etnias minoritárias não manifestaram necessidades diferentes porque eram “situações ligeiras” e tiveram “sorte” com o doente de que cuidaram.

Este achado faz-me refletir sobre as novas manifestações de racismo que Cabecinhas, R. (2002) alerta sobre a homogeneização das minorias e que está relacionado com o preconceito que analisei na evolução da sensibilidade cultural.

Foi relativamente à **sensibilidade cultural** que encontrei maior divergência entre as duas amostras. Os estudantes portugueses negando o racismo e os estudantes brasileiros reconhecendo-o, tanto dos enfermeiros para com os doentes como o inverso. As experiências de uma população mais multicultural influencia a forma como os estudantes olham os outros grupos étnicos diferentes do seu.

Ficou claro que os dois grupos de estudantes no início do curso são

fortemente influenciados pela formação, e foi curioso verificar que o discurso que repetem é o discurso da disciplina de “enfermagem”, que se torna universal por estudarmos os mesmos autores e teóricos de enfermagem.

No entanto, a evolução do discurso torna-se menos idealizada quando se confrontam com a realidade e identificam alguma incoerência entre a teoria e a prática. A articulação teoria-prática, ou a sua desarticulação, foi um achado também encontrado na minha dissertação de mestrado em 1998 (D’ Eça, 1998), e é um tema discutido nos cursos profissionalizantes em que as escolas tentam que os estudantes possam pôr em prática aquilo que aprendem na teoria. Esta preocupação está principalmente relacionada com os conhecimentos adquiridos e a sua aplicação na prática e menos com a filosofia que os norteia.

É neste sentido que esta conclusão permite defender que na escolha dos locais de ensino clínico, para além de dar resposta ao estágio de conhecimentos do estudante, devem também representar a filosofia de cuidar que a escola defende.

Estudantes portugueses referem essas diferenças quando confrontam os serviços públicos com o privado. Considerando que é “normal” haver determinados cuidados no privado e o doente ter que se “adaptar às condições do serviço público, “impondo” o cuidado normalizado.

Estudantes brasileiros referem-no, quando mencionam as diferenças entre público e privado e ainda na diferente aprendizagem que têm em hospitais universitários com as condições para porem em prática o “cuidado” que aprendem.

Pela análise das entrevistas, pude confirmar que nas duas faculdades a opção pelo curso de enfermagem nem sempre é a primeira escolha, mas todos iniciam o curso com o desejo de fazer o “Bem” e de aprender a ser “bons enfermeiros”, pelo que me parece fundamental que as escolas tenham consciência da vontade entusiasta dos estudantes e a saiba aproveitar para a desenvolver e ajudar a crescer.

A formação não tem na atualidade a importância de transmitir apenas informação, mas tem, sobretudo, a responsabilidade de selecionar a informação para formar profissionais competentes, conseguir transmitir a

compreensão da importância dos conteúdos selecionados e de motivar os estudantes a pesquisar e a aprender mais, num continuum formativo.

O **conhecimento cultural** é considerado essencial pelos teóricos da transculturalidade para a prestação de cuidados culturalmente competentes.

Estudantes de ambos os grupos ressaltam que a formação ministrada é de qualidade, com a informação básica necessária, mas quando questionados acerca de casos específicos relacionados com o cuidado transcultural, os estudantes referem lacunas na informação dada, referindo estudantes de ambos os países que não se sentem preparados, estão pouco sensibilizados e têm poucos conhecimentos de como cuidar de pessoas com necessidades culturais específicas, da autonomia do enfermeiro para a tomada de decisão e alguns referem ainda “medo” de cuidar ou de não saber cuidar de algumas pessoas, por influência de preconceitos ou da inexperiência. Bingham (2012) defende que os estudantes devem ser preparados para estas situações de dilema ético para não adotarem nem posturas paternalistas nem de desrespeito da autonomia da pessoa.

Contudo, tanto estudantes portugueses como brasileiros consideram que a aprendizagem que têm é suficiente, já que não é possível conhecer todas as culturas, sugerindo um estudante português apenas ter “toques” das principais culturas. A pouca relevância dada à aprendizagem de conteúdos que desenvolvam a competência cultural, já tinha sido encontrada por mim nos discursos de enfermeiros e docentes em 1998.

Esta superficialidade do conhecimento da nossa cultura e da dos outros, é referida por Zander (2007), que classifica como “evitação cultural” e que considera o alicerce para o enfermeiro se refugiar no discurso de sermos todos humanos, logo, numa perspetiva humanista, cuidar do “outro” pode ser representado pela determinação de “fazer ao “outro” como gostas que te façam a ti”.

Esta é a filosofia que estudantes de ambos os países consideram ser veiculada pela formação que recebem, mas para o cuidado ser culturalmente competente, apesar de sermos todos humanos e a perspetiva humana ser adequada, somos também todos diferentes e para o cuidado ser efetivo, o que se pretende é cuidar do “outro” como ele deseja e como ele gosta e não como

eu desejo ou gosto, integrando a perspectiva cultural da pessoa na perspectiva humanista, tal como defendem autores como Maier-lorentz (2008); Engebretson, Mahoney e Carlson (2008); Hicks (2011).

Apesar de reconhecerem que se sentem pouco preparados para cuidar de uma população multicultural, os estudantes de ambas as amostras mencionam estratégias de resolução de problemas que são apontadas como fundamentais pela literatura multicultural como é disso exemplo a **negociação**. Mas, para que a negociação seja eficaz, é fundamental saber ouvir a perspectiva do “outro” para a integrar no cuidado e, nos discursos dos estudantes, o que entendemos é uma perspectiva de negociação para imposição dos valores instituídos, com alguma flexibilização e ajustamento, que não vá contra as regras e as rotinas e quando o estudante enfrenta o estabelecido, como relata uma estudante brasileira que não teve o apoio nem da enfermeira da Instituição, nem da professora da Escola.

Outro problema, associado à falta de conhecimento cultural das populações cada vez mais multiculturais que recorrem ao sistema de saúde, é a falta de equidade no acesso à saúde em todas as suas dimensões de atuação.

A Iniquidade de acesso à saúde é principalmente relevada pelos estudantes brasileiros relacionando-a com a pobreza e estigmas sociais, mas também estudantes portugueses abordam a problemática associada à população imigrante, principalmente a ilegal.

O conhecimento cultural foi a dimensão em que encontramos pelos discursos dos estudantes de ambos os países uma maior divergência entre o que é preconizado pelos teóricos e o que é realizado pelas escolas de enfermagem.

Parece claro que é necessário investir na preparação teórica e prática dos estudantes para um cuidado culturalmente competente, não apenas na preparação dos professores com já referido, mas na prioridade que é dada à integração dos conceitos e da filosofia que lhe subjaz. Os estudantes propõem o recurso a metodologias ativas como seja, as discussões e debates de casos, as simulações, a visualização de filmes e filmagens da atuação dos estudantes para futuro debate.

Em termos teóricos consideram que os conteúdos podem ser organizados

numa unidade curricular opcional ou integrados nas outras unidades curriculares. Uma estudante brasileira refere a importância da investigação na formação dos estudantes brasileiros em comparação com os estudantes portugueses, estimulando a formação contínua, mas por outro lado, o tempo de ensino clínico é bastante mais curto pelo que alguns estudantes brasileiros se consideram pouco preparados para enfrentar as dificuldades da profissão.

A reflexão que é pedida em ensino clínico através do portfólio é considerada importante se houver *feedback* e capacidade dos professores de orientarem e ajudarem os alunos a superar as suas dificuldades.

Os estudantes brasileiros consideram que a presença do professor em ensino clínico a tempo integral seria uma mais valia para a capacidade de articular teoria e prática, de refletir nos cuidados e de adequar os cuidados à pessoa em todas as suas dimensões, recorrendo ao professor para a negociação que os possa transcender enquanto estudantes e assim aprender a integrar as várias dimensões do cuidar.

Na formação da **competência cultural**, verificamos que nenhuma das faculdades tem o seu currículo organizado para o desenvolvimento específico da prática culturalmente competente, o que se infere não apenas porque os estudantes têm dificuldade em localizar no curso os conteúdos específicos da importância da cultura na *práxis* da enfermagem, embora vão relevando o contributo de várias disciplinas para a sua reflexão, mas em nenhuma é valorizada a avaliação cultural e as suas implicações para uma prática culturalmente competente.

Os estudantes referem ainda que não se sentem preparados para avaliar, diagnosticar e ter uma prática clínica adequada à diversidade.

Posso então, como principais **conclusões**, referir que os estudantes das duas faculdades têm sobretudo semelhanças na sua formação.

As maiores **divergências** prendem-se com as características das populações serem muito diferentes na sua diversidade e multiculturalidade, tendo esta sido a principal razão para a seleção do Brasil como país para fazer o estudo comparativo. De facto, verifiquei que os estudantes portugueses falam da diferença como não sendo um problema, talvez porque ainda estejam numa fase de **etnocentrismo** em que não a relevam. E, os estudantes brasileiros,

reconhecem a diferença como problemática, realçando os conflitos raciais e os preconceitos instalados, em que se verifica uma convivência principalmente dita de “multicultural”, mas que em alguns se percebe a perspetiva “intercultural”. Será esta uma fase mais evoluída do etnocentrismo em que pelo menos o reconhecimento das diferenças e das dificuldades já existe? Esta é uma questão que não desenvolvi, até porque não era objetivo do estudo, mas que deixo em aberto para futuras investigações.

Verificou-se uma grande **convergência** no discurso dos estudantes de ambas as amostras sobre a disciplina de **enfermagem**, o que me leva a inferir que a **Escola** tem uma grande influência na filosofia do “cuidar” que transmite, e que os estudantes adotam e defendem como princípio e valor da prática.

A **prática do cuidar** transmitida pelas duas universidades baseia-se na filosofia humanista e holística, a universidade portuguesa defende ainda os valores da religião católica, e os estudantes designam o cuidado que prestam por nomes diferentes, “**cuidado centrado no doente**” – portugueses; “**cuidado integral**” – brasileiros, mas defendem a mesma *práxis* da profissão.

Verificou-se ainda, que a grande influência para a **evolução de uma prática culturalmente competente** se relaciona com a entrada nos campos de ensino clínico. É no contacto com a realidade que os estudantes relatam alguma desilusão pela dificuldade em aplicar a teoria na prática.

A **articulação teórico-prática**, parece ser desta investigação, a maior evidência do papel da formação no desempenho do futuro profissional. As sugestões que os estudantes fazem para as superar estão em paralelo com as que os autores recomendam e que relembro, pois parecem-me medidas possíveis e concretas que são uma mais valia implementar na formação em enfermagem.

Assim, sugiro como **recomendações** inferidas do estudo:

- campos de ensino clínico com credibilidade e com uma prática ajustada à teoria;
- a presença dos professores nas unidades de ensino clínico a tempo integral em todos os ensinos clínicos ou, pelo menos, com bastante visibilidade, mas apenas aberta a exceção nos ensinos clínicos do último ano;

- formação dos professores para ajudar o estudante a refletir sobre a sua prática e a prática que observa;
- capacidade dos professores em minorar a divergência entre a teoria e a prática, servindo de ligação entre a prática e a universidade, e entre estudantes e enfermeiros;
- capacidades dos professores em ajudar os estudantes a atingir os seus objetivos, mantendo o empenho e o desejo de “fazer bem” e o “Bem”;
- estabelecer parcerias com os campos de ensino clínico que desenvolvam um ambiente de aprendizagem e o suporte teórico de enfermeiros, professores e estudantes;

Demo (2001) releva que não há futuro sem passado, mas o futuro tem que ser mais que o passado, ao que eu acrescento que o **futuro tem também que ser melhor**.

Cabe então às escolas formar estudantes com melhores competências culturais e também às instituições de saúde refletirem e investigarem se estão a prestar cuidados de saúde congruentes com a cultura dos doentes, já que os estudos evidenciam que **promover uma prática culturalmente competente** reduz os custos em saúde, Betancourt et al. (2005), melhora a qualidade da saúde dos doentes Fortier e Bishop (2004) e reduz as disparidades de acesso à saúde Brach e Fraserirector (2000).

Como sugestões, para além de um estudo com uma amostra mais representativa da população, parece importante conhecer também a opinião dos recém-formados sobre as dificuldades sentidas no início da sua vida profissional, bem como a dos doentes, pois é por estes que nos esforçamos por melhorar a qualidade da prestação de cuidados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Abreu, W. C. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: Fundamentos, Teorias e Considerações Didáticas*. Coimbra: Formasau.
- Abreu, W. C. (2012). *Saúde, doença e diversidade cultural* (2ª ed.). Lisboa: Instituto Piaget.
- Alexander, G. R. (2008). Cultural competence models in nursing. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 20(4), doi:10.1016/j.ccell.2008.08.012.
- Allen, J. (2010). Improving cross-cultural care and antiracism in nursing education: a literature review. *Nurse Education Today*, 30(4), Recuperado de 10.1016/j.nedt.2009.08.007.
- Amado, J. (2013). *Manual de Investigação Qualitativa em Educação*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- American Association of Colleges of Nursing. (2008). *Cultural Competency in Baccalaureate Nursing*. Washington. recuperado de <http://www.aacn.nche.edu/leading-initiatives/education->
- American Association of Colleges of Nursing. (2011). Tool Kit for Cultural Competence in Master'S and Doctoral Nursing Education. *Aacn.Nche.Edu*, 1–39. Retrieved from [http://www.aacn.nche.edu/education-resources/Cultural\\_Competency\\_Toolkit\\_Grad.pdf](http://www.aacn.nche.edu/education-resources/Cultural_Competency_Toolkit_Grad.pdf)
- American Institute of Reaserch. (2002). *Teaching Cultural Competence in Health Care: a Review of Current Concepts, Policies and Practices*. Washington DC: Relatório preparado para o Office of Minority health. Recuperado de <http://minorityhealth.hhs.gov/assets/pdf/checked/1/em01garcia1.pdf>
- Amerson, R. (2010). The impact of service-learning on cultural competence. *Nursing Education Perspectives*, 31(1), doi:10.1177/105382590703000206
- Anderson, L. M., Scrimshaw, S. C., Fullilove, M. T., Fielding, J. E., & Normand, J. (2003). Culturally competent healthcare systems. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(3), doi:10.1016/S0749-3797(02)00657-8
- Arias-Murcia, S., & López-Díaz, L. (2013). Culture brokerage as a form of caring. *Investigacion & Educacion En Enfermeria*, 31, Recuperado de <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Culture+brokerage+as+a+form+of+caring#0>
- Association of American Medical Colleges. (2005). *Cultural Competence Education for Medical Students*. New York. Recuperado de <https://www.aamc.org/download/54338/data/culturalcomped.pdf>

- Association of American Medical Colleges. (n.d.). Tool for Assessing Cultural Competence Training ( TACCT ) I(a) Domains (overview). New York. Recuperado de [https://www.aamc.org/download/54344/data/tacct\\_pdf.pdf](https://www.aamc.org/download/54344/data/tacct_pdf.pdf)
- Azevedo, C. E. F., Oliveira, L. G. L., Gonzalez, R. K., & Abdalla, M. M. (2013). A Estratégia de Triangulação: Objetivos, Possibilidades, Limitações e Proximidades com o Pragmatismo. *IV Encontro de Ensino E Pesquisa Em Administração E Contabilidade - EnEPQ*, Recuperado de [http://www.anpad.org.br/evento.php?acao=trabalho&cod\\_edicao\\_subsecao=989&cod\\_evento\\_edicao=70&cod\\_edicao\\_trabalho=16605#self](http://www.anpad.org.br/evento.php?acao=trabalho&cod_edicao_subsecao=989&cod_evento_edicao=70&cod_edicao_trabalho=16605#self)
- Bancroft, M. (2015). A listing of cultural competence assessment tools. Recuperado de May 11, 2015, from [mighealth.net/eu/images/0/0b/Banc.doc](http://mighealth.net/eu/images/0/0b/Banc.doc)
- Bardin, L. (2015). *Análise de conteúdo*. (6<sup>a</sup> ed.). Coimbra: Edições 70.
- Bastian, E. (1971). O relativismo cultural é válido nas ciências da saúde? Exame de suas bases filosóficas. *Revista de Saúde Pública*, 5(1), doi:10.1590/S0034-89101971000100010
- Bauman, Z. (2012). *Ensaio sobre o conceito de cultura*. Brasil: Jorge Zahar Editor Ltda.
- Bauman, Z. (2013). *A cultura no mundo líquido moderno*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda.
- Bednarz, H., Schim, S., & Doorenbos, A. (2010). Cultural diversity in nursing education: perils, pitfalls, and pearls. *The Journal of Nursing Education*, 49(5), doi:10.3928/01484834-20100115-02
- Benedict, R. (1989). *Patterns of culture*. New York: Mariner Books. Retrieved from <http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=Da78mq9fUWcC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Patterns+of+Culture&ots=Wlf8vEXHqL&sig=heYiB2tRc8eeTWOHOIXqtCoBscQ>
- Benkert, R., Tanner, C., Guthrie, B., Oakley, D., & Pohl, J. M. (2005). Cultural competence of nurse practitioner students: a consortium's experience. *The Journal of Nursing Education*, 44(5), 225–233.
- Benoît, G. (2003). *Investigação Social*. Ioures: Lusociência - Edições técnicas e científicas, Lda.
- Berndt, J. (2014). Patient safety and simulation in prelicensure nursing education: An integrative review. *Teaching and Learning in Nursing*, 9(1), doi:10.1016/j.teln.2013.09.001
- Berragan, L. (2011). Simulation: An effective pedagogical approach for nursing? *Nurse Education Today*, 31(7), 660–663. doi:10.1016/j.nedt.2011.01.019

- Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Ananeh-Firempong, O. (2003). Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports (Washington, D.C. : 1974)*, 118(4), Recuperado de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1497553&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Park, E. R. (2005). Cultural competence and health care disparities: key perspectives and trends. *Health Affairs (Project Hope)*, 24(2), doi:10.1377/hlthaff.24.2.499
- Bingham, S.-L. (2012). Refusal of treatment and decision-making capacity. *Nursing Ethics*, 19(1), 167–172. doi:10.1177/0969733011431925
- Bland, A. J., Topping, A., & Wood, B. (2011). A concept analysis of simulation as a learning strategy in the education of undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, 31(7), 664–670. doi:10.1016/j.nedt.2010.10.013
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação*. Porto: Porto Editora.
- Bohman, D. M., & Borglin, G. (2014). Student exchange for nursing students: Does it raise cultural awareness? A descriptive, qualitative study. *Nurse Education in Practice*, 14(3), 259–264. doi:10.1016/j.nepr.2013.11.006
- Bosworth, T. L., Haloburdo, E. P., Hetrick, C., Patchett, K., Thompson, M. A., & Welch, M. (2006). International partnerships to promote quality care: faculty groundwork, student projects, and outcomes. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 37(1), 32–38. Recuperado de <http://faculty.ksu.edu.sa/hisham/Documents/Medical Education/English/AHS Education/100.pdf>
- Boterf, G. Le. (2006). Três dimensões a explorar. *Pessoal*, 60–63. Recuperado de <http://www.guyleboterf-conseil.com/Article evaluation version directe>
- Bearskin, L. R. B. (2011). A critical lens on culture in nursing practice. *Nursing Ethics*, 18(4), 548–559. doi:10.1177/0969733011408048
- Brach, C., & Fraserirector, I. (2000). Can Cultural Competency Reduce Racial and Ethnic Health Disparities? a Review and Conceptual Model. *Medical Care Research and Review*, 57(4 suppl), 181–217. doi:10.1177/1077558700574009
- Brathwaite, A. C., & Majumdar, B. (2006). Evaluation of a cultural competence educational programme. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 470–479. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03742.x
- Button, L., Green, B., Tengnah, C., Johansson, I., & Baker, C. (2005). The impact of international placements on nurses' personal and professional

- lives: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 50(3), 315–324.  
doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03395.x
- Cabecinhas, R. (2002). *Racismo e etnicidade em Portugal: Uma análise psicossociológica da homogeneização das minorias. doctoral dissertation*. Universidade do Minho. Recuperado de <http://en.scientificcommons.org/8409881>
- Cabecinhas, R. (2004). Processos cognitivos, cultura e estereótipos sociais. In *Actas do III Sopocom, VI Lusocom e II Ibérico* (Vol. IV, (pp. 539–549). *Actas do III Sopocom, VI Lusocom e II Ibérico*. Recuperado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/1650>
- Cabecinhas, R., & Cunha, L. (2003). Colonialismo, identidade nacional e representações do “negro.” *Estudos Do Século XX*, 3, 157–184  
Recuperado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/1791>
- Caffrey, R. a, Neander, W., Markle, D., & Stewart, B. (2005). Improving the cultural competence of nursing students: results of integrating cultural content in the curriculum and an international immersion experience. *The Journal of Nursing Education*, 44(5), 234–240. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15916027>
- Callister, L. C., & Cox, A. H. (2006). Opening our hearts and minds: The meaning of international clinical nursing electives in the personal and professional lives of nurses. *Nursing and Health Sciences*, 8(2), 95–102.  
doi:10.1111/j.1442-2018.2006.00259.x
- Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), doi:10.1177/10459602013003003
- Campinha-Bacote, J. (2003). Many faces: addressing diversity in health care. *Online Journal of Issues in Nursing*, 8(1), 3.
- Campinha-Bacote, J. (2005 a). A biblically based model of cultural competence in healthcare delivery. *Journal of Multicultural Nursing & Health (JMCNH)*, 11(2), 16–22. Recuperado de <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:A+Biblically+Based+Model+of+Cultural+Competence+in+Healthcare+Delivery#0>
- Campinha-Bacote, J. (2005 b). Transforming the face of health professions through cultural and linguistic competence education: The role of the HRSA Centers of Excellence, 192. Recuperado de [http://www.naccho.org/\\_toolbox/competence.pdf](http://www.naccho.org/_toolbox/competence.pdf)
- Campinha-Bacote, J. (2006). Cultural competence in nursing curricula: how are we doing 20 years later? *The Journal of Nursing Education*. Recuperado de <http://europepmc.org/abstract/MED/16863103>

- Campinha-Bacote, J. (2008). Cultural desire: “Caught” or “taught”? *Contemporary Nurse*, 28(1-2), 141–148. doi:10.5172/conu.673.28.1-2.141
- Campinha-bacote, J. (2009). A Culturaly Competent Model of Care for African Americans. *Urologic Nursing*, 29(1), 49–55.
- Campinha-Bacote, J. (2011a). Coming to Know Cultural Competence: An Evolutionary Process. *International Journal for Human Caring*, 15(3), 42–48. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2011401896&site=eds-live>
- Campinha-Bacote, J. (2011b). Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict: the role of cultural competence. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), 5. doi:10.3912/OJIN.Vol16No02Man05
- Campinha-Bacote, J. (2015). Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence Among Healthcare Professionals-Revised (IAPCC-R©). <http://www.transculturalcare.net/>.
- Campos, G. W. de S. (2002). Sete considerações sobre saúde e cultura. *Saúde E Sociedade*. doi:10.1590/S0104-12902002000100011
- Carneiro, R. (1995). A Escola os média e os valores da igualdade, Em Busca de Uma Pedagogia de igualdade. *CIDM, Cadernos*, nº 24.
- Carpenter, L. J., & Garcia, A. A. (2012). Assessing Outcomes of a Study Abroad Course for Nursing Students. *Nursing Education Research*, 33(2), 85–89. doi:10.5480/1536-5026-33.2.85
- Carpenter, L., Kovatchitch, M., Lynne Lewallen, & Giddens, J. (2008). *NIn Task Group on Curriculum Innovation Resources Section*, 1-30.
- Carrilho, M<sup>a</sup> José; Patrício, L. (2009). A situação Demográfica recente em Portugal. *Instituto Nacional de Estatística, Departamento de Estatísticas Demográficas*, (5), 101–146.
- Cash, P. a, Moffitt, P., Fraser, J., Grewal, S., Holmes, V., Mahara, S., Nagel, D. (2013). Writing reflexively to illuminate the meanings in cultural safety. *Reflective Practice*, 14(6), 825–839. doi:10.1080/14623943.2013.836086
- Chambers, M., Guise, V., Välimäki, M., Botelho, M. a R., Scott, A., Staniuliené, V., & Zanotti, R. (2010). Nurses’ attitudes to mental illness: A comparison of a sample of nurses from five European countries. *International Journal of Nursing Studies*, 47(3), 350–362. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.08.008
- Clark, L., Calvillo, E., dela Cruz, F., Fongwa, M., Kools, S., Lowe, J., & Mastel-Smith, B. (2011). Cultural Competencies for Graduate Nursing Education. *Journal of Professional Nursing: Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 27(3), 133–139. doi:10.1016/j.profnurs.2011.02.001

- Coelho, M. H. da C. (2008). A construção histórica da multiculturalidade. In M. F. Lages & A. T. de Matos (Eds.), *Portugal. Percursos de Interculturalidade, vol. I, Raízes e Estruturas* (pp. 62–60). Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural.
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2007). *Research Methods in Education. Education* (Vol. 55). doi:10.1111/j.1467-8527.2007.00388\_4.x
- College of Nurses of Ontário. (2009). Culturally Sensitive Care. *Practice Guideline*.
- Commission, E., & Intercultural Education of Nurses in Europe. (2010). *Good Practice Manual*. Recuperado de <http://www.ieneproject.eu/>
- Corbin, J. M., & Strauss, A. (1990). Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. *Qualitative Sociology*, 13(1), doi:10.1007/BF00988593
- Coutinho, C. Pereira. (2011). *Metodologia de Investigação em ciências sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedina, S. A.
- Crenshaw, K., Shewchuk, R. M., Qu, H., Staton, L. J., Bigby, J. A., Houston, T. K., Estrada, C. A. (2011). What should we include in a cultural competence curriculum? An emerging formative evaluation process to foster curriculum development. *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges*, 86(3), 333–341. doi:10.1097/ACM.0b013e3182087314
- Cuche, D. (2004). *A noção de cultura nas ciências sociais. 2ª ed. Lisboa: Fim de Século- Edições, sociedade Unipessoal, Ed.*
- Cuellar, N. G., Brennan, A. M. W., Vito, K., & de Leon Siantz, M. Lou. (2008). Cultural Competence in the Undergraduate Nursing Curriculum. *Revista Espanola de Cirugia Ortopedica Y Traumatologia*, 52(3), 143–149. doi:10.1016/j.profnurs.2008.01.004
- D' Eça, A. R. (1998). *A Formação Inicial e a Prática Hospitalar: Contributo Para A Construção De Um Perfil De Competências Do Recém-Formado Em Enfermagem*. Dissertação de mestrado em educação intercultural, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Davidhizar, R., & Giger, J. N. (2001). Teaching culture within the nursing curriculum using the Giger-Davidhizar Model of Transcultural Nursing Assessment. *The Journal of Nursing Education*, 40(6), 282–284. Recuperado de <http://eric.ed.gov/?id=EJ631959>
- Davidhizar, R., & Giger, J. N. (2004). A review of the literature on care of clients in pain who are culturally diverse. *International Nursing Review*, 51(1), 47–55. doi:10.1111/j.1466-7657.2003.00208.x

- Davidhizar, R., Bechtel, G., & Giger, J. N. (1998). A model to enhance culturally competent care. *Hospital Topics*, 76(2), 22–26. doi:10.1080/00185869809596495
- Demo, P. (2001). *Pesquisa e Informação Qualitativa* (1<sup>o</sup> ed.). Campinas: papyrus.
- Denzin, N. K. L. Y. S. (2011). The Sage handbook of qualitative research. In *Sage Publications* (4<sup>a</sup> ed., p. 784). AGE Publications, Inc. doi:Doi 10.1177/1354067x07080505
- Denzin, N. K., & Strauss, A. L. (1988). *Qualitative Analysis for Social Scientists. Contemporary Sociology* (17), doi:10.2307/2069712
- Dias, M. de F. B. (2006). *Construção e Validação de Um Inventário de Competências: Contributo para a definição de um perfil de competências do Enfermeiro com o Grau de Licenciado*. Loures: Lusodidacta.
- Douglas, M. K., Pierce, J. U., Rosenkoetter, M., Callister, L. C., Hattar-Pollara, M., Lauderdale, J., ... Pacquiao, D. (2009). Standards of practice for culturally competent nursing care: a request for comments. *Journal of Transcultural Nursing*, 20(3), 257–269. doi:10.1177/1043659609334678
- Duarte, T. (2009). A possibilidade da investigação a 3: reflexões sobre triangulação (metodológica). *Sociologia*, 1–24.
- Dubar, C. (1997). *A Socialização Construção das identidades sociais e profissionais*. Porto: Porto Editora.
- Dudas, K. I. (2012). CULTURAL COMPETENCE: An Evolutionary Concept Analysis. *Nursing Education Perspectives*, 33(5), 317–321. doi:10.5480/1536-5026-33.5.317
- Duffy, M. E. (2001). A critique of cultural education in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 36(4), 487–495. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.02000.x
- Durkheim, É. (2011). *As regras do método sociológico*. (M. Claret, Ed.) (4<sup>a</sup> ed.). São Paulo: Editora Martin Claret Ltda.
- Easterby, L. M., Siebert, B., Woodfield, C. J., Holloway, K., Gilbert, P., Zoucha, R., & Turk, M. W. (2012). A transcultural immersion experience: implications for nursing education. *Abnf.J*, 23(1046-7041 (Print)), 81–84. Recuperado de <http://europepmc.org/abstract/med/23311266>
- Echer, I., & Lucena, A. (2003). O estágio voluntário na percepção de acadêmicos de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre (RS)*, 24(2), 238–246. Recuperado de <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/23517>

- Edmonds, M. (2012). An Integrative literature review of Study Abroad Programs for Nursing Students. *Nursing Education Perspectives*, 0–5. doi:10.5480/1536-5026-33.1.30
- El-rahman, M. A., Taher, M., Kalaldehy, A., & Muhbes, F. J. (2013). Knowledge and attitude towards pain management . A comparison between oncology and non-oncology nurses in Jordan. *International Journal of Advanced Nursing Studies*, 2(2), 95–100.
- Engebretson, J., & Littleton, L. Y. (2001). Cultural negotiation: A constructivist-based model for nursing practice. *Nursing Outlook*, 49(5), 223–230. doi:10.1067/mno.2001.115749
- Engebretson, J., Mahoney, J., & Carlson, E. D. (2008). Cultural Competence in the Era of Evidence-Based Practice. *Journal of Professional Nursing*, 24(3), 172–178. doi:10.1016/j.profnurs.2007.10.012
- Estrela, A. (2015). *Teoria e Observação de Classes: Uma estratégia de Formação de Professores* (4<sup>a</sup> ed.). Porto: Porto Editora Lda.
- Eurostat. (2014). *Eurostat regional yearbook 2014*. Luxemburgo. doi:10.2785/44451
- Evanson, T. A., & Züst, B. L. (2006). “Bittersweet Knowledge”: The Long-Term Effects of an International Experience. *Journal of Nursing Education*, 45(10), Recuperado de <http://europepmc.org/abstract/MED/17058696>
- Figaro, R. (2014). A triangulação metodológica em pesquisas sobre a Comunicação no mundo do trabalho. *Fronteiras - Estudos Midiáticos*, 16(2), 124–131. doi:10.4013/fem.2014.162.06
- Fisher, D., & King, L. (2013). An integrative literature review on preparing nursing students through simulation to recognize and respond to the deteriorating patient. *Journal of Advanced Nursing*, 69(11), doi:10.1111/jan.12174
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa: Monitor.
- Foddy, W. (2002). *COMO PERGUNTAR Teoria e prática da construção de perguntas* (3<sup>a</sup> ed.). Oeiras: Celat Editora.
- Foisy-Doll, C. (2013). Developing Cultural Competency in Life and Simulation: A Year in Qatar as an Exemplar. *Clinical Simulation in Nursing*, 9(2), doi:10.1016/j.ecns.2011.08.001
- Foley, V. C., Myrick, F., & Yonge, O. (2012). A phenomenological perspective on preceptorship in the intergenerational context. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 9(1). doi:10.1515/1548-923X.2452

- Fonseca, M. J. L. (2006). *Supervisão em Ensinos Clínicos de Enfermagem: Perspectiva Docente* (1ª ed.). Coimbra: Formasau, Formação e saúde Lda.
- Fonseca, M. L., & Silva, S. (2010). Saúde e imigração: utentes e serviços na área de influência do Centro de Saúde. *Estudos Observatório Da Imigração*, 40.
- Fortier, J. P., & Bishop, D. (2004). Setting the agenda for research on cultural competence in health care: final report, (00). Recuperado de <http://archive.ahrq.gov/research/findings/factsheets/literacy/cultural/cultural.pdf>
- Foster, J. (2009). Cultural humility and the importance of long-term relationships in international partnerships. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 38(1), 100–107. doi:10.1111/j.1552-6909.2008.00313.x
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. a., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(9756), 1923–1958. doi:10.1016/S0140-6736(10)61854-5
- Gallagher, R. (2011). *A Meta-Analysis of Cultural Competence Education in Professional Nurses and Nursing Students*. Tese de Dissertação, University of South Florida Recuperado de <http://scholarcommons.usf.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=4307&context=etd>
- Gebru, K., Khalaf, A., & Willman, A. (2008). Outcome analysis of a research-based didactic model for education to promote culturally competent nursing care in Sweden - A questionnaire study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(3), 348–356. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00535.x
- Geertz, C. (2008). *Interpretação das Culturas. A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?!script=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=691630&indexSearch=ID>
- Gerrish, K. (2000). Individualized care: its conceptualization and practice within a multiethnic society. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 91–99. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10886439>
- Gerrish, K., & Papadopoulos, I. (1999). Transcultural competence: the challenge for nurse education. *The British Journal of Nursing*, 8(21), 1453–1457. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11011621>
- Gerrish, Kate; Lacey, A. (2008). *Investigación en enfermería* (5ª ed.). Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España.
- Ghiglione, Rudolphe; Matalon, B. (2007). *O Inquérito: Teoria e Prática* (5ª ed.). Oeiras: Celta Editora.

- Giger, J. N., & Davidhizar, R. (2002). The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model. *Journal of Transcultural Nursing : Official Journal of the Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society*, 13(3), 185–188; discussion 200–201. doi:10.1177/10459602013003004
- Giger, J. N., & Davidhizar, R. (2007). Promoting culturally appropriate interventions among vulnerable populations. *Annual Review of Nursing Research*, 25, 293–316. Recuperado de <http://www.ingentaconnect.com/content/springer/arnr/2007/00000025/00000001/art00012>
- Giger, J. N., Davidhizar, R. E., & Fordham, P. (2006). Multi-cultural and multi-ethnic considerations and advanced directives: developing cultural competency. *Journal of Cultural Diversity*, 13(1), 3–9. Recuperado de <http://europemc.org/abstract/med/16696539>
- Glidewell, L., & Conley, C. (2014). The use of human patient simulation to improve academic test scores in nursing students. *Teaching and Learning in Nursing*, 9(1), doi:10.1016/j.teln.2013.08.001
- Goldenweiser, A., & Benedict, R. (1989). *Patterns of Culture*. *American Sociological Review* (Vol. 2). New York: Mariner Books. doi:10.2307/2083847
- Goode, T. D. (2010). A Guide for Using the Cultural and Linguistic Competence Family Organization Assessment Instrument.
- Goode, T., Trivedi P., & Jones, W. (2010). Cultural and Linguistic Competence Assessment for Disability Organization., 1–20.
- Goodman, B., Jones, R., & Macias, M. S. (2008). An exploratory survey of Spanish and English nursing students' views on studying or working abroad. *Nurse Education Today*, 28(3), 378–384. doi:10.1016/j.nedt.2007.06.013
- Goodstone, L., & Goodstone, M. (2013). Effect of Simulation on the Development of Critical Thinking in Associate Degree Nursing Students. *Nursing Education* Recuperado de <http://www.nlnjournals.org/doi/abs/10.5480/1536-5026-34.3.159>
- Gray, P., & Thomas, D. J. (2006). Critical reflections on culture in nursing. *Journal of Cultural Diversity*, 13(2), 76–82. Recuperado de <http://europemc.org/abstract/MED/16856694>
- Greatrex-White, S. (2008). Uncovering study abroad: Foreignness and its relevance to nurse education and cultural competence. *Nurse Education Today*, 28(5), 530–538. doi:10.1016/j.nedt.2007.09.005
- Green, A. R., Miller, E., Betancourt, J. R., Hirsh, D., Krupat, E., Wilson, R., & Taylor, W. C. (2005). Designing a cultural competence OSCE experience: Lessons learned from structured interviews with medical students. *Journal*

- of *General Internal Medicine*, 20, 152. Recuperado de <http://www.ishib.org/ed/journal/17-2s2/ethn-17-02-344.pdf>
- Guiddens, A. (2009). *Sociologia* (9ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Hawala-Druy, Souzan Hill, M. H. (2012). Interdisciplinary: Cultural competency and culturally congruent education for millennials in health professions. *Nurse Education Today*, 32(7), 772–778. doi:10.1016/j.nedt.2012.05.002
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital*. Loures: Lusociência.
- Hicks, D. (2012). Cultural Competence and the Hispanic Population. *MEDSURG Nursing*, 21(5), 314–316.
- Horvat, L., Horey, D., Romios, P., & Kis-Rigo, J. (2014). Cultural competence education for health professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5).
- Howard, V. M., Englert, N., Kameg, K., & Perozzi, K. (2011). Integration of simulation across the undergraduate curriculum: Student and faculty perspectives. *Clinical Simulation in Nursing*, 7(1), e1–e10. doi:10.1016/j.ecns.2009.10.004
- Howson, A. (2009). Cultural Relativism. *EBSCO Research Starters*, 2–5.
- Hunt, D. D. (2012). Cultural competence in nursing practice: Gaining knowledge is the first step toward understanding. *Advance healthcare network for nurses* Recuperado de [http://nursing.advanceweb.com/Continuing-Education/CE-Articles/Cultural-Competence-in-Nursing-Practice-2.aspx#.VVzKP90Tymc.google\\_plusone\\_share](http://nursing.advanceweb.com/Continuing-Education/CE-Articles/Cultural-Competence-in-Nursing-Practice-2.aspx#.VVzKP90Tymc.google_plusone_share)
- Husserl, E. (2006). *The basic problems of phenomenology: from the lectures, winter semester, 1910-1011*. (R. BERNET, Ed.). Netherlands: Springer.
- Husserl, E. (2008). *Introduction to logic and theory of knowledge: lectures 1906/07*. Netherlands: Springer.
- Ingram, R. R. (2012). Using Campinha-Bacote's process of cultural competence model to examine the relationship between health literacy and cultural competence. *Journal of Advanced Nursing*, 68(3), doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05822.x
- Jackson, D., & Watson, R. (2011). Workplace learning: A continuing concern in nurse education. *Contemporary Nurse*, 38(1-2), 3–5. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21994983>
- Jirwe, M., Gerrish, K., Keeney, S., & Emami, A. (2009). Identifying the core components of cultural competence: findings from a Delphi study. *Journal of Clinical Nursing*, 18(18), doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02734.x

- Johns, C. (2013). *Becoming a Reflective Practitioner* (4<sup>a</sup> ed.). UK: John Wiley & sons LTD.
- Kardong-Edgren, S. (2007). Cultural competence of baccalaureate nursing faculty. *The Journal of Nursing Education*, 46(8), 360–366. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17726999>
- Kardong-Edgren, S., & Campinha-Bacote, J. (2008). Cultural competency of graduating US Bachelor of Science nursing students. *Contemporary Nurse*, 28(1-2), 37–44. doi:10.5172/conu.673.28.1-2.37
- Kardong-Edgren, S., Cason, C. L., Brennan, A. M. W., Reifsnider, E., Hummel, F., Mancini, M., & Griffin, C. (2010). Cultural competency of graduating BSN nursing students. *Nursing Education Perspectives*, 31(5), 278–285. doi:10.1043/1536-5026-31.5.278
- Khalaila, R. (2014). Simulation in nursing education: an evaluation of students' outcomes at their first clinical practice combined with simulations. *Nurse Education Today*, 34(2), doi:10.1016/j.nedt.2013.08.015
- Kleiman, S., Frederickson, K., & Lundy, T. (2004). Using an eclectic model to educate students about cultural influences on the nurse-patient relationship. *Nursing Education Perspectives*, 25(5), 249–253. Recuperado de [http://nlnjournals.org/doi/abs/10.1043/1094-2831\(2004\)025%3C0249:UAEMTE%3E2.0.CO%3B2](http://nlnjournals.org/doi/abs/10.1043/1094-2831(2004)025%3C0249:UAEMTE%3E2.0.CO%3B2)
- Kleinman, A. (2013). From Illness as Culture to Caregiving as Moral Experience. *The New England Journal of Medicine*, 368(15), 1374–6. doi:10.1056/NEJMp1300765
- Kleinman, A., & Benson, P. (2006). Anthropology in the clinic: The problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Medicine*, 3(10), 1673–1676. doi:10.1371/journal.pmed.0030294
- Koskinen, L., & Tossavainen, K. (2004). Study abroad as a process of learning intercultural competence in nursing. *International Journal of Nursing Practice*, 10(3), doi:10.1111/j.1440-172X.2004.00470.x
- Krautscheid, L., Kaakinen, J., & Warner, J. R. (2008). Clinical faculty development: using simulation to demonstrate and practice clinical teaching. *Journal of Nursing Education*, 47(9), doi:10.3928/01484834-20080901-05
- Kulbok, P. A., Mitchell, E. M., Glick, D. F., & Greiner, D. (2012). International Journal of Nursing International Experiences in Nursing Education : A Review of the Literature International Experiences in Nursing Education : A Review of the Literature. *Int J Nurs Educ Scholars*. 24(9), doi: 10.1515/1548-923X.2365

- Lancellotti, K. (2008). Culture Care Theory: A Framework for Expanding Awareness of Diversity and Racism in Nursing Education. *Journal of Professional Nursing*, 24(3), 179–183. doi:10.1016/j.profnurs.2007.10.007
- Landers, M. G. (2000). The theory-practice gap in nursing: the role of the nurse teacher. *Journal of Advanced Nursing*, 32(6), 1550–1556. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01605.x
- Langdon, E. J., & Wiik, F. B. (2010). Antropologia , saúde e doença : uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 173–181. doi:10.1590/S0104-11692010000300023
- Laraia, R. D. B. (2007). *Cultura: um conceito antropológico*. Coleção *Antropologia Social* (15<sup>a</sup> ed.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, Ltda.
- Larson, K. L., Ott, M., & Miles, J. M. (2010). International cultural immersion: en vivo reflections in cultural competence. *Journal of Cultural Diversity*, 17(2), 44-50. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20586365>
- Latimer, J. (2005). *Investigação Qualitativa Avançada para Enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Lee, L. C., Chen, C. H., & Yang, Y. O. (2010). The affect of gender on caregiving: A study of male nurses. *Journal of Nursing*, 57(1), 77–81.
- Lee, N.-J. (2004). The impact of international experience on student nurses' personal and professional development. *International Nursing Review*, 51(2), 113-122 doi:10.1111/j.1466-7657.2003.00200.x
- Leininger, M. (1967). the culture concept and its relevance to nursing. *The Journal of Nursing Education*, April, 27–37.
- Leininger, M. (1988). *Caring: an essencial human need*. Detroit: Wayne State University Press.
- Leininger, M. (2001). *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. (M. Leininger, Ed.). Boston: Jones and Bartelet Publishers, Inc. and National League for Nursing.
- Leininger, M. (2002). Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of Transcultural Nursing: Official Journal of the Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society*, 13, doi:10.1177/10459602013003005
- Leininger, M. (2008). Overview of Leininger ' s Theory of Culture Care Diversity and Universality. <http://www.madeleine-leininger.com/cc/overview.pdf>. Retrieved May 8, 2015, from <http://www.madeleine-leininger.com/cc/overview.pdf>

- Leininger, M. M. (1985). Transcultural care diversity and universality: a theory of nursing. *Nursing & Health Care : Official Publication of the National League for Nursing*, 6, doi:10.1177/089431848800100408
- Lenburg, C. B., Abdur-rahman, V. Z., Spencer, T. S. and, & Klein, C. J. (2011). Implementing the COPA Model in Nursing Education and Practice Settings: Promoting Competence, Quality Care, and Patient Safety. *Nursing Education Perspectives*, 32(5), doi:http://dx.doi.org.library.capella.edu/10.5480/1536-5026-32.5.290
- Lenburg, C. B., Klein, C., Abdur-Rahman, V., Spencer, T., & Boyer, S. (2009). The COPA model: a comprehensive framework designed to promote quality care and competence for patient safety. *Nursing Education Perspectives*, 30(5), doi:10.1043/1536-5026-30.5.312
- Levi-Strauss, C. (2012 a). *a antropologia: face aos problemas do mundo moderno*. Maia: círculo de leitores.
- Lévi-Strauss, C. (2012 b). *Raça e História* (11<sup>a</sup> ed.). Queluz: Editorial Presença.
- Levine, M. (2009). Transforming Experiences: Nursing Education and International Immersion Programs. *Journal of Professional Nursing*, 25(3), 156–169. doi:10.1016/j.profnurs.2009.01.001
- Levine, M. A., & Perpétua, Elizab. M. (2006). International Immersion Programs in Baccalaureate Nursing Education: Proeessor and Student Perspectives. *Journal of Cultural Diversity*, 13(1).
- Liu, L., Mao, C.-L., & Barnes-Willis, L. E. A. (2008). Cultural self-efficacy of graduating baccalaureate nursing students in a state funded university in the Silicon Valley. *Journal of Cultural Diversity*, 15(3), 100–107.
- Loftin, C., Hartin, V., Branson, M., & Reyes, H. (2013). Measures of cultural competence in nurses: An integrative review. *The Scientific World Journal*, 2013, 289101. doi:10.1155/2013/289101
- Long, T. B. (2012). Overview of teaching strategies for cultural competence in nursing students. *Journal of Cultural Diversity*, 19(3),102-108 Recuperado de <http://europepmc.org/abstract/med/23155896>
- Lor, P. J. (2011). Methodology in comparative studies. *International and Comparative Librarianship*, 1–21.
- Lovering, S. (2006). Cultural attitudes and beliefs about pain. *Journal of Transcultural Nursing : Official Journal of the Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society*, 17(4), 389-395 doi:10.1177/1043659606291546
- Lucchese, R., & Barros, S. (2006). Pedagogia das competências - um referencial para a transição paradigmática no ensino de enfermagem –

- uma revisão da literatura. *Acta Paul Enferm*, 19(1), 92–99. doi:10.1590/S0103-21002006000100015
- Malinowski, B. (2009). *Uma teoria científica da cultura*. Lisboa: Edições 70, Lda.
- Maier-Lorentz, M. M. (2008). Transcultural nursing: its importance in nursing practice. *Journal of Cultural Diversity*, 15(1), 37–43.
- Malheiros, J., Mendes, M., Barbosa, C. E., Brito Silva, S., Schiltz, A., & Vala, F. (2007). *Espaços e expressões de conflito e tensão entre autóctones, minorias migrantes e não migrantes na Área Metropolitana de Lisboa. Observatório da imigração* (Vol. 22). ALTO-COMISSARIADO PARA A IMIGRAÇÃO E MINORIAS ÉTNICAS (ACIME).
- Maltby, H. J. (2008). A reflection on culture over time by Baccalaureate nursing students. *Contemporary Nurse*, 28(1-2), 111-118
- McMillan, L. R. (2012). Exploring the world outside to increase cultural competence of the educator within. *Journal of Cultural Diversity*, 19(1), 23-25 Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22611839>
- Meleis, A. I., & Im, E. O. (1999). Transcending marginalization in knowledge development. *Nursing Inquiry*, 6(2), 94–102. doi:10.1046/j.1440-1800.1999.00015.x
- Memmott, R. J., Coverston, C. R., Heise, B. A., Williams, M., Maughan, E. D., Kohl, J., & Palmer, S. (2010). Practical considerations in establishing sustainable international nursing experiences. *Nursing Education Perspectives*, 31(5), Recuperado de <http://www.nlnjournals.org/doi/abs/10.1043/1536-5026-31.5.298>
- Mitchell, A. M., Fioravanti, M., Founds, S., Hoffmann, R. L., & Libman, R. (2010). Using Simulation to Bridge Communication and Cultural Barriers in Health Care Encounters: Report of an International Workshop. *Clinical Simulation in Nursing*, 6(5), e193–e198. doi:10.1016/j.ecns.2009.10.001
- Mixer, S. J. (2008). Use of the culture care theory and ethnonursing method to discover how nursing faculty teach culture care. *Contemporary Nurse*, 28(1-2), 23–36. doi:10.5172/conu.673.28.1-2.23
- Montenery, S. M., Jones, A. D., Perry, N., Ross, D., & Zoucha, R. (2013). Cultural competence in nursing faculty: a journey, not a destination. *Journal of Professional Nursing: Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 29(6), doi:10.1016/j.profnurs.2013.09.003
- Moore, A. M., & Barker, G. G. (2012). Confused or multicultural: Third culture individuals' cultural identity. *International Journal of Intercultural Relations*, 36(4), 553–562. doi:10.1016/j.ijintrel.2011.11.002

- Morais, A. M., & Neves, I. P. (2007). Fazer investigação usando uma abordagem metodológica mista. *Revista Portuguesa de Educação*, 20(2), 75–104.
- Moreira, C. D. (2007). *Teorias e práticas de investigação*. (L. C. Carvalho- Artes Gráficas, Ed.) (1ª ed ed.). Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Morton-Miller, A. R. (2013). Cultural competence in nursing education: practicing what we preach. *Teaching and Learning in Nursing*, 8(3), 91-95 doi:10.1016/j.teln.2013.04.007
- Nações Unidas (2004). *Relatório do Desenvolvimento Humano–2004: liberdade Cultural num mundo diversificado*. Fukuda-Parr, S. (Diretora e redactora principal). Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:RELAT?RIO+DO+DESENVOLVIMENTO+HUMANO+2004#3> \n<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Relat?rio+do+Desenvolvimento+Humano#2> \n<http://www.pnud.org.br/hdr/arquivos/RDH2000/RDH0>
- Nações Unidas (2013). *Relatório do Desenvolvimento Humano 2013: A ascensão do sul: Progresso Humano num Mundo Diversificado*. Malick, K. (Diretora). Retrieved from [http://origin-hdr.undp.org/en/media/HDR13\\_Summary\\_PT\\_WEB.pdf](http://origin-hdr.undp.org/en/media/HDR13_Summary_PT_WEB.pdf)
- Narayan, M. C. (2002). The national standards for culturally and linguistically appropriate services in health care. *Care Management Journals : Journal of Case Management ; The Journal of Long Term Home Health Care*, 3(2), 77–83.
- Narayan, M. C. (2010). Culture’s Effects on Pain Assessment and Management Cultural patterns influence nurses’ and their patients’ responses to pain. *American Journal of Nursing*, 110(4).
- Narayanasamy, A. (2002). The ACCESS model: a transcultural nursing practice framework. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 11(9), 643–50. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12048479>
- Narayanasamy, A. (2004). The puzzle of spirituality for nursing: a guide to practical assessment. *The British Journal of Nursing*, 13(19), 1140–1144. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15573007>
- Narayanasamy, A. (2006). The impact of empirical studies of spirituality and culture on nurse education. *Journal of Clinical Nursing*, 15(7), 840–851. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01616.x
- Narayanasamy, A., & White, E. (2005). A review of transcultural nursing. *Nurse Education Today*, 25(2), 102–111. doi:10.1016/j.nedt.2004.09.011

- Nelson, J. (2006). Madeleine Leininger's Culture Care Theory: The Theory of Culture Care Diversity and Universality. *International Journal for Human Caring*, 10(4), 50–54.
- Neto, F. (2007). Atitudes em Relação à diversidade cultural: implicações psicopedagógicas. *A, Revista Portuguesa de Pedagogia*, 41(1), 5–22.
- Nogueira, H., & Remoaldo, P. (2012). Variações E Desigualdades Socioterritoriais Em Saúde. In F. M. de Ferro (Ed.), *Desigualdades Socioterritoriais E Comportamentos Em Saúde* (pp. 11–27). Lisboa: Edições Colibri.
- O'Callaghan, N. (2005). The use of expert practice to explore reflection. *Nursing Standard: Official Newspaper of the Royal College of Nursing*, 19(39), doi:10.7748/ns2005.06.19.39.41.c3887
- OCDE. (2005). *La définition et la sélection des compétences clés (DeSeCo)*.
- Oliveira, F. A. De. (2002). Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. doi:10.1590/S1414-32832002000100006
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Código deontológico*. Recuperado de <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Código+Deontológico#7>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento do perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados gerais*. Lisboa. Recuperado de [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar-regulamento-do-perfil\\_VF.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar-regulamento-do-perfil_VF.pdf)
- Pagiluca, Lorita Marlina Freitag; Maia, E. R. (2012). Competência para prestar cuidado de enfermagem transcultural à pessoa com deficiência : instrumento de autoavaliação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(5), 849–855.
- Papadopoulos, I., Tilki, M., & Lees, S. (2004). Promoting cultural competence in healthcare through a research-based intervention in the UK. *Diversity In Health & Social Care*, 1–28. Recuperado de <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Promoting+cultural+competence+in+health+care+through+a+research+based+intervention+in+the+UK#0>
- Papadopoulos, I., Tilki, M., & Taylor, G. (2001). Papadopoulos, Tilki and Taylor Model for developing cultural competence. Recuperado de <http://www.ieneproject.eu/download/Outputs/intercultural%20model.pdf>, 1–4. <http://eprints.mdx.ac.uk/6333/>
- Papadopoulos, T. (s.d.). Learning guide. *Intercultural education of nurses in europe*.

- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de Investigação em ciências sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedina, S. A.
- Pestana, M. T. (1996). A Formação dos Enfermeiros e a Educação para a saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 1(3), 183–292.
- Pires, M. L. B. (2006). *Teorias da cultura*. (2ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Pojman, L. (2004). *How Should We Live?: An Introduction to Ethics*. Recuperado de [http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=jRM9AAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR5&dq=How+Should+We+Live+%3F+An+Introduction+to+Ethics&ots=owZqpAhjdf&sig=NTldKHNxXSV8Q\\_ZZ7JvWodOCLBQ](http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=jRM9AAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR5&dq=How+Should+We+Live+%3F+An+Introduction+to+Ethics&ots=owZqpAhjdf&sig=NTldKHNxXSV8Q_ZZ7JvWodOCLBQ)
- Poupart, J., Jean-Pierre, D., Lionel-H., G., Anne, L., Robert, M., & Pires, Á. P. (2008). *A pesquisa Qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos*. (3ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- Purnell, L. (2002). The Purnell Model for Cultural Competence. *Journal of Transcultural Nursing : Official Journal of the Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society*, 13(3), 193–196; discussion 200–201. doi:10.1177/10459602013003006
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. Van. (2013). *Manual de investigação em ciências sociais*. *Trajectos* (6ª ed.). Gradiva.
- Rahim-Williams, B., Riley, J. L., Williams, A. K. K., & Fillingim, R. B. (2012). A Quantitative Review of Ethnic Group Differences in Experimental Pain Response: Do Biology, Psychology, and Culture Matter? *Pain Medicine*. doi:10.1111/j.1526-4637.2012.01336.x
- Riley, D., Smyer, T., & York, N. (2012). Cultural competence of practicing nurses entering an RN-BSN program. *Nursing Education Perspectives*, 33(6), 381–5. doi:10.5480/1536-5026-33.6.381
- Roberts, S. G., Warda, M., Garbutt, S., & Curry, K. (2014). The Use of High-fidelity simulation to teach cultural competence in the nursing curriculum. *Journal of Professional Nursing*, 30(3), 259–265. doi:10.1016/j.profnurs.2013.09.012
- Rodrigues, P. (2002). *Avaliação da Formação pelos participantes em entrevista de investigação*. Fundação Calouste Gulbenkian & FCT-MCES.
- Rorty, B. (2000). sobre o etnocentrismo: uma resposta a Clifford Geertz. *Educação, Sociedade & Culturas*, Ex. 13, Recuperado de <http://www.fpce.up.pt/ciie/revistaesc/ESC13/13-arquivo.pdf>
- Rossetti, J., & Fox, P. G. (2009). Factors related to successful teaching by outstanding professors: an interpretive study. *The Journal of Nursing Education*, 48(1), 11–16. doi:10.3928/01484834-20090101-09

- Ruas, M. dos S. (2011). *De aluno a enfermeiro: Desenvolvimento De Competências Em Contexto De Ensino Clínico*. Loures: Lusociência.
- Ruddock, H. C., & Turner, D. S. (2007). Developing cultural sensitivity: nursing students' experiences of a study abroad programme. *Journal of Advanced Nursing*, 59(4), doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04312.x
- Rutledge, C. M., Barham, P., Wiles, L., Benjamin, R. S., Eaton, P., & Palmer, K. (2008). Integrative simulation: A novel approach to educating culturally competent nurses. *Contemporary Nurse*, 28(1-2), 119–128. doi:10.5172/conu.673.28.1-2.119
- Ryjchen, D., & Salganik, L. (2000). Definition and Selection of Key Competencies (DeSeCo). *OCED, Paris, France*. Recuperado de [https://www.google.com/url?q=http://www.oecd.org/document/17/0,3343,fr\\_2649\\_39263238\\_2669073\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html&sa=U&ei=DoyxU-WALsu1PZmHgagl&ved=0CAUQFjAA&client=internal-uds-cse&usq=AFQjCNGtw9Vd7HKgfBWVfqNZrgB0JRRj3Q](https://www.google.com/url?q=http://www.oecd.org/document/17/0,3343,fr_2649_39263238_2669073_1_1_1_1,00.html&sa=U&ei=DoyxU-WALsu1PZmHgagl&ved=0CAUQFjAA&client=internal-uds-cse&usq=AFQjCNGtw9Vd7HKgfBWVfqNZrgB0JRRj3Q)
- Sacristán, J. G. (2011). *Educar por Competências: O que há de novo?* Porto Alegre: Artmed.
- Saint Arnault, D. (2009). Cultural determinants of help seeking: a model for research and practice. *Research and Theory for Nursing Practice*, 23(4), 259–278. doi:10.1891/1541-6577.23.4.259
- Sairanen, R., Richardson, E., Kelly, H., Bergknut, E., Koskinen, L., Lundberg, P., De Vlieger, L. (2013). Putting culture in the curriculum: a European project. *Nurse Education in Practice*, 13(2), doi:10.1016/j.nepr.2012.08.002
- Santinho, C. (2013). A importância da competência cultural no atendimento de saúde a refugiados e requerentes de asilo. *Forum Sociológico. Série II*, 22(2012). Recuperado de <http://sociologico.revues.org/594>
- Santos, V. (2004). O discurso oficial do Estado sobre a emigração dos anos 60 a 80 e emigração dos anos 90 à actualidade. *Observatório Da Imigração, Observatório*(8).
- Sargent, S. E., Sedlak, C. a, & Martsolf, D. S. (2005). Cultural competence among nursing students and faculty. *Nurse Education Today*, 25(3), doi:10.1016/j.nedt.2004.12.005
- Schneider, S., Schneider, S., Schmitt, C. J., & Schmitt, C. J. (1998). O uso do método comparativo nas Ciências Sociais. *Cadernos de Sociologia*, 38(3), Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19618045>
- Schön, D. A. (1992). *La formación de profesionales reflexivos: hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*,. Barcelona: Ediciones Paidós.

- Schuessler, J., Wilder, B., & Byrd, L. (2012). and Cultural Humility , and the Commitment To Address Imbalances in. *Nursing Education Perspectives*, 33(2), Recuperado de <http://nljournals.org/doi/abs/10.5480/1536-5026-33.2.96>
- Schwanitz, D. (2012). *Cultura - Tudo o que é Preciso Saber* (14<sup>a</sup> ed.). Alfragide: D. Quixote.
- Sealey, L., Burnett, M., & Johnson, G. (2006). Cultural competence of baccalaureate nursing faculty: are we up to the task? *Journal of Cultural Diversity*, 13(3), Recuperado de <http://europepmc.org/abstract/MED/16989249>
- Seaton, L. P. (2010). *Cultural Care in Nursing : a Critical Analysis*. University of technology, Sydney.
- Seeberg, V., & Minick, T. (2012). Enhancing cross-cultural competence in multicultural teacher education: Transformation in global learning. *International Journal of Multicultural Education*, 14(3), Recuperado de <http://ijme-journal.org/ijme/index.php/ijme/article/viewArticle/569>
- Serrano, M. T. P., Costa, A. D. S. M. C., & Costa, N. M. V. N. (2011). Cuidar em Enfermagem : como desenvolver a(s) competência (s). *Revista de Enfermagem Referência*, (3), Recuperado de [http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0874-02832011000100002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0874-02832011000100002&script=sci_arttext)
- Shearer, R., & Davidhizar, R. (2003). Using role play to develop cultural competence. *The Journal of Nursing Education*, 42(6), Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12814218>
- Smith, K., & Curry, K. (2011). Is it worth it? Measuring the long-term effects of an international experience for nursing students in Ecuador. *Journal of Community Health Nursing*, 28(1), doi:10.1080/07370016.2011.539080
- Solum, E. M., Maluwa, V. M., & Severinsson, E. (2012). Ethical problems in practice as experienced by Malawian student nurses. *Nursing Ethics*, 19(1), 128–138. doi:10.1177/0969733011412106
- Sousa, A. B. (2005). *Investigação em Educação*. Lisboa: Livros Horizonte
- Spencer, C., & Burke, P. (2011). the Impact of Culture on Pain Management. *Academy of Medical-Surgical Nurses*, 20(4), 12–16.
- Starr, S., Shattell, M. M., & Gonzales, C. (2011). Do nurse educators feel competent to teach cultural competency concepts? *Teaching and Learning in Nursing*, 6(2), doi:10.1016/j.teln.2010.12.004
- Stein, K. (2006). Communication is the heart of provider-patient relationship. *Journal of the American Dietetic Association*, 106(4), doi:10.1016/j.jada.2006.02.018

- Stein, K. (2009). Cultural competency: where it is and where it's headed. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(3), doi:10.1016/j.jada.2009.01.018
- Stein, K. (2010a). Moving cultural competency from abstract to act. *Journal of the American Dietetic Association*, 110(5 Suppl), doi:10.1016/j.jada.2010.03.010
- Stein, K. (2010b). Navigating cultural competency: in preparation for an expected standard in 2010. *Journal of the American Dietetic Association*, 110(5 Suppl), doi:10.1016/j.jada.2010.03.001
- Strauss, A. L. (1987). *Qualitative analysis for social scientists. World* (Vol. 1). doi:10.1017/CBO9780511557842
- Strauss, A., & Corbin, J. (2008). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. Basics of Qualitative Research Grounded Theory Procedures and Techniques* (3<sup>a</sup> ed., Vol. 3). Sage, Publications, INC. doi:10.4135/9781452230153
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem – Avançado o imperativo humanista*. (2<sup>a</sup> ed.). Loures: Lusociência.
- Suh, E. E. (2004). The model of cultural competence through an evolutionary concept analysis. *Journal of Transcultural Nursing: Official Journal of the Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society*, 15, doi:10.1177/1043659603262488
- Suhonen, R., Berg, A., Idvall, E., Kalafati, M., Katajisto, J., Land, L. Leino-Kilpi, H. (2008). Individualised care from the orthopaedic and trauma patients' perspective: An international comparative survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(11), 1586–1597. doi:10.1016/j.ijnurstu.2007.12.005
- Sumpter, D. F., & Carthon, J. M. B. (2011). Lost in translation: student perceptions of cultural competence in undergraduate and graduate nursing curricula. *Journal of Professional Nursing: Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 27(1), doi:10.1016/j.profnurs.2010.09.005
- Taylor, G. (2009). Intercultural Educational Needs of Nurses and Other Health Professionals in Europe, relatório IENE1. Recuperado de [http://www.ieneproject.eu/download/Outputs/IENE\\_Survey\\_Report.pdf](http://www.ieneproject.eu/download/Outputs/IENE_Survey_Report.pdf)
- Taylor, G. (2011). Intercultural Education of Nurses and health professionals in Europe ( IENE2 ) A report on the initial “ needs analysis ” of the perceived education and training needs of a sample of teachers and trainers of nurses and other healthcare professionals in Be, 1–41. Recuperado de [http://www.ieneproject.eu/download/Outputs/IENE2\\_Survey\\_Report.pdf](http://www.ieneproject.eu/download/Outputs/IENE2_Survey_Report.pdf)
- Taylor, G., Papadopoulos, I., Dudau, V., Georges, Y., Martin, V., Messelis, M., Zurheide, F. (2013). Intercultural education of nurses and health

- professionals in Europe 2 (IENE2): Training the trainers. *Diversity and Equality in Health and Care*, 10(2), Recuperado de <http://www.ingentaconnect.com/content/rmp/dehc/2013/00000010/00000002/art00004>
- Taylor, G., Papadopoulos, I., Dudau, V., Maerten, M., Peltego, a., & Ziegler, M. (2011). Intercultural education of nurses and health professionals in Europe (IENE). *International Nursing Review*, 58(2), 188–195. doi:10.1111/j.1466-7657.2011.00892.x
- Tuck, I., Moon, M. W., & Allocca, P. N. (2010). An integrative approach to cultural competence education for advanced practice nurses. *Journal of Transcultural Nursing : Official Journal of the Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society*, 21(4), 402–409. doi:10.1177/1043659609360716
- Tuckman, B. W. (2000). *Manual de investigação em Educação: como conceber e realizar o processo de investigação em educação* (5ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Tylor, E. B. (2005). A Ciência da Cultura. In C. Castro (Ed.), *Evolucionismo cultural* (pp. 69–99). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- U. S. Department of Health & Human Services. (2007). The Office of Minority Health. Retrieved October 26, 2015, from [www.omhrc.gov](http://www.omhrc.gov)
- U.S. Department of Health and Human Services Office of Minority Health. (2002). Indicators of Cultural Competence in Health Care Delivery Organizations: An Organizational Cultural Competence Assessment Profile. *Health (San Francisco)*, (April). Retrieved from <http://www.hrsa.gov/culturalcompetence/healthdlvr.pdf>
- U.S. Department of Health and Human Services, Office of Minority health (2001). *National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care: Final Report*. Washington. Retrieved from <http://www.ingentaconnect.com/content/springer/cmanj/2002/00000003/0000002/art00005>
- Unesco. (2002). Declaração universal sobre a diversidade cultural. *Unesco*.
- Unesco. (2006). Guidelines on Intercultural Education. *Education*.
- Valler-Jones, T., Meechan, R., & Jones, H. (2011). Simulated practice--a panacea for health education? *The British Journal of Nursing*, 20(10), 628–631.
- Veiga-neto, A. (2003). Cultura, culturas e educação. *Revista Brasileira de Educação*, 23, doi:10.4067/S0718-090X2009000300006

- Vieira, M. (2004). Solidariedade e Responsabilidade. In M. do C. P. N. Neves & S. Pacheco (Eds.), *Para uma ética da enfermagem* (pp. 291–303). Coimbra: G.C - Gráfica de Coimbra 2.
- Vieira, M. (2007). *Ser Enfermeiro: da Compaixão à proficiência* (1ª ed.). Maia: Universidade Católica Portuguesa.
- Vieira, R. (1999). a Construção Do Homem: Identidades E Metamorfoses. *Educação E Comunicação*, nº 2(7), 26–52.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Waite, R., & Calamaro, C. (2010). Cultural Competence: A Systemic Challenge to Nursing Education, Knowledge Exchange, and the Knowledge Development Process. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46(1). Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-6163.2009.00240.x/full>
- Waite, R., Nardi, D., & Killian, P. (2014). Examination of cultural Knowledge and Provider Sensitivity in Nurse Managed Health Centers.
- Walsh, L. V., & DeJoseph, J. (2003). “I saw it in a different light”: international learning experiences in baccalaureate nursing education. *The Journal of Nursing Education*, 42(6), Recuperado de <http://europepmc.org/abstract/MED/12814217>
- Washington-Brown, L., & Ritchie, A. (2014). The fundamentals of integrating service in a post-licensure RN to BSN program. *ABNF Journal*, 25(2), Recuperado de <http://europepmc.org/abstract/MED/24855805>
- Weaver, A. (2011). High-Fidelity Patient Simulation in Nursing Education: An Integrative Review. *Nursing Education Perspectives*. Recuperado de <http://nlnjournals.org/doi/abs/10.5480/1536-5026-32.1.37>
- Wells, M. I. (2000). Beyond cultural competence: a model for individual and institutional cultural development. *Journal of Community Health Nursing*, 17(4), doi:10.1207/S15327655JCHN1704\_1
- Welsh, M. (2002). *Concept Paper: Culturally Competent care*. Department of Health and Human Services. Office of Minority Health
- Williamson, M., & Harrison, L. (2010). Providing culturally appropriate care: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 47(6), doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.12.012
- Wolfgram, L. J. B., & Quinn, A. O. (2012). Integrating Simulation Innovatively: Evidence in Teaching in Nursing Education. *Clinical Simulation in Nursing*, 8(5), doi:10.1016/j.ecns.2010.09.002

- Wood, M. J., & Atkins, M. (2006). Immersion in another culture: one strategy for increasing cultural competency. *Journal of Cultural Diversity*, 13(1), 50–54. Recuperado de <http://europepmc.org/abstract/MED/16696545>
- Yang, L. H., Kleinman, A., Link, B. G., Phelan, J. C., Lee, S., & Good, B. (2007). Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Social Science and Medicine*, 64(7), 1524–1535. doi:10.1016/j.socscimed.2006.11.013
- Yeh, M. Y., Wu, S. M., & Che, H. L. (2010). Cultural and hierarchical influences: Ethical issues faced by Taiwanese nursing students. *Medical Education*, 44(5), 475–484. doi:10.1111/j.1365-2923.2009.03589.x
- Zander, P. E. (2007). Cultural Competence : Analyzing the Construct. *The Journal of Theory Construction & Testing*, 11(2), 50–55.

**Anexo 1**  
**Guião de entrevista**

## GUIÃO DA ENTREVISTA

### I - Temas:

- Conhecimento da sua cultura.
- Conhecimento da cultura de quem cuida.
- Competência Cultural em enfermagem.

### II - Objectivos Gerais:

- Conhecer as opiniões dos entrevistados face ao conhecimento da sua própria cultura.
- Identificar as implicações dessa cultura para o cuidar em enfermagem
- Conhecer as opiniões dos entrevistados face à importância que dão ao conhecimento da cultura do utente para cuidar em enfermagem.
- Recolher informações que permitam identificar as competências culturais do aluno de enfermagem.
- Recolher informações sobre a opinião do entrevistado quanto ao papel da Formação no desenvolvimento de competências culturais durante a Licenciatura em enfermagem.

III – Objectivos específicos e estratégias (orientação geral; tópicos para um guião de questões):

Designação dos blocos	Objectivos específicos	Formulário de questões	Observações
Bloco A Legitimação da entrevista e motivação do entrevistado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Legitimar a entrevista</li> <li>• Motivar o entrevistado para colaborar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar, em termos gerais, o entrevistado, acerca do projecto de investigação em curso.</li> <li>• Solicitar a colaboração do entrevistado, valorizando o seu contributo para a consecução e êxito do trabalho.</li> <li>• Assegurar o carácter confidencial das informações prestadas.</li> <li>• Saber se está disponível para, no futuro fazer uma eventual reflexão sobre os dados</li> </ul>	Responder a todas as questões colocadas pelo entrevistado, sem desvio dos objetivos dos blocos

Designação dos blocos	Objectivos específicos	Formulário de questões	Observações
<p>Bloco B</p> <p>Caracterização do conhecimento sobre a sua cultura e as implicações para o cuidar em enfermagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajudar o entrevistado a reflectir sobre o conhecimento que tem da sua cultura.</li> <li>• Identificar quais as crenças e valores que podem interferir com a prestação de cuidados.</li> <li>• Compreender se o aluno toma consciência dos seus sentimentos perante uma cultura diferente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se fosse hospitalizado quais seriam as maiores dificuldades que teria para adaptar as regras institucionais às suas normas?</li> <li>• Considera que há valores dos quais gostaria de não abdicar?</li> <li>• Costuma refletir sobre os seus sentimentos em relação aos outros?</li> <li>• Como o faz?</li> <li>• Considera importante conhecer a sua própria cultura e como isso pode influenciar os seus sentimentos em relação aos outros.</li> <li>• Nas suas atitudes costuma perceber quais são as crenças e valores que o orientam?</li> </ul>	<p>Ajudar a reflectir nas crenças e valores que podem interferir com o cuidar por exemplo, na higiene, os horários, os hábitos, a privacidade, os gostos, a autonomia etc.</p> <p>Ajudar a refletir na forma como percebe os seus sentimentos em relação aos outros: ex: Aceita a diferença, reage, de que forma, o que sente, como costuma refletir sobre estes assuntos, em grupo, sozinho, lendo etc.</p>

Designação dos blocos	Objectivos específicos	Formulário de questões	Observações
<p>Bloco C</p> <p>Caracterização do conhecimento sobre a cultura que tem dos outros e as implicações para o cuidar em enfermagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajudar o entrevistado a reflectir sobre o conhecimento que tem da cultura de outros povos.</li> <li>• Identificar quais as crenças e valores que podem interferir com a prestação de cuidados.</li> <li>• Compreender se o aluno toma consciência dos seus sentimentos perante uma cultura diferente</li> <li>• Identificar dificuldades na compreensão dos valores de uma cultura diferente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considera importante conhecer a cultura do seu utente para poder prestar cuidados de enfermagem?</li> <li>• Sente dificuldades em entender algumas crenças em pessoas de cultura diferente?</li> <li>• Pensa que essas diferenças podem interferir na prestação de cuidados?</li> <li>• Se tiver um doente de outra cultura para prestar cuidados recorre ou qual pensa será a melhor estratégia a adotar?</li> <li>• Pensa que é importante conhecer a outra cultura para prestar bons cuidados?</li> <li>• Considera que por vezes as regras institucionais se devem sobrepor à cultura do doente? E em relação aos valores pessoais do enfermeiro?</li> <li>• O que considera desejável fazer quando se cuida de alguém com uma cultura diferente?</li> <li>• Já teve alguma situação em que tenha tido que cuidar de alguém com uma cultura diferente? Que dificuldades sentiu? O que sentiu? Que estratégias utilizou?</li> <li>• Já presenciou alguma situação como a anterior? Nem no seu quotidiano?</li> </ul>	<p>Ajudar a reflectir nas crenças e valores de outras culturas por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• -avós</li> <li>• -raça cigana</li> <li>• -Raça negra</li> <li>• -muçulmana</li> </ul> <p>-sexo diferente do seu, etc.</p> <p>Outra língua</p> <p>Como adquire o conhecimento</p> <p>- leitura</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• -informações do doente</li> <li>• -informação de familiares</li> </ul> <p>-tradutor</p> <p>Ajudar a reflectir na forma como percebe os seus sentimentos em relação aos outros: ex: compreensão, incompreensão, aceitação ou não, repulsa ou o que observou</p>

Designação dos blocos	Objectivos específicos	Formulário de questões	Observações
<p>Bloco D</p> <p>Caracterização da formação em enfermagem e do seu contributo para o desenvolvimento da competência cultural nos estudantes de enfermagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajudar o entrevistado a refletir sobre o contributo da formação para o desenvolvimento da sensibilidade cultural</li> <li>• Identificar quais as atitudes e comportamentos a formação deve desenvolver para o estudante ser culturalmente competente.</li> <li>• Que modelo de formação pode promover a integração de um cuidar culturalmente competente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considera que a Escola o deve preparar para ser culturalmente sensível e competente relativamente a pessoas com outras culturas?</li> <li>• Que expectativas tem?</li> <li>• Têm-se concretizado?</li> <li>• Que aspetos lhe parece mais importante serem abordados?</li> <li>• Em que fase da formação? Teoria, estágio, nos dois?</li> <li>• O que já aprendeu desde que começou a formação?</li> <li>• Considera que foram abordados conceitos ou temas que estimulam o desenvolvimento de uma competência cultural.</li> <li>• Como gostaria que este assunto fosse abordado?</li> <li>• Qual seria a melhor forma de reter o conhecimento adquirido?</li> <li>• Dê exemplo de temas ou situações formativas que facilitem ou dificultem a aquisição desta competência</li> </ul>	<p>Ajudar a refletir na formação que é dada:</p> <p>Comunicação; epistemologia; ética; ensinamentos clínicos, legislação</p> <p>Conceitos ensinados: aceitação, negociação, confrontação, respeito, compreensão, empatia, relação de ajuda</p> <p>Racismo, discriminação, pobreza, etnia, Generalização, estereótipos, juízos de valor</p> <p>Ajudar a refletir em como melhorar o que é ensinado e perceber o que falta</p>