

IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



Agradecimentos

Terminada esta etapa, especialmente importante da minha vida, gostaria de expressar o meu mais sincero agradecimento a todos os que me apoiaram e acreditaram em mim ao longo deste percurso, contribuindo de alguma forma para a concretização desta dissertação.

Agradeço especialmente:

À Professora Doutora Emília de Carvalho Coutinho, pela excelente orientação prestada, pelo seu rigoroso nível científico, empenho, disponibilidade, dedicação, pela paciência e compreensão demonstradas e por ser inúmeras vezes uma força impulsionadora ao longo de todo este trabalho.

Ao Alto Comissariado para as Migrações e à Rede de Ensino Superior em Mediação Intercultural no âmbito da Saúde que me permitiram participar no estudo de investigação “MEiOS” que foi o ponto de partida e a inspiração para esta dissertação.

A todos os meus colegas do Bloco de Partos do Hospital onde foi realizado o estudo, pela disponibilidade, partilha de experiências e pelo incentivo.

Aos meus amigos, pelo companheirismo, suporte e compreensão.

À minha família não podia deixar de dirigir um agradecimento especial, tendo a plena consciência que a realização deste trabalho não teria sido possível sem eles, obrigada pelo vosso amor e apoio incondicional, pela paciência, por não me deixarem desistir, por serem o meu suporte e ajudarem-me a superar todos os obstáculos. E à minha avó que apesar de ausente... sempre acreditou em mim e me incentivou a nunca desistir deste meu sonho.

Muito obrigada a todos!

Resumo

Enquadramento: O enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica é desafiado a entender as perspetivas, as tradições, os valores, as práticas e os sistemas familiares de todas as populações, culturalmente diversas com as quais se cruza e às quais presta cuidados, bem como a conhecer as variáveis complexas que as pessoas atribuem ao seu sentido de saúde e de bem-estar.

Objetivos: Compreender o significado de competência cultural na perspetiva do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; compreender a contribuição dos mediadores interculturais nos cuidados prestados pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica às mulheres imigrantes.

Metodologia: Estudo qualitativo, com recurso ao método fenomenológico-hermenêutico, tendo como instrumento de recolha de dados a entrevista semiestruturada. Quanto aos participantes no estudo foram selecionados 10 enfermeiros a exercerem funções no bloco de partos de um hospital da Grande Lisboa. Recorreu-se à análise qualitativa de dados, a qual foi apoiada pelo Nvivo12. Este estudo insere-se no estudo sobre os Mediadores Interculturais nas Unidades de Saúde – MEIOS – Mediação Intercultural e Outcomes em Saúde, desenvolvido pela Rede de Ensino Superior em Mediação Intercultural, promovido pelo Alto Comissariado para as Migrações, estudo que foi autorizado pela CNPD e obtido consentimento por parte da Comissão de Ética da Instituição onde foi realizado o estudo.

Resultados: Da análise do verbatim das entrevistas emergiram sete categorias de significado cultural: constrangimentos dos enfermeiros na interação com a mulher imigrante; estratégias utilizadas pelo EESMO na interação com a mulher imigrante; estratégias utilizadas pelo EESMO para se tornar mediador intercultural; funções do mediador intercultural percecionadas pelo EESMO; significado de cuidado culturalmente competente; recursos escassos nos serviços para cuidar de imigrantes e dificuldades reconhecidas pelo EESMO para se tornar mediador intercultural.

Conclusão: O enfermeiro depara-se com vários constrangimentos no cuidar mulheres imigrantes desenvolvendo estratégias pontuais para conseguir estabelecer uma comunicação efetiva. As evidências apontam para a necessidade de se dotarem as instituições de saúde de recursos humanos e materiais que ajudem o enfermeiro a promover cuidados culturalmente congruentes, o que se poderá vir a traduzir numa melhor qualidade de cuidados, saúde e bem-estar.

Palavras-chave: Competência Cultural; Enfermeiro; Maternidade, Mediação Intercultural.

Abstract

Background: The nursing specialist in Maternal and Obstetrical Nursing is challenged to understand the perspectives, traditions, values, practices and family systems of all populations, including the culturally diverse, with whom they intersect and provide care to, as well as to learn the complex variables that affect their sense of health and well-being.

Goals: To understand the meaning of cultural competence in perspective of the Nursing Specialist in Maternal and Obstetrical Nursing; to understand the contribution of intercultural mediators on the care provided by the Nursing Specialist in Maternal and Obstetrical Nursing to immigrant women.

Methodology: Qualitative study, using the phenomenological-hermeneutic method, having as a data collection instrument the semi-structured interview. As for the participants in the study, 10 nurses were selected to perform functions in the delivery room of a hospital in Greater Lisbon. Qualitative data analysis was used, which was supported by the Nvivo12. This study is part of the study on Intercultural Mediators in Health Units - MEIOS - Intercultural Mediation and Outcomes in Health, developed by the Network of Higher Education in Intercultural Mediation, promoted by the High Commissariat for Migrations, a study that was authorized by the CNPD and obtained consent by the Ethics Committee of the Institution where the study was carried out.

Results: From the verbatim analysis of the interviews emerged seven categories of cultural significance: constraints of the nurses in the interaction with the immigrant woman, strategies utilized by the EESMO in the interaction with the immigrant woman, strategies by the EESMO to become an intercultural mediator; functions by the intercultural mediator perceived by the EESMO, meaning of culturally competent care, resources lacking in services to care for immigrants and difficulties recognized by the EESMO to become an intercultural mediator.

Conclusion: The nurse faces various constraints in caring for immigrant women, developing punctual strategies to establish effective communication. The evidences point to the need to equip health institutions with human and material resources that help the nurse promoting culturally congruent care, which can translate into a higher quality of care, health and well-being.

Keywords: Cultural Competence; Nurse; Maternity, Intercultural Mediation.

Sumário

Lista de Tabelas	11
Lista de Figuras	13
Lista de Gráficos.....	15
Lista de Siglas e Abreviaturas	17
Introdução.....	19
Parte I – Enquadramento teórico	23
1. Imigração em Portugal.....	25
2. O cuidar e a enfermagem transcultural	29
2.1. Competência cultural do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica	39
Parte II – Estudo empírico.....	47
1. Participantes e métodos	49
1.1. Métodos	49
1. 2. Tipo de estudo	50
1. 3. Instrumento de colheita de dados	52
1. 4. Participantes	53
1.4.1. Caracterização sociodemográfica das participantes.....	53
1. 5. Procedimentos éticos.....	57
1.6. Método de análise.....	57
2. Apresentação dos resultados	59
3. Discussão dos resultados.....	77
4. Conclusão.....	85
Referências bibliográficas.....	87
Anexos.....	95
Anexo I – Guião para entrevista exploratória a atores-chave.....	97
Anexo II – Consentimento informado, livre e esclarecido para participação em estudo de investigação.....	99
Anexo III – Autorização da Comissão de Proteção de Dados.....	101
Anexo IV – Parecer da Comissão de Ética do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE	105
Anexo V – Artigo 1	107
Constrangimentos do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica e estratégias utilizadas na interação com a mulher imigrante	107
Anexo VI – Artigo 2.....	119
A Mediação Intercultural na perspetiva do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.....	119

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Categorias desocultadas no estudo	59
Tabela 2 – Constrangimentos dos enfermeiros na interação com a mulher imigrante	60
Tabela 3 – Estratégias utilizadas pelo EESMO na interação com a mulher imigrante.....	64
Tabela 4 – Estratégias utilizadas pelo EESMO para se tornar mediador intercultural	67
Tabela 5 – Funções do mediador intercultural percebidas pelo EESMO	69
Tabela 6 – Significado de cuidado culturalmente competente	71
Tabela 7 – Recursos escassos para cuidar imigrantes	73
Tabela 8 – Dificuldades reconhecidas pelo EESMO para se tornar mediador intercultural ...	74

Lista de Figuras

Figura 1: População estrangeira em Portugal nos 10 municípios com maior número de estrangeiros residentes, em 2016	26
--	----

Lista de Gráficos

Gráfico 1. Distribuição dos participantes em função do género	54
Gráfico 2. Distribuição dos participantes em função da idade.....	54
Gráfico 3. Distribuição dos participantes em função da nacionalidade	55
Gráfico 4. Distribuição dos participantes em função da naturalidade.....	55
Gráfico 5. Distribuição dos participantes em função da formação académica	56
Gráfico 6. Distribuição dos participantes em função do cargo atual.....	56
Gráfico 7. Distribuição dos participantes, em função do cargo anterior	57

Lista de Siglas e Abreviaturas

ACM - Alto Comissariado para as Migrações

CIAIQ - Congresso Ibero-Americano de Investigação Qualitativa

CMESMOG - Mestrado em Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia

CNPD – Comissão Nacional de Proteção de Dados

DGS - Direção Geral de Saúde

EESMO – Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica

Et al. - e outros

INE - Instituto Nacional de Estatística

MEiOS - Mediação Intercultural e Outcomes em Saúde

MISP - Mediação Intercultural no Atendimento em Serviços Públicos

n - frequência

p. – página

RESMI - Rede de Ensino Superior para a Mediação Intercultural

SEF - Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

s.p. – sem página

Ur - Unidades de registo

INTRODUÇÃO

O presente Relatório Final insere-se no âmbito do IV Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia (CMESMOG), da Escola Superior de Saúde de Viseu, do Instituto Politécnico de Viseu e tem como tema “Competência Cultural do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica”. A escolha por este tema deve-se ao contacto que tem tido com pessoas de culturas diversas e particularmente à diversidade cultural existente na Instituição Hospitalar de estágio, e onde exerce funções, bem como ao facto de aí se encontrar em desenvolvimento, o estudo de investigação “Mediação Intercultural e Outcomes em Saúde (MEiOS)”, promovido pela RESMI - Rede de Ensino Superior para a Mediação Intercultural (parceria entre o Alto Comissariado para as Migrações (ACM) e Instituições do Ensino Superior), no qual teve a oportunidade de participar. O estudo destina-se a caracterizar os *outcomes* em saúde obtidos com a mediação intercultural desenvolvida em diversas Unidades de Saúde (sendo uma delas o referido Hospital), no âmbito do Projeto-piloto de Mediação Intercultural no Atendimento em Serviços Públicos (MISP), que decorreu entre junho de 2009 a dezembro de 2011, tendo sido colocados mediadores interculturais em diversos Serviços Públicos.

O Projeto MISP teve como objetivo contribuir para a coesão social, para a melhoria da qualidade de vida e para a convivência cidadã intercultural, em serviços públicos com diversidade cultural significativa, face a uma gestão positiva e preventiva dessa mesma diversidade, por meio de uma intervenção mediadora e da participação dos protagonistas locais, que, no caso concreto, são os enfermeiros, procurando-se adequar as instituições de saúde e os serviços prestados às características de uma comunidade heterogénea e às suas necessidades. Consiste numa mediação intercultural de enfoque comunitário, baseada em três princípios que se interligam contínua e intimamente: o princípio da mediação, o princípio da interculturalidade e o princípio da intervenção comunitária. Este é um projeto impulsionado por Câmaras Municipais, em parceria com entidades da Sociedade Civil, designadamente associações de imigrantes.

Neste panorama, é importante que o enfermeiro possua competência cultural, para que saiba trabalhar em contextos diversificados na interação com o “outro”, desenvolvendo uma intervenção assente num modelo de trabalho fundamentado nos princípios da interculturalidade e da mediação. Tudo isto implica também a existência de apoio aos enfermeiros e às instituições de saúde inseridas na comunidade, potenciando os canais de comunicação e o entendimento entre profissionais e aqueles a quem prestam cuidados.

Neste sentido, Brito (2016, p. 9) refere que “a interação com o ‘Outro’ encontra-se condicionada à nossa conceção cultural, à forma como o ‘Outro’ se identifica em relação a

‘Nós’ (...), depende também da forma de representar aquele que não faz parte do nosso grupo social”. Por conseguinte, o Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica, não se encontra numa posição de neutralidade face a influência e, no seu exercício profissional, pode defrontar “dificuldades e resistência de parte a parte, na sua interação com grupos minoritários” (Brito, 2016, p. 9). Essa resistência relaciona-se, para além de outros fatores, com barreiras culturais que influenciam a maneira como se vê essas pessoas, o que poderá ter influência no comportamento do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica.

O cuidado é a essência da enfermagem; é um ato que ajuda a levar o outro a enfrentar as dificuldades. É neste contexto que surge a Enfermagem Transcultural de Leininger, fundamentada nas ciências da enfermagem e na antropologia, com a base no cuidado (cuidar) cultural, que se assume como “uma forma holística mais lata capaz de explicar, interpretar e prever os fenómenos do cuidado cultural a fim de orientar as práticas do cuidar em enfermagem” (Crespo, Rodrigues, Vicente, Amendoeira, & Barbieri-Figueiredo, 2014, p. 8).

Para Leininger (2001, p. 5), a enfermagem assume-se como uma disciplina e profissão humanística e científica de cuidar transcultural, visando sobretudo servir o outro, num aqui e agora, independentemente das suas características individuais.

Na visão holística do Homem postulada por Leininger (2001), o facto de competir aos enfermeiros tratar os seus clientes humanamente, implica que estes respeitem as necessidades, crenças e valores culturais daqueles a quem prestam cuidados. Leininger (2001) enfatiza o pressuposto de que existem diversidades no cuidado humano, que possui características identificáveis que servem de base para explicar e justificar a indispensabilidade do cuidado transcultural de enfermagem, para que o mesmo se adapte às crenças, valores e *modus vivendi* e *modus operandi* das várias culturas, de modo a alcançar-se um cuidado significativo (Tomey & Allgood, 2011, p. 564).

Neste sentido, importa referir que as ações do cuidado cultural devem ser congruentes com as crenças e valores dos clientes. Assim, os valores, as crenças e as práticas do cuidado cultural são influenciadas por e tendem a estar englobados na visão do mundo, na variedade linguística, no contexto religioso ou espiritual, social, político, educativo, económico, tecnológico, etno-histórico e ambiental de uma dada cultura (Tomey & Allgood, 2011, p. 565).

A enfermagem é considerada uma profissão do cuidado. Cuidar significa a prestação de cuidados holísticos aos clientes, respeitando-se a si mesmo e aos outros, e manter a relação entre a equipa de enfermagem e os clientes através da comunicação, bem como mostrar a capacidade de cuidar de alguém (Lin, Han, Pan, & Lin, 2016, p. 126). A crescente necessidade de enfrentar a imigração global e as diferentes perspetivas culturais terão um impacto na política, economia, ecologia e sistema de saúde (Garneau & Pepin, 2015, p. 1062).

A cultura refere-se aos pensamentos, comunicações, ações, costumes, crenças, valores e instituições de origem étnica, religiosa ou grupos sociais. Esta influencia os hábitos e comportamentos de saúde pessoal, bem como a consciência da resposta à doença e os comportamentos ao nível da procura de cuidados de saúde (Garneau & Pepin, 2015, p. 1062). Quando existem barreiras culturais e linguísticas entre os clientes e a equipa de enfermagem, estas podem produzir um efeito desfavorável na prestação de cuidados (Lin, Wu & Hsu, 2019, p. 6). Almutairi, McCarthy e Gardner (2015, pp. 15-16) referem que as barreiras na comunicação entre enfermeiros e clientes, muitas vezes, causam erros desnecessários, cuidados de má qualidade e até a morte. Como consequência, é extremamente importante prestar cuidados eficazes aos clientes e culturalmente diversos em ambientes culturais diferentes (Lin, Wu & Hsu, 2019, p. 6). Por outras palavras, os enfermeiros devem ser capazes proporcionar medidas diferentes de suas próprias crenças e ações de saúde ao trabalhar com clientes de diversas origens culturais, sendo a enfermagem cultural aquela que permite atender às necessidades únicas e diversificadas de cada cliente.

Esta é uma proposta que deve orientar a ação dos enfermeiros, em geral, e dos enfermeiros especialistas de Saúde Materna e Obstétrica, em particular, atribuindo importância aos fatores culturais na sua prática, onde a cliente deve ser vista mais do que um corpo, mas como um ser com um percurso de vida e possuidora de uma história cultural, cujas peculiaridades podem efetivamente interferir na sua recuperação. Estes pressupostos, segundo Gonçalves (2012, p.67), são importantes para que se possa perceber como é um “Enfermeiro Transcultural”, o qual deve ver a pessoa cuidada como culturalmente diferente e não inferior. O mesmo autor salienta igualmente que as diferenças culturais devem servir de suporte para a construção de estratégias de uma abordagem holística da pessoa. Este conceito de Enfermagem Transcultural tem como âmbito o estabelecimento de uma relação terapêutica que se deve traduzir num cuidar eficaz e de qualidade, independentemente das características culturais de cada cliente (Gonçalves, 2012, p.48).

Em Portugal, a imigração tem tido uma evolução sistemática. Bruno (2012, p.12), fazendo referência a Gonçalves et al. (2003), refere que a comunidade imigrante é “um grupo particularmente vulnerável na área da saúde, referindo as barreiras culturais e linguísticas como um dos fatores que dificulta a sua integração nos serviços de prestação de cuidados de saúde do país de acolhimento”. Assim, na prestação de cuidados a esta população, o enfermeiro tem de possuir uma visão holística dos seus clientes, ganhando grande relevância o conhecimento das distintas culturas, a sua literacia em saúde e as suas práticas, fatores que contribuem para a perceção e resolução eficaz dos problemas de saúde desta população (Bruno, 2012, p. 12).

É neste contexto que surgem as questões de investigação, fios condutores deste trabalho, que se alicerçam na perceção que se teve de que o enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica, dos serviços Consulta Externa, Bloco de Partos, Obstetria A e B, da Instituição Hospitalar, *locus* de estudo, não tiveram contacto direto com o Projeto MISP e com a Mediadora Intercultural. Deste modo, as questões de investigação assentam no desenvolvimento da competência cultural do enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica, e na influência dos mediadores interculturais nos cuidados prestados pelo EESMO às mulheres imigrante. Assim sendo, as questões de investigação formuladas são:

- Qual o significado de competência cultural na perspetiva do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica?

- Qual o contributo dos mediadores interculturais nos cuidados prestados pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica às mulheres imigrantes?

Neste sentido, objetiva-se: compreender o significado de competência cultural na perspetiva do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; compreender a contribuição dos mediadores interculturais nos cuidados prestados pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica às mulheres imigrantes.

O presente trabalho divide-se em duas partes, o enquadramento teórico e o enquadramento empírico, e estes por sua vez subdividem-se em capítulos e subcapítulos. Para consolidar as conceções finais do trabalho, estas serão apresentadas nas conclusões.

O enquadramento teórico estrutura-se em dois capítulos, o capítulo I refere-se à imigração em Portugal, já o capítulo II incide sobre o cuidar e a enfermagem transcultural, mais especificamente sobre a competência cultural do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica.

Em relação ao enquadramento empírico, o capítulo I define o desenho do estudo e sua metodologia, e o capítulo II a análise dos dados e discussão dos resultados.

Após a apresentação da conclusão, expomos as referências bibliográficas e os anexos. Nos anexos, apresentamos o guião da entrevista (anexo I), o consentimento informado (anexo II), a autorização da Comissão de Proteção de Dados (anexo III), o parecer da Comissão de Ética do Hospital onde se realizou o estudo (anexo IV) e dois artigos científicos (anexos V e VI) a submeter ao Congresso Ibero-Americano de Investigação Qualitativa (CIAIQ) 2020.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. IMIGRAÇÃO EM PORTUGAL

Os fluxos migratórios de pessoas no mundo são hoje um fenómeno cada vez mais global e trazem uma riqueza cultural aos países. Dada a globalização da sociedade, a Enfermagem depara-se cada vez com mais desafios, deste modo, surge, nos enfermeiros, a necessidade de se capacitarem no sentido de prestarem cuidados culturalmente congruentes.

Em conformidade com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2016, p. 4), durante o ano de 2015 registou-se uma estimativa de entradas em Portugal de “29 896 pessoas, para residir por um período igual ou superior a um ano (imigrantes permanentes), valor superior em 53,2% face a 2014 (19 516)”. Ainda de acordo com o INE (2016, p. 4), “do total dos imigrantes permanentes: 51% eram homens; 50% tinham nacionalidade portuguesa; 43% nasceram em Portugal; 55% residiam anteriormente num país da União Europeia e 81% eram pessoas em idade ativa (15 a 64 anos)”.

Em 2017, segundo o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) verificou-se um acréscimo da população estrangeira residente, com um aumento de 6,0% face a 2016, totalizando 421.711 cidadãos estrangeiros titulares de autorização de residência. Verificou-se, igualmente, um aumento na concessão de novos títulos de residência, o que confirma o retomar da atratividade de Portugal como destino de imigração (acrécimo de 30,9%, totalizando 61.413 novos residentes) (SEF, 2017, p. 13).

Neste sentido, de acordo com Oliveira e Gomes, os imigrantes trazem contributos positivos para a demografia portuguesa, uma vez que continuam a desenvolver o volume de nascimentos em Portugal. Em 2016, as mulheres de nacionalidade estrangeira foram responsáveis por cerca de 9% do total dos nados-vivos em Portugal. No que respeita a taxa de natalidade feminina relativa a 2016, verificou-se que as mulheres de nacionalidade estrangeira têm uma taxa superior (37,5%) à taxa obtida junto das mulheres portuguesas (14,6%) (Oliveira & Gomes, 2017, p.11). Estes dados tornam ainda mais imperativo falar do cuidado cultural e do desenvolvimento da competência cultural do enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Entre os países da União Europeia (UE28), Portugal assume o vigésimo primeiro lugar no que se refere à importância relativa de estrangeiros no total de residentes, com apenas 3,8%, tendo nos últimos anos vindo a descer a sua posição, resultante da diminuição dos estrangeiros residentes em território nacional (Oliveira & Gomes, 2017, p.3). “Em janeiro de 2016, com valores abaixo de Portugal estavam apenas sete países: a Hungria (1,6% de estrangeiros no total de residentes), Eslováquia (1,2%), a Bulgária (1%), a Croácia (1%), a Lituânia (0,6%), Roménia (0,5%) e a Polónia (0,4%). No contexto europeu destaca-se o Luxemburgo com 46,7% de estrangeiros no total de residentes” (Oliveira & Gomes, 2017, p.3).

Todavia, tem-se mantido a tendência de feminização da imigração em Portugal, com as mulheres a assumir uma maior importância relativa no total de estrangeiros residentes no país. As estatísticas demográficas do ano de 2017 mostram que 51% do total de imigrantes permanentes em Portugal são mulheres (Marques, 2018).

Em 2016 os dez municípios do país com maior número de estrangeiros residentes eram: Lisboa com 13,9% do total de estrangeiros residentes no país, seguindo-se o município de Sintra (7,5%), Cascais (5,2%), Amadora (4,0%) e Loures (3,7%). Destacando-se também os municípios de Loulé (3,1%), Odivelas (3,0%), Albufeira (2,5%), Almada (2,2%) e Porto (2,1%) (Oliveira & Gomes, 2017, p.53).

Figura 1: População estrangeira em Portugal nos 10 municípios com maior número de estrangeiros residentes, em 2016

Municípios (top 10)	Número de Estrangeiros 2016	% face ao total de estrangeiros residentes em Portugal 2016	Varição 2015-2016 (%)
Lisboa	55.212	13,9	+6,8
Sintra	29.688	7,5	-5,0
Cascais	20.653	5,2	2,0
Amadora	16.078	4,0	-6,2
Loures	14.901	3,7	-3,9
Loulé	12.442	3,1	+8,3
Odivelas	12.078	3,0	-5,7
Albufeira	9.958	2,5	+9,8
Almada	8.720	2,2	-2,2
Porto	8.516	2,1	+7,9
Total	397.731	100	+2,3

Fonte: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, retirado de Oliveira e Gomes (2017, p. 53).

A imigração cresceu 19% no em 2017 comparativamente a 2016, sendo esta maior subida desde 2012. O Serviço de Estrangeiros e Fronteiras português concedeu 29 055 autorizações de residência a imigrantes de países terceiros à União Europeia, em 2017, cujas principais entradas no país são juntarem-se a familiares que já se encontram em Portugal, que investiram cá, estudam ou fazem investigação (Neves, 2018).

Ainda em conformidade com Oliveira & Gomes (2017, p. 5), Portugal “orgulha-se de ser um país rico na diversidade das mais de 180 nacionalidades que o compõem e nas mais de 100 línguas faladas no território nacional. É das necessidades decorrentes deste cruzamento de culturas que nascem as políticas públicas portuguesas de acolhimento e integração de migrantes que têm merecido o reconhecimento nacional e internacional”. Uma dessas políticas foi precisamente a criação do projeto MISp.

A migração, *a priori*, já é uma transformação significativa na vida da pessoa/família e quando se associa outra transformação, sendo exemplo a gravidez e o nascimento de um filho, a pessoa/família em questão fica mais vulnerável, bem como “o fenómeno da aculturação” (Becker, Borges & Crepaldi, 2017, p. 162). Neste sentido, a intervenção dos profissionais de saúde, mais especificamente do enfermeiro Especialista em Enfermagem de

Saúde Materna e Obstétrica, é fundamental, sendo crucial compreender quais são as necessidades da pessoa/família imigrante, as suas crenças e valores, de forma a prestar um cuidado culturalmente competente. “A imigração implica a complexidade de relações que se estendem tanto na dimensão cultural do país de acolhimento quanto no âmbito psicossocial do indivíduo, nas suas redes sociais e no ciclo vital familiar que se encontra” (Becker, Borges & Crepaldi, 2017, p. 163)

A *International Confederation of Midwives*, referenciada por Bruno (2012, p. 12), expõe como princípio básico na prática do enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica, a sensibilidade cultural, como meio que lhe permite superar barreiras culturais que podem condicionar a relação enfermeiro/mulher e, conseqüentemente, com o recém-nascido. Por tal, é imperativo que o enfermeiro respeite a cultura e os costumes de cada mulher, sem emitir juízos de valor, devendo possuir conhecimentos sobre os aspetos culturais relacionados com a gravidez, parto e maternidade.

2. O CUIDAR E A ENFERMAGEM TRANSCULTURAL

A enfermagem é arte e ciência de cuidar de pessoas. No processo de cuidar está inerente um processo de interação entre quem cuida e quem é cuidado. Pressupõe uma troca de informações e de sentimentos e o estabelecimento de uma relação muito próxima entre a díade enfermeiro, doente/família (Collière, 2002, p. 12).

“Para se poder cuidar necessita-se de dignificar, humanizar e personalizar cada vez mais os cuidados de enfermagem, dado que as competências clínicas de comunicação é parte integrante dos cuidados de saúde dos profissionais de enfermagem, tornando-se impossível não comunicar” (Infante, 2016, p. 39). Neste sentido, a mesma autora salienta que o enfermeiro é simultaneamente um emissor e recetor de mensagens, alcançando a capacidade de apreensão de mensagens significativas da pessoa cuidada, com o objetivo de “responder às necessidades individuais de cada um através do seu contacto quotidiano”.

Neste sentido tem de se encarar a enfermagem como “uma ecologia de saberes”, e fazendo-se uso das palavras de Queirós (2015a, p.1), “remete-nos para a clarificação do estatuto de ciência que atribuímos à enfermagem, mas que nem todos reconhecem”. Segundo o mesmo autor, “os termos ecologia e saberes, saber no plural, transporta-nos para o universo da pluralidade de conhecimentos, que interessam à enfermagem e a ela estão ligados” (p. 1).

A enfermagem como ciência humana concentra-se na vida e na saúde como humanamente experimentadas. A intencionalidade é uma ideia filosófica de particular importância para a enfermagem como uma ciência humana, particularmente dentro da teoria de Parse do ser humano e da teoria do cuidado de Watson. Um persistente discurso ao nível do âmago da enfermagem posiciona-a como uma ciência humana, onde a pessoa é vista como protagonista da sua própria vida e não como um mero objeto (Pilkington, 2005).

Na ciência de enfermagem, o conhecimento produzido e usado está fortemente imbuído de prática, ou seja, estrutura-se num processo definido como “círculo hermenêutico” (Gadamer, 1998) e explicitado por Bishop e Scudder (1995) como “espiral hermenêutica” (Queirós, 2015a, p. 8). Neste processo de criação e sistematização do saber, o conhecimento emerge precisamente da associação contínua e recursiva, “prática-teoria-prática-teoria”, num contexto denominado de “movimento de translação de conhecimento”, correspondendo ao processo que permite converter as descobertas científicas em benefícios para a saúde (Sobrinho-Simões, 2012, cit. por Queirós, 2015a, p. 8).

Importa referir que, segundo Santos (2007, p. 85), enquanto ecologia de saberes, o pensamento pós-abissal assenta no pressuposto que da “inesgotável diversidade epistemológica do mundo, o reconhecimento da existência de uma pluralidade de formas de conhecimento além do conhecimento científico”. Esta tese defendida pelo autor citado advém

do facto de coexistirem no mundo múltiplas “formas de conhecimento da matéria, da sociedade, da vida e do espírito”, bem como variados “conceitos e critérios sobre o que conta como conhecimento”. Contudo, o mesmo autor advoga que, num período de transição, no qual ainda perduram as perspetivas “abissais de totalidade e unidade”, é presumível que necessitemos de “uma epistemologia geral residual ou negativa para seguir em frente: uma epistemologia geral da impossibilidade de uma epistemologia geral” (Santos, 2007, 86).

A enfermagem contribui para uma ação e consequentes dessa mesma ação, resultando em múltiplas leituras e intervenções na prática profissional, onde o cuidar deve ser integral, um “cuidar organizado, ensinado, estruturado e intencional ou seja profissionalizado (Queirós, 2015b, p. 13). Assume-se como “um conhecimento de ação”, o que lhe atribuiu a designação de “ciência humana prática”, cuja “ação que se expressa no cuidar integral profissionalizado”, sendo-lhe atribuído o estatuto de “ciência de saberes plurais” (Queirós, 2016, p. 138).

O papel de uma ecologia de saberes é essencialmente o de “identificar as condições que maximizam a probabilidade de uma tal ocorrência e definir o horizonte de possibilidades em que o desvio virá a «operar»” (Santos, 2007, p. 93). Neste sentido, ainda em conformidade com mesmo autor, a ecologia de saberes é simultaneamente fundada por “sujeitos desestabilizadores — individuais ou coletivos — e constitutiva deles”. Assim, na prática profissional, o enfermeiro tem de saber desestabilizar o que já tinha como um dado adquirido em absoluto, tendo como ponto de referência o princípio de que uma coisa é consequência de outra e os dados que surgem das situações observadas/praticadas constituem as pedras basilares do pensamento reflexivo, que leva à construção do conhecimento. Quando surge um problema é frequente querer-se resolvê-lo de imediato, no entanto, a solução é protelada devido ao aparecimento de várias sugestões que impedem de tomar decisões precipitadas, levando, deste modo, a analisar melhor o problema, tendo de se ponderar uma multiplicidade de saberes.

Ao refletir-se sobre o pensamento de Santos (2007, p. 92), quando refere que “a ecologia de saberes é uma epistemologia desestabilizadora na medida em que se empenha numa crítica radical da política do possível, sem ceder a uma política impossível”, significa que, na prática profissional, o enfermeiro não pode tomar como definitivos os seus saberes, uma vez que na prática cada caso é um caso e é esta heterogeneidade que requer uma multiplicidade de saberes, que não permite ao enfermeiro conformar-se com o que já sabe. Só numa atitude de constante questionamento e com o desejo que querer ir mais além é que pode evoluir profissionalmente. É que, como defende Santos (2007, p. 92), “a ação conformista é uma prática rotineira, reprodutiva e repetitiva que reduz o realismo àquilo que existe e apenas porque existe”.

Assim sendo, na perspectiva de Bishop e Scudder (1995), referenciado por (Queirós, 2015a, p. 8), a prática profissional em enfermagem deve ser desenvolvida numa espiral, porque se tem de partir do pressuposto que conhecer é transformar o objeto e transformar-se a si próprio. O processo de aprendizagem que nada transforma nega-se a si mesmo. O conhecimento não nasce com a pessoa nem é dado unicamente pelos contextos. Cada um enfermeiro constrói o seu conhecimento na interação com o meio, conjugando a teoria na prática, num universo plural.

Deste modo, os enfermeiros têm de se assumir como práticos reflexivos para serem capazes de observar, intuir e refletir, num cenário reflexivo, baseando-nos na importância da “reflexão na ação, a reflexão sobre a ação e a reflexão sobre a reflexão na ação” (Alarcão & Tavares, 2003, p. 35) com vista ao conhecimento profissional, que Schön chamou de epistemologia da prática. A abordagem reflexiva assenta na imprevisibilidade dos contextos reais e na compreensão da atividade profissional como atuação inteligente e flexível. A competência para agir nestas condições implica criatividade, sensibilidade, ciência e técnica, designada por Schön de *artistry*. Nesta medida, a reflexão-ação faz com que a prática seja mais adequada à filosofia subjacente à enfermagem como ciência humana prática, que se caracteriza como uma confluência de saberes e ponto de encontro de uma vasta gama de culturas.

De acordo com McEwen e Wills (2009a, p.41), “cada vez mais a enfermagem tem sido referida como uma ciência humana (...). Na realidade, a disciplina tem examinado aspetos relacionados ao comportamento e à cultura, assim como com a biologia e a fisiologia, e procurado reconhecer associações entre os fatores que sugeriram variáveis explicativas para a saúde e a doença”. Por conseguinte, a enfermagem ajusta-se ao padrão das outras ciências humanas, como, por exemplo, a antropologia e a sociologia, o que deixa implícito o cuidado cultural.

É neste sentido que surge a Teoria da Universalidade e da Diversidade dos Cuidados Culturais que foi uma das primeiras teorias de enfermagem, tendo início no princípio dos anos 60, continua a ser a única teoria que se focaliza especificamente na enfermagem transcultural, tendo por foco o cuidado cultural e é usada nos dias de hoje mundialmente. Leininger (2001) desenvolveu o conceito de congruência do cuidado cultural como sendo a finalidade da sua teoria.

Leininger (1996), como citada em Tomey e Alligood (2011, p. 568), define teoria como “descoberta sistemática e criativa de conhecimentos sobre um domínio de interesse ou um fenómeno que parece importante compreender ou ter em conta para algum fenómeno desconhecido”. Uma teoria de enfermagem, deve ter em conta “a descoberta criativa sobre o

indivíduo, as famílias e os grupos e o seu cuidar, valores, expressões, crenças e ações ou práticas baseadas no seu modo de vida cultural para prestar um cuidado de enfermagem eficaz, satisfatório e culturalmente coerente”.

Segundo George (2000, p. 297-298), Leininger nos anos 60, usou termos como enfermagem transcultural e etnoenfermagem. Em 1979 definiu a “enfermagem transcultural como subcampo ou ramo da enfermagem que enfoca o estudo comparativo e a análise de culturas com respeito à enfermagem e às práticas de cuidados de saúde-doença, às crenças e aos valores, com a meta de proporcionar um serviço de atendimento de enfermagem significativo e eficaz para as pessoas de acordo com os seus valores culturais e o seu contexto de saúde-doença”, e “etnoenfermagem, como o estudo das crenças, valores e práticas do atendimento de enfermagem como percebidos e conhecidos cognitivamente por uma determinada cultura através de suas experiências diretas, crenças e sistemas de valores”.

Em 1985, publicou a primeira apresentação do seu trabalho como teoria e em 1988 e 1991 apresentou maiores explicações sobre as suas concepções.

De acordo com George (2000, p. 298) a teoria de Madeleine Leininger deriva das disciplinas de antropologia e de enfermagem, retirando da antropologia a componente cultural e da enfermagem a componente cuidado. Leininger construiu a sua teoria a partir da premissa de que as “pessoas de cada cultura não apenas podem saber e definir as formas nas quais experimentam e percebem o seu mundo de atendimento de enfermagem, mas também podem relacionar essas experiências e percepções com as suas crenças e práticas gerais de saúde”, ou seja, “o atendimento de enfermagem desenvolve-se do contexto cultural no qual será proporcionado”.

A Teoria da Universalidade e da Diversidade dos Cuidados Culturais baseia-se na “crença de que as pessoas de culturas diferentes podem informar e são capazes de orientar os profissionais para receber o tipo de cuidados que desejam ou necessitam dos outros” (Tomey & Alligood, 2011, p. 568). Esta defendeu, durante cinco décadas, que o “cuidar é a essência da enfermagem, é o aspeto dominante, distintivo e unificador”, e ainda, “que existem diferentes formas, expressões e padrões do cuidar que são diversos e alguns universais” (p. 569).

O efeito mais significativo da teoria de Leininger tem sido o construto de cuidar em relação à prática de enfermagem (Clarke, McFarland, Andrews & Leininger, 2009, p. 234). O objetivo da teoria do cuidado com a cultura é fornecer cuidados de enfermagem culturalmente congruentes, que se referem a conhecimentos, atos e decisões sobre os cuidados com base cultural, usados de maneiras sensíveis e conhecedoras para ajustar de forma apropriada e

significativa os valores, crenças e modos de vida culturais dos clientes pela sua saúde e bem-estar, ou para prevenir doenças, deficiências ou morte (Leininger & McFarland, 2006, p. 15).

A teórica desenvolveu ainda um modelo, Modelo *Sunrise*, para demonstrar a interação dos conceitos na sua teoria de diversidade e universalidade do cuidar cultural. A teoria e o modelo sustentam a necessidade de cada um dos conceitos e demonstram como eles se inter-relacionam. A inclusão do termo “cultural” proporciona uma característica diferente, pois nenhuma outra teoria de enfermagem coloca tanta ênfase sobre a cultura.

De acordo com Tomey e Alligood (2011, p. 576), o Modelo Sunrise “simboliza o nascer do sol (cuidar)”. A metade superior do círculo mostra componentes interdependentes da estrutura social e fatores da visão do mundo que influenciam o cuidar e a saúde por meio da linguagem, da etnohistória e do contexto ambiental. A visão do mundo cultural flui para o conhecimento sobre os indivíduos, as famílias, os grupos e as instituições em diversos sistemas de atendimento de saúde.

Oriá, Ximenes e Pagliuca (2007, pp. 132-133) referem que os fatores da metade superior influenciam os sistemas: popular, profissional e de enfermagem que se encontram na parte média do modelo. A informação sobre esses sistemas inclui as características e os aspectos específicos do cuidar de cada um, esta informação permite a identificação de similares e diferenças ou a universalidades e a diversidade do cuidado cultural. Pode desenvolver-se um diagnóstico de enfermagem com base nas áreas nas quais o cliente não está preenchendo a expectativa da sua cultura. As duas metades juntas formam um sol que corresponde ao universo que os enfermeiros têm que considerar para conhecer a saúde e o cuidar humano. Segundo Leininger, a enfermagem atua como ponte entre a generalidade do povo e o sistema profissional.

De seguida, de acordo com George (2000, p. 304), estão as decisões e ações do atendimento de enfermagem, que envolvem:

- “Conservação/manutenção do cuidar cultural: as ações profissionais enfocam o apoio, a assistência e a facilitação ou capacitação dos clientes na preservação ou retenção da saúde favorável, na recuperação da doença ou no enfrentamento das deficiências ou da morte”;
- “Ajustamento/negociação do cuidar cultural: cria esforços profissionais para facilitar, capacitar, assistir ou apoiar as ações que representam as formas de negociação, adaptação ou ajustamento aos padrões de saúde e de atendimento do cliente, visando um resultado de saúde benéfico ou satisfatório”;
- “Repadronização/reestruturação do cuidar cultural: ações profissionais que procuram ajudar os clientes a modificar os padrões de saúde ou de vida significativos

para padrões mais saudáveis para eles mesmos, respeitando os valores culturais desse cliente”.

Os cuidados de enfermagem são prestados, através do planeamento e implementação de intervenções culturalmente baseadas para melhor preencherem as necessidades do cliente e proporcionarem um atendimento congruente com a sua cultura. O Modelo Sunrise evidencia os seres humanos como sendo inseparáveis dos seus antecedentes culturais, da estrutura social, da visão do mundo, da história e do contexto ambiental como princípio básico da teoria de Leininger (Leininger, 2001; Leininger & McFarland, 2006).

A enfermagem, tendo em conta os fundamentos desta teoria, importa-se com os fenómenos e atividades do cuidado humano, tendo como finalidade assistir, apoiar, facilitar ou capacitar as pessoas para que sejam capazes de manter o seu bem-estar, de um modo culturalmente significativo e benéfico (Leininger, 2001). Por conseguinte, de acordo com a mesma autora o cuidar é a essência da enfermagem e o seu foco destacado, dominante, central e unificador.

Leininger (1991), referenciada em Tomey e Alligood (2011, pp. 571-572) concebeu muitas noções relevantes para a sua teoria, que a seguir se apresentam:

- **Cuidados (substantivo):** “fenómenos abstratos e concretos relacionados com a assistência, o apoio ou o possibilitar de experiências ou comportamentos no sentido de ou para os outros com necessidades evidentes ou antecipadas para melhorar ou aperfeiçoar uma forma de vida ou condição humana”.
- **Cuidado (gerúndio):** “ações e atividades orientadas no sentido de assistir, apoiar, apoiar ou capacitar outro indivíduo ou grupo com necessidades evidentes ou antecipadas para melhorar ou aperfeiçoar uma forma de vida ou condição humana, ou para encarar a morte”.
- **Cultura:** “valores, crenças, normas e modos de vida aprendidos, partilhados e transmitidos pertencentes a um grupo específico que orienta o seu pensamento, decisões e ações de forma padronizada”.
- **Cuidar Cultural:** “valores, crenças e modos de vida regidos por um padrão, subjetiva e objetivamente aprendidos e transmitidos, que assistem, apoiam, facilitam ou habilitam outro indivíduo ou grupo a manter a sua saúde e bem-estar, a melhorar a sua condição humana e modo de vida, ou a lidar com a doença, impedimentos ou morte”.
- **Diversidade do Cuidar Cultural:** “variabilidades e/ou diferenças nos significados, padrões, valores, modos de vida ou símbolos do cuidado dentro de ou

entre as coletividades que estão relacionadas com as expressões do cuidar humano de auxílio, suporte e capacitação”.

- **Universalidade do Cuidar Cultural:** “significados, padrões, valores, modos de vida ou símbolos de cuidar uniformes comuns, semelhantes ou dominantes que se manifestam entre muitas culturas e refletem formas de auxílio, apoio, facilitadoras ou capacitadoras para ajudar as pessoas.”
- **Enfermagem:** “disciplina ou profissão humanista e científica aprendida, centrada nos fenómenos do cuidar humano e nas atividades para auxiliar, apoiar, facilitar ou capacitar indivíduos ou grupos a manter ou readquirir o seu bem-estar ou saúde de formas culturalmente significativas e benéficas, ou a ajudar as pessoas a encarar a deficiência ou a morte”.
- **Visão do Mundo:** “forma como as pessoas tendem a ver o mundo ou o seu universo para formar uma imagem ou uma posição valorativa sobre a sua vida ou sobre o mundo em seu redor”.
- **Dimensões da Estrutura Cultural e Social:** “padrões e aspetos dinâmicos dos fatores estruturais e organizacionais interrelacionados de uma cultura específica, que inclui valores religiosos, sociais, políticos e legais, económicos, educativos, tecnológicos e culturais, fatores etnohistóricos e a forma como estes fatores podem estar interrelacionados e funcionar de modo a influenciar o comportamento humano em diferentes contextos ambientais.
- **Contexto ambiental:** “totalidade de em evento, situação ou experiência específica que confere significado às expressões humanas, interpretações e interações sociais, particularmente contextos físicos, ecológicos, sociopolíticos e/ou culturais”.
- **Etnohistória:** “factos, eventos, circunstâncias e experiências passadas de indivíduos, grupos, culturas e instituições que são principalmente centradas nas pessoas e que descrevem, explicam e interpretam os modos de vida do ser humano dentro de contextos culturais específicos e durante períodos longos ou curtos”.
- **Sistema Genérico do Cuidar:** “conhecimentos e competências tradicionais e populares culturalmente aprendidas e transmitidas, usadas para prestar atos de auxílio, apoio, capacitação ou facilitadores no sentido de ou para o outro indivíduo, grupo ou instituição com necessidades evidentes ou antecipadas por forma a aperfeiçoar ou melhorar o modo de vida humano ou estado de saúde ou a lidar com deficiências ou situações de morte”.
- **Sistema Profissional do Cuidar:** “ensino, aprendizagem e transmissão formal do cuidar profissional, da saúde, doença, bem-estar, conhecimentos relativos e

competências de prática que prevalecem nas instituições profissionais, habitualmente com pessoal multidisciplinar para servir os consumidores.”

- **Saúde:** “condição de bem-estar que é culturalmente definida, valorizada e praticada, refletindo a capacidade dos indivíduos ou grupos desempenharem as suas atividades diárias de modos culturalmente expressos, benéficos e modelares”.
- **Preservação ou Manutenção do Cuidar Cultural:** “ações e decisões profissionais de auxílio, apoio, facilitadoras ou capacitadoras que ajudam as pessoas de uma cultura específica a reter e/ou preservar valores relevantes do cuidar de modo a que possam manter o seu bem-estar, recuperar da doença ou encarar deficiências ou a morte”.
- **Acomodação ou Negociação do Cuidar Cultural:** “ações e decisões profissionais de criativas de auxílio, apoio, facilitadoras ou capacitadoras que ajudam as pessoas de uma designada cultura a adaptar-se ou a negociar com os outros para um resultado de saúde benéfico ou satisfatório com os prestadores de cuidados profissionais”.
- **Repadronização ou reestruturação do Cuidar Cultural:** “ações e decisões profissionais de auxílio, apoio, facilitadoras ou capacitadoras que ajudam os clientes a reordenar, alterar ou modificar grandemente os seus modos de vida para padrões de cuidados de saúde novos, diferentes e benéficos, respeitando os valores culturais e crenças dos clientes e fornecendo, ainda, um modo de vida benéfico ou mais saudável do que antes das mudanças terem sido co-estabelecidas com os clientes”.
- **Cuidar de Enfermagem culturalmente congruente:** “ações ou decisões de auxílio, apoio, facilitadoras ou capacitadoras cognitivamente baseadas feitas à medida para servir valores, crenças e modos de vida do indivíduo, grupo ou institucionais para prestar ou apoiar serviços de cuidados de saúde ou bem-estar significativos, benéficos e satisfatórios”.

Atualmente, devido ao número significativo de imigrantes residentes em Portugal, depara-se com a importância da enfermagem transcultural, uma vez que a maior parte das comunidades são multiculturais e, por isso, espera-se que os enfermeiros compreendam e respondam aos clientes de culturas diferentes, prestando cuidados culturalmente competentes.

Em termos de preservação ou manutenção cultural, o enfermeiro tem de apoiar o cliente na conservação dos seus aspetos culturais que desenvolvem comportamentos saudáveis. A acomodação ou a negociação cultural é, assim, o reconhecimento que certa prática, embora não tenha a utilidade científica reconhecida, tem um significado ao nível cultural. Por tal, o enfermeiro deve negociar a integração dessa prática nos cuidados, para

alcançar uma maior adesão do cliente ao protocolo de tratamento. A repadronização, ou reestruturação, cultural associa-se à ação do enfermeiro em facultar a modificação dos comportamentos de origem cultural que sejam lesivos, negativos ou incompatíveis com o bem-estar do cliente (Leininger, 2001).

É importante também referir que o Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2005, p. 141) alude à importância da cultura no dever profissional da prestação de cuidados de enfermagem, referindo que o enfermeiro deve abster-se de juízos de valor, sem que impunha as suas crenças ou valores, no respeito pelas opções do cliente, a nível político, cultural, moral e religioso, bem como fomentar o exercício dos direitos do cliente. O enfermeiro, ao prestar cuidados, tem de ter como foco a Pessoa “como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade”, considerando as suas dimensões biopsicosociocultural e espiritual (Ordem dos Enfermeiros, 2005, p. 141).

A enfermagem transcultural é vista como um campo de prática culturalmente competente que é centrado no cliente e focado na pesquisa (Niina, Maija & Helena, 2015). Concentra-se na prestação de cuidados dentro das diferenças e similaridades das crenças, valores e padrões de culturas. Segundo Leininger (1995), a enfermagem transcultural é uma área formal de estudo e prática focada em estudos comparativos da cultura holística, cuidados, saúde e padrões de doença das pessoas, com respeito pelas diferenças e semelhanças nos seus valores culturais, crenças e prática, com o objetivo de fornecer uma assistência de enfermagem culturalmente congruente, sensível e competente a pessoas de diversas culturas. O objetivo da enfermagem transcultural é desenvolver uma abordagem científica e humanística (Andrews et al, 2010, p. 21).

Enfermagem transcultural requer uma avaliação rigorosa, habilidades analíticas e a capacidade de planear, conceber, implementar e avaliar os cuidados de enfermagem a clientes, famílias, grupos e comunidades com culturas diferentes (Andrew set al, 2010, p. 21). A melhor maneira de um enfermeiro prestar um cuidado transcultural é estar aberto e atento às reais necessidades dos clientes, independentemente da sua cultura, raça e religião. Ao conhecer essas necessidades ou o que o cliente deseja, o enfermeiro pode ajustar essas necessidades e aplicá-las no seu plano de cuidados de enfermagem (Alice, 2015).

A competência cultural em enfermagem é definida como um processo, em oposição a um fim dado como adquirido, em que o enfermeiro se esforça continuamente para trabalhar de forma eficaz dentro do contexto cultural da pessoa, da família ou da comunidade a partir de um *background* cultural (Smith, 2013, p.37). A competência cultural é o processo contínuo que os enfermeiros usam para trabalhar de forma eficaz e eficiente dentro de um mundo culturalmente ditado pelo cliente. Enfermeiros culturalmente competentes acreditam que toda

pessoa e sua família merecem ter acesso e oportunidades justas e equitativas aos cuidados de saúde. Os enfermeiros culturalmente competentes entendem que cada pessoa é única, respeitando o cliente, bem como o papel que a cultura desempenha na definição de saúde e doença (Smith et al, 2013, p. 27).

Segundo Sindyigaya (2016, pp. 8-12), o cuidado de enfermagem culturalmente competente é guiado pelos seguintes princípios: o cuidado é projetado para um cliente específico, baseando-se na singularidade da cultura do cliente e inclui normas e valores. O cuidar inclui estratégias de auto-capacitação para facilitar a tomada de decisão do cliente no comportamento de saúde. O cuidar tem de ser proporcionado com sensibilidade baseada na singularidade cultural dos clientes. Por conseguinte, os cuidados de saúde culturalmente competentes têm muitos benefícios: mais sucesso na educação do cliente; aumentos no comportamento de procura dos cuidados de saúde; menos erros de diagnóstico; mais adesão terapêutica; maior adesão ao aconselhamento; escolhas ampliadas e acesso a cuidado de qualidade.

Numa revisão sistemática da literatura, Sindyigaya (2016) objetivou explorar e analisar, por meio de revisão bibliográfica, a competência cultural dos enfermeiros, para fornecer informações as estudantes do curso de licenciatura em enfermagem e enfermeiros sobre como melhorar a sua competência cultural e responder às necessidades futuras da sua prática profissional, num ambiente multicultural. Os resultados do estudo revelam a maioria dos enfermeiros demonstrou sentimentos de apreensão e falta de confiança na sua competência cultural. Além disso, verificou que os enfermeiros precisam de reconhecer os seus próprios valores para terem competência cultural. Estudos consultados por Sindyigaya (2016) revelam que há enfermeiros que sentem receio de cometer erros quando prestam cuidados a clientes com uma cultura diferente da sua, causando-lhes stresse.

No estudo qualitativo de Lin, Wu e Hsu (2019, pp. 7-11), cujo objetivo consistiu em criar um referencial teórico descritivo sobre as experiências das competências culturais de 30 enfermeiros, em Taiwan, ficou demonstrado que a maioria dos enfermeiros se encontrava “despreparada” para lidar com as diferentes culturas dos utentes, apesar de terem consciência da importância das diferenças de valores. Os enfermeiros revelaram que tiveram dificuldade em implementar o seu trabalho num contexto culturalmente tão divergente e em procurar recursos que representassem situações em que as características comportamentais melhorassem as suas competências culturais. No global, os enfermeiros que gerem diferentes situações culturais acabaram por aprender a tolerar as diferentes culturas e a proporcionar aos utentes cuidados culturalmente apropriados, traduzindo-se num aumento da qualidade do atendimento. Assim, concluiu-se que, com os avanços e a fácil acessibilidade aos serviços de saúde, os enfermeiros requerem competências culturais mais elevadas para perceber e

satisfazer as necessidades dos utentes dispares culturalmente. Neste sentido, sugerem que as instituições de saúde devem elaborar programas em serviço sobre o cuidar cultural para ajudar a fortalecer as relevantes competências culturais dos enfermeiros, de modo a que estes possam atender as necessidades de cuidado cultural de cada utente e, assim, impulsionar a qualidade dos cuidados prestados.

2.1. COMPETÊNCIA CULTURAL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

O conceito de competência cultural tem dominado discussões nas mais diversas áreas, nos últimos 20 a 30 anos em muitos países da civilização ocidental. Tornou-se difundido nos anos 70 do século XX com o objetivo de se aceitar ou tolerar a diversidade cultural. Na linguagem quotidiana também é considerado como sinónimo de esforço para promover a integração de imigrantes. É a capacidade de reconhecer as culturas, raças e etnias, particularmente as pertencentes aos grupos minoritários, tendo em conta as suas diferenças dentro de uma cultura política dominante (Atanga & Ayong, 2017, p. 8).

A competência cultural é um termo que tem sido bastante difundido nos meios de comunicação social e em contexto académico. Um enfermeiro para se tornar culturalmente competente necessita de conhecimentos, atitudes e habilidades que suportam o cuidado de pessoas de diferentes idiomas e culturas. A cultura influi não apenas nas práticas de saúde, mas também no prestador de cuidados de saúde e na forma como a pessoa percebe a doença. Este processo envolve também aprender a adaptar-se a situações novas e diferentes de maneira flexível. É que as instituições de saúde, nomeadamente o hospital, não são um “terreno” familiar para os clientes, especialmente quando está fora do “reino” da sua identidade cultural. Deste modo, para que um enfermeiro se torne culturalmente competente tem de possuir: (i) conhecimento, ou seja, adquirir uma base de conhecimento de culturas na sua área de serviço, especialmente em relação às práticas e crenças em saúde; (ii) atitude, ou seja, evitar fazer suposições estereotipadas sobre a cultura dos clientes, tomando conhecimento dos seus próprios preconceitos; (iii) habilidades, isto é, aprender novas habilidades de comunicação para simplificar a linguagem para qualquer cliente, independentemente do idioma principal (Murphy, 2011, p. 5).

A competência cultural pode ser definida como o desenvolvimento de uma consciência da própria existência, sensações, pensamentos e ambiente, sem permitir que ela tenha uma influência indevida sobre aqueles que possuem outras origens; demonstrar conhecimento e compreensão da cultura do cliente; aceitar e respeitar as diferenças culturais; adaptar o cuidado para ser congruente com a cultura do cliente, de acordo com Larry Purnell em seu

livro *Transcultural Health Care*, datado de 1998, como referencia Neese (2016, s.p.). O mesmo autor refere que a competência cultural refere-se à melhor forma de atender as necessidades de uma população cada vez mais diversificada e como efetivamente defendê-la. As explicações do cuidado de enfermagem culturalmente competente concentram-se em reconhecer as necessidades individuais de um cliente, incluindo idioma, costumes, crenças e perspectivas. A sensibilidade cultural é fundamental para todos os enfermeiros, pois o enfermeiro deve intervir com compaixão e respeito pela dignidade inerente, valor e atributos únicos de cada pessoa.

Um grande desafio enfrentado pelos enfermeiros é a prestação de cuidados culturalmente competentes a uma sociedade cada vez mais diversificada. As pessoas que procuram cuidados de saúde revelam necessidades culturais e comportamentos únicos. A prestação de cuidados centrados no cliente e na família exige que os enfermeiros reconheçam a cultura do cliente e da família, a cultura do enfermeiro, e como ambos afetam o cuidado e a relação de ajuda. Como tal, assume toda a relevância a importância do cuidado de enfermagem culturalmente congruente (McFarland & Wehbe-Alamah, 2014, p. 14; Hart & Mareno, 2016, p. 121).

A competência cultural é definida como “o processo contínuo em que o enfermeiro se esforça continuamente para alcançar a capacidade e a disponibilidade para trabalhar de forma eficaz dentro do contexto cultural de cada pessoa a quem presta cuidados (pessoa, família, comunidade) (*Transcultural Care Associates*, 2015, s. p.). O mesmo organismo refere que a competência cultural é um meio efetivo de proporcionar cuidados a pessoas de todas culturas, raças, origens étnicas e religiões, de uma maneira que se respeite o valor do individual e se preserve a sua dignidade. A competência cultural é um processo contínuo que envolve aceitar e respeitar as diferenças. É mais do que adquirir as habilidades para trabalhar com pessoas culturalmente diversas, mas também trabalhar dentro do contexto cultural da pessoa e sua família.

O principal órgão de acreditação para hospitais nos Estados Unidos, *Joint Commission* (2010), enfatiza a importância da competência cultural em enfermagem no que se refere à segurança do cliente, salientando os efeitos negativos para a saúde quando os aspetos culturais do cuidado são mal compreendidos.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica, tendo em conta o seu perfil de competências, assume-se como o prestador de cuidados capital à mulher inserida na família e comunidade. Este profissional de saúde possui um conhecimento proficiente do seu domínio específico de atuação e presta, para além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados especializados, comuns e específicos, evidenciando níveis

elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão, que se traduzem em competências especializadas de natureza científica, técnica e humana que constituem a base de cuidados adaptados, culturalmente sensíveis e de alta qualidade às clientes (Ordem dos Enfermeiros, 2010, 2012; *International Confederation of Midwives*, 2013).

Atualmente, Portugal é cada vez mais um país multicultural, com diferentes grupos étnicos que têm as suas crenças singulares no que se refere à gravidez, parto e puerpério. Com o aumento da população imigrante, ser culturalmente competente é um desafio para as instituições de saúde e respetivos profissionais de saúde, para poderem prestar cuidados a esta população com características próprias. Estes pressupostos tornaram importante uma abordagem do desenvolvimento da competência cultural dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica ao cuidar da mulher imigrante (Bruno, 2012, p. 8).

Como profissionais de saúde que vivem numa sociedade multicultural, seria incomum os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica não se depararem com uma mulher que é cultural e etnicamente diferente de si mesmos. Às vezes, na prática profissional, podem enfrentar as barreiras culturais com facilidade, reconhecendo os valores e as crenças fundamentais da cliente, trabalhando com elas. Noutras ocasiões, essas barreiras tornam-se mais difíceis de transpor. Neste sentido, os enfermeiros têm de fazer uma avaliação, ou seja, focar-se em aspetos culturais do estilo de vida da cliente, crenças em saúde e práticas de saúde; devem possuir competências comunicacionais, estando ciente das variações nas respostas verbais e não-verbais das clientes; saberem negociar e assumir um compromisso cultural, ficando mais atentos aos aspetos da cultura da cliente, além de entenderem os seus pontos de vista e ajudarem a explicar os seus problemas; devem estabelecer respeito e *rapport*, sendo necessário um relacionamento terapêutico que represente o respeito genuíno pelas crenças e valores culturais da cliente; devem prestar cuidados culturalmente sensíveis a um grupo culturalmente diversificado, permitindo que as clientes obtenham um senso de segurança cultural (Değer, 2018).

Assim sendo, a competência cultural assume-se como o ponto de confluência de “comportamentos, atitudes e habilidades por parte do profissional, de modo a prestar cuidados de enfermagem que respeitem o indivíduo como ser holístico, dentro da sua cultura e na diversidade de valores e crenças” (Bruno, 2012, p. 8). O respeito cultural é vital para reduzir as disparidades de saúde e melhorar o acesso aos cuidados de saúde de alta qualidade que respondam às necessidades das mulheres. Os enfermeiros devem responder às mudanças na demografia das mulheres para fornecer cuidados culturalmente sensíveis. Essa necessidade é notavelmente evidente ao nível de saúde materna e obstetrícia.

Campinha-Bacote e Munoz (2001, p. 49) propuseram um modelo de cinco componentes para desenvolver a competência cultural:

- A consciencialização cultural que envolve o autoexame da exploração profunda da formação cultural e profissional de cada um. Essa componente começa com uma visão das crenças e valores culturais de saúde. Uma ferramenta de avaliação da consciencialização cultural pode ser usada para avaliar o nível de consciencialização cultural de uma pessoa;
- O conhecimento cultural que abarca a procura e a obtenção de uma base de informações sobre diferentes grupos culturais e étnicos. Esta componente é expandida com o acesso a informações científicas;
- A habilidade cultural que compreende a capacidade do enfermeiro recolher dados culturais relevantes sobre o problema apresentado pela cliente e realizar com precisão uma avaliação culturalmente específica;
- O encontro cultural que é definido como o processo que incentiva os enfermeiros a integrarem diretamente interações transculturais com pessoas de origens culturalmente diversas. Os enfermeiros aumentam a competência cultural interagindo diretamente com as clientes de diferentes origens culturais. Este é um processo contínuo; o desenvolvimento da competência cultural não pode ser dominado;
- O desejo cultural refere-se à motivação para se tornar culturalmente consciente e procurar encontros culturais. Envolve a disposição de estar aberto aos outros, aceitar e respeitar as diferenças culturais e estar disposto a aprender com os outros.

A competência cultural, para Campinha-Bacote e Munoz (2001, p. 49), pode ser definida como o processo em que o gestor de caso continuamente se esforça para alcançar a capacidade de trabalhar de forma eficaz dentro do contexto cultural de um cliente (individual, familiar ou comunidade). Este processo, ainda na perspectiva dos autores citados, requer que, no caso concreto os enfermeiros, se vejam a si mesmos como “tornarem-se” culturalmente competentes em vez de “serem” culturalmente competentes.

Na sociedade multicultural de hoje, os enfermeiros são confrontados com a tarefa de fornecer culturalmente uma atenção congruente aos imigrantes de diversas origens culturais, o que se apresenta como um desafio, requerendo incorporar as necessidades culturais da pessoa cuidada para lhe proporcionar cuidados de qualidade e satisfatórios. Para melhorar os resultados de saúde dentro de um contexto cultural, os enfermeiros têm a necessidade de adquirir conhecimentos, habilidades e atitudes específicas em enfermagem intercultural (Atanga & Ayong, 2017, p. 2).

Estudos sobre minorias étnicas e profissionais de saúde revelam fatores estruturais e psicológicos como barreiras à prestação de cuidados numa sociedade multicultural (Parmet, Sainsbury-Wong & Prabhu, 2017, p. 55). A diversidade cultural apresenta muitos desafios para os sistemas de saúde, pelos quais os enfermeiros têm que cuidar de pessoas com diferentes origens culturais. Alguns dos desafios incluem a falta de sensibilidade e de compreensão cultural, literacia em saúde e percepções de cuidados esperados *versus* percebidos. As evidências apontam para o facto de esses desafios estarem diretamente ligados a níveis mais elevados de sofrimento psicológico em imigrantes (Parmet, Sainsbury-Wong & Prabhu, 2017, p. 56).

Os enfermeiros, por sua vez, de acordo com outros estudos, sentem que o atendimento a pessoas de minorias étnicas afeta o fluxo de trabalho, o tempo necessário para prestar cuidados e a ausência de intérpretes acaba também por se tornar num fator stressante quer para os enfermeiros, quer para os clientes. O multiculturalismo tem, assim, um impacto significativo na prestação de cuidados em relação a valores culturais, crenças e práticas de saúde, língua e estatuto de literacia em saúde dos clientes imigrantes (Taylor, Nicolle & Maguire, 2013, p. 35).

A cultura é um elemento-chave no multiculturalismo e um dos conceitos sobre os quais a enfermagem é baseada e definida. A cultura refere-se a valores compartilhados, normas e códigos que coletivamente moldam as crenças, as atitudes e os comportamentos de um grupo através da sua interação com o seu ambiente (Iwelunmor, Newsome & Airhihenbuwa, 2014, p.21).

Os desafios culturais colocados à enfermagem remonta, como já referenciado a Leininger, que iniciou e desenvolveu a teoria da aprendizagem transcultural ou enfermagem intercultural que é a área da enfermagem que se concentra no cuidado humano, contexto de saúde e meio ambiente. A enfermagem transcultural, portanto, é uma estratégia usada para abordar as necessidades culturais da pessoa cuidada, acesso igual ao tratamento, respeito pelas crenças e práticas culturais, incluindo a religião, os estilos de vida, os cuidados pessoais, as necessidades e as rotinas diárias, necessidades de comunicação e necessidades de segurança cultural. A enfermagem transcultural é agora uma disciplina em enfermagem parte integrante de escolas de enfermagem para preparar o corpo docente e educar os estudantes para alcançarem cuidados competência cultural, que é uma responsabilidade de todos os enfermeiros e deve ser uma parte integrante do tecido das organizações escolares, uma vez que beneficia os estudantes, os clientes e as instituições de saúde (Douglas, Pierce, Rosenkoetter, Pacquiao et al., 2011).

Num estudo, exploratório e descritivo de natureza qualitativa, realizado por Coutinho, Amaral, Parreira, Chaves, Amaral e Nelas (2017, pp. 1579-1583), cujo objetivo consistiu em compreender a natureza do cuidado de enfermagem culturalmente competente, na interação dos enfermeiros de enfermagem obstétrica e puérperas, com uma amostra 36 participantes, 21 enfermeiras e 15 puérperas, emergiram as categorias: "(i) Atributos reconhecidos pelas puérperas aos enfermeiros que as cuidaram; (ii) Atitudes que as puérperas reconhecem como estratégias para os enfermeiros lhes transmitirem confiança; (iii) Constrangimentos verbalizados em relação ao processo de cuidados; (iv) Significado atribuído à enfermagem transcultural; (v) Recursos utilizados como mediadores culturais; (vi) significado sobre o cuidado cultural e competência cultural". As autoras concluíram que, embora os enfermeiros tenham relatado que prestam cuidados humanizados, os resultados mostram que estes, no que diz respeito à competência cultural, estão num estadio considerado "culturalmente inconsciente". Quanto aos constrangimentos reconhecidos pelas puérperas no processo de cuidar, as autoras referem que os enfermeiros têm de desenvolver "práticas emancipatórias e esclarecedoras com a mulher e casal, através de uma consciência crítica, para que os cuidados de enfermagem possam ser culturalmente congruentes, ajustados à singularidade da pessoa e à realidade sociocultural de cada cliente".

Para que possa prestar cuidados culturalmente competentes, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica tem de recorrer a técnicas de comunicação adaptadas, uma vez que, se este não consegue comunicar com a parturiente, também não pode avaliar se os seus cuidados respeitam as práticas culturais da mulher (Bruno, 2012, p. 28). A mesma autora defende que "as dificuldades de comunicação podem resultar na centralização do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica apenas nos aspectos físicos do cuidar" (p. 28). Deste modo, quanto mais competência cultural tiver o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica, mais capacidade possui "para respeitar a autonomia e os valores culturais da utente" (Bruno, 2012, p. 28).

As interações que se estabelecem ao nível dos cuidados prestados por enfermeiros a mulheres imigrantes e as competências culturais que se desenvolvem a partir das mesmas, conferem facultam "aos enfermeiros uma nova forma de olhar sobre si mesmos e sobre aqueles de quem cuidam" (Reis & Costa, 2014, p. 61). As interações entre esta díade, ainda na perspetiva das mesmas autoras, são os alicerces do "desenvolvimento das competências culturais nos enfermeiros e da vivência equilibrada de processos de transição" nas mulheres imigrantes" (p. 61). A competência cultural é uma habilidade essencial na prática de enfermagem. Todavia, segundo Smith (2018, p. 19), nem todos os enfermeiros têm práticas culturalmente competentes. Culturalmente, os cuidados de enfermagem competentes estão

ligados a um grupo culturalmente diversificado enfermeiros que reflete a diversidade de atributos dos clientes.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1. PARTICIPANTES E MÉTODOS

Neste capítulo descreve-se o percurso metodológico adotado para estudar o contributo dos mediadores interculturais nos cuidados prestados pelo enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica às mulheres imigrantes e verificar como se desenvolve a competência cultural do enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, numa abordagem qualitativa. Assim, apresentam-se as questões de investigação, os objetivos a atingir, o desenho da investigação, a caracterização dos participantes no estudo, o instrumento de recolha de dados utilizado, os procedimentos éticos e formais, bem como o processo de análise da informação.

1.1. MÉTODOS

Após a definição do problema, tem lugar a especificação das questões de investigação que orientam a recolha de dados e às quais se procura dar resposta. Com base na literatura disponível na área do fenómeno em estudo, enunciam-se as seguintes questões:

- Qual o significado de competência cultural na perspetiva do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica?
- Qual o contributo dos mediadores interculturais nos cuidados prestados pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica às mulheres imigrantes?

Para obter resposta a estas questões, recorreu-se à realização de entrevistas exploratórias com subsequente redução de dados, codificação e análise de conteúdo.

Os objetivos principais que se pretendem atingir são:

- Compreender o significado de competência cultural na perspetiva do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica;
- Compreender a contribuição dos mediadores interculturais nos cuidados prestados pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica às mulheres imigrantes.

Na sequência dos objetivos principais definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- Compreender o significado de cuidar em contexto de maternidade de pessoas imigrantes, tendo em conta os desafios e as dificuldades e como estes são ultrapassados;
- Compreender o significado de cuidado culturalmente competente na perceção dos participantes;

- Compreender o significado de mediação intercultural para os participantes;
- Conhecer as estratégias utilizadas em caso de necessidade de mediar uma situação cultural no contexto de maternidade;
- Compreender o significado atribuído à presença de mediadores interculturais no contexto de maternidade;
- Conhecer o contributo do mediador cultural nos cuidados prestados pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica;
- Conhecer as estratégias utilizadas pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica para desenvolver um cuidado culturalmente sensível/ competente;
- Conhecer as estratégias de ação utilizadas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica para explorar as expectativas, crenças, valores, práticas culturais, durante a gravidez, parto e puerpério que o capacite para a prestação de cuidados culturalmente congruentes;
- Compreender a perceção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica quanto à possibilidade de se tornar um mediador intercultural.

Em suma, objetiva-se compreender o processo de aquisição de competência cultural por parte do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, e o contributo dos mediadores culturais nos cuidados prestados e na aquisição de competência de mediação intercultural.

1. 2. TIPO DE ESTUDO

O presente estudo é estudo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa com enfoque fenomenológico-hermenêutico.

A ciência humana é racionalista na medida em que opera na suposição de que a vida humana pode tornar-se inteligível e acessível à razão humana de maneira ampla ou num sentido definitivo. Ser racionalista é acreditar no poder do pensamento, *insight* e diálogo, e na possibilidade de compreender o mundo, mantendo uma relação reflexiva e dialógica com o mundo. A racionalidade é a crença de que se pode compartilhar este mundo, que se pode tornar as coisas compreensíveis uns aos outros e essa experiência pode ser inteligível. No entanto, a ciência humana também assume que a experiência humana é sempre mais complexa do que o resultado de uma singular descrição e que há sempre um elemento do inefável à vida. Essa perspectiva da ciência humana permite discernir a complexidade e/ou a

amplitude da experiência das pessoas ao envolverem-se com o mundo ao seu redor (van Manen, 1997, 2014, 2015).

Uma rigorosa ciência humana está preparada para ser “suave” e reflexiva nos seus esforços para trazer a gama de significados dos fenómenos da vida para a consciência reflexiva. O significado das noções da ciência humana como 'método', 'objetividade', 'subjetividade', 'compreensão' e o significado da 'descrição', 'análise', 'interpretação', etc., devem ser sempre compreendidos dentro de uma certa perspectiva racional (van Manen, 1997, 2014, 2015). Um exemplo de tal perspectiva racional é a fenomenologia. A definição mais ampla da fenomenologia é que ela é um ponto de vista teórico, que defende o estudo das experiências das pessoas e o comportamento humano é determinado pelos fenómenos da experiência em vez de ser objetivo, a realidade fisicamente descrita que é externa à pessoa. Pode ser visto como um método ou metodologia quando empregue para reunir significados através da análise da linguagem como falada ou escrita (Sloan & Bowe, 2014, p. 1292).

O objetivo da fenomenologia consiste em criar um texto que evoque a experiência tal como é experienciada pelas pessoas, dado que recorre a diferentes fontes que lhe possibilitem explicitar claramente o sentido do fenómeno em estudo. Um estudo fenomenológico centra-se nas experiências da vida. Para tal, deve observa-se atentamente as subtilezas quotidianas, sem que se encerre em passos, passando a ser um modo de estar que Van Manen assinala como “atitude” (Pereira, 2015, p. 9609).

A pesquisa hermenêutica-fenomenológica é uma proposta metodológica para a pesquisa da experiência vivida, muito utilizada nos estudos fenomenológicos em enfermagem (Pereira, 2015, p. 9609).

A fenomenologia hermenêutica é definida por van Manen (2014, p. 26) como um método de reflexão isenta de juízos de valor sobre as estruturas da experiência vivida da existência humana. O termo método refere-se ao caminho ou atitude para abordar um fenómeno; isenta significa que refletir sobre a experiência visa a abstenção teórica, polémica, suposicional e emocional; hermenêutica significa refletir sobre a experiência e deve ter como objetivo a linguagem discursiva e os dispositivos interpretativos sensíveis que possibilitam a análise, a explicação e a descrição fenomenológica e inteligível.

Neste tipo de estudo, as sugestões metodológicas propostas não pretendem ser entendidas como um conjunto de etapas a seguir numa ordem predeterminada, mas sim como aspetos metodológicos a considerar quando se delinea a pesquisa hermenêutico-fenomenológica (van Manen, 2015, p. 127). Em primeiro lugar, o mesmo autor refere como é importante para o investigador ter um fenómeno em foco no qual está realmente interessado e que com o qual se compromete. Ou seja, quando um investigador opta por uma pesquisa

em ciências humanas (ou num estudo hermenêutico-fenomenológico), deve fazê-lo com um interesse profundo e estabelecido no respetivo campo profissional. Em segundo lugar, van Manen (2015, p. 127) salienta que é preciso pesquisar a experiência como ela é vivida, o que significa que toda a pesquisa deve, desde o início até ao fim, concentrar-se na experiência em si, não em como ela é concetualizada. Em terceiro lugar, considera de vital importância refletir sobre os aspetos essenciais que caracterizam o fenómeno em questão e descrevê-lo através da arte de escrever e reescrever.

A pesquisa fenomenológica tem como objetivo distinguir entre a aparência e os fatores essenciais, de tal forma que o investigador tenta compreender em que constitui o fenómeno e a experiência vivida em questão. Deste modo, assume-se que a reflexão e a escrita são duas atividades distintas que são difíceis de separar e que, através de ambas, se pretende descobrir e revelar a essência da experiência vivida (van Manen, 2015, p. 127). Permite que a pesquisa seja conduzida nos aspetos mais sensíveis e decisivos da enfermagem, porque, para além de contribuir para o corpo de conhecimento da enfermagem, oferece um tipo peculiar de conhecimento que possibilita ao enfermeiro atuar de forma mais reflexiva, com tato e habilidade, em determinadas situações e relacionamentos que emergem na sua prática profissional diária. Assim, trata-se de uma forma de pesquisa orientada para a descoberta de significados expressos por um sujeito sobre a sua experiência (Errasti-Ibarrondo, Díez-Del-Corral, Jordán & Arantzamendi, 2019, p. 2). De acordo com os mesmos autores, a fenomenologia objetiva descobrir como a realidade é constituída e como o ser humano vivencia através de factos conscientes, procurando descobrir a essência dos fenómenos, a sua natureza intrínseca e o sentido que os seres humanos lhe atribuem. A abordagem fenomenológica hermenêutica valoriza a interpretação e a compreensão da experiência humana, sem se restringir unicamente à sua descrição, sendo esta uma maneira de aceder aos fenómenos de interesse para a Enfermagem.

Deste modo, o presente estudo é de natureza qualitativa, com recurso à abordagem fenomenológica hermenêutica, cujos dados foram colhidos através de entrevistas semiestruturadas, gravadas em suporte áudio e transcritas posteriormente para suporte em papel.

1. 3. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Tendo-se em consideração o estudo que se deseja desenvolver, optou-se pela entrevista semiestruturada como instrumento de colheita (cf. Anexo I). A entrevista assume-se como um instrumento peculiar de comunicação verbal que se estabelece entre o investigador e os participantes, visando colher dados referentes às questões de investigação

enunciadas. É um método utilizado nos estudos descritivo-exploratórios em que o investigador recorre à abordagem qualitativa (Fortin, 2009, p. 47).

A entrevista permite que o investigador “entre” no mundo do entrevistado e o recurso a perguntas abertas e esclarecedoras, facilitam os entrevistados a descrever as suas vivências. Ao longo da entrevista, o investigador pode ajudar os participantes a explicarem-se mais pormenorizadamente, fazendo-lhes perguntas, todavia, sem liderar a conversa, ouvindo-os atentamente sem nunca os interromper, centrando-se nas respostas e respeitando a partilha de experiências (Streubert & Carpenter, 2002).

Foi construído um guião, para servir de apoio à entrevista, constituído por duas partes: a primeira com variáveis inerentes à caracterização sociodemográfica dos participantes e a segunda por perguntas abertas.

Cada entrevista foi gravada no bloco de partos, local onde participantes trabalham, no período compreendido entre Setembro de 2018 e Dezembro de 2018. A duração das entrevistas variou consoante a disponibilidade de cada participante.

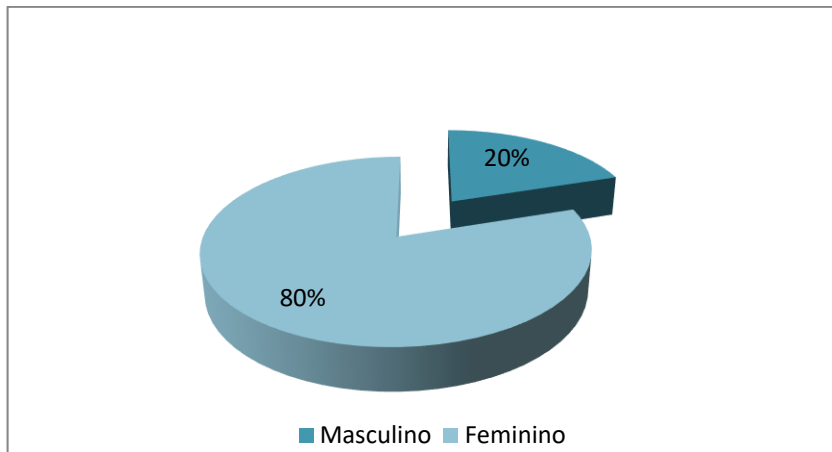
1. 4. PARTICIPANTES

Os participantes deste estudo são 10 enfermeiros a exercerem no bloco de partos de um hospital da Grande Lisboa.

1.4.1. Caracterização sociodemográfica das participantes

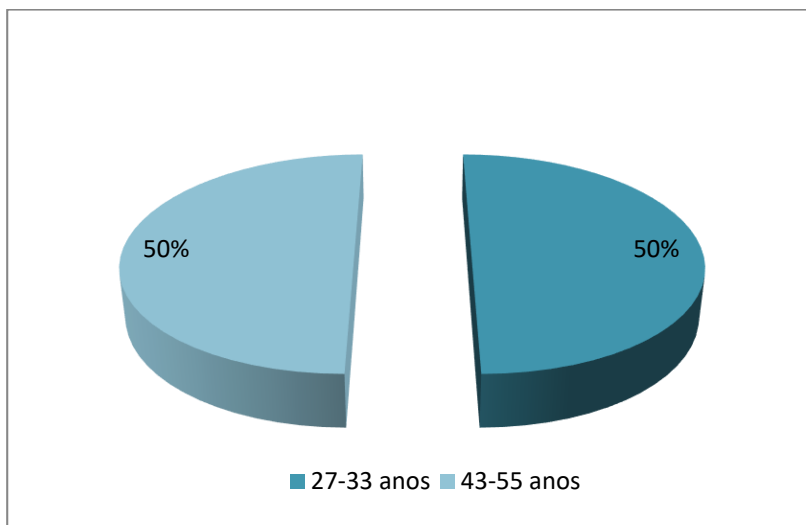
Constata-se que os participantes são maioritariamente do sexo feminino (80%) (cf. gráfico 1).

Gráfico 1. Distribuição dos participantes em função do género



Verifica-se que 50% dos participantes se situam na faixa etária dos 27-33 anos e os outros 50% têm idade compreendida entre os 43-55 anos (cf. gráfico 2).

Gráfico 2. Distribuição dos participantes em função da idade



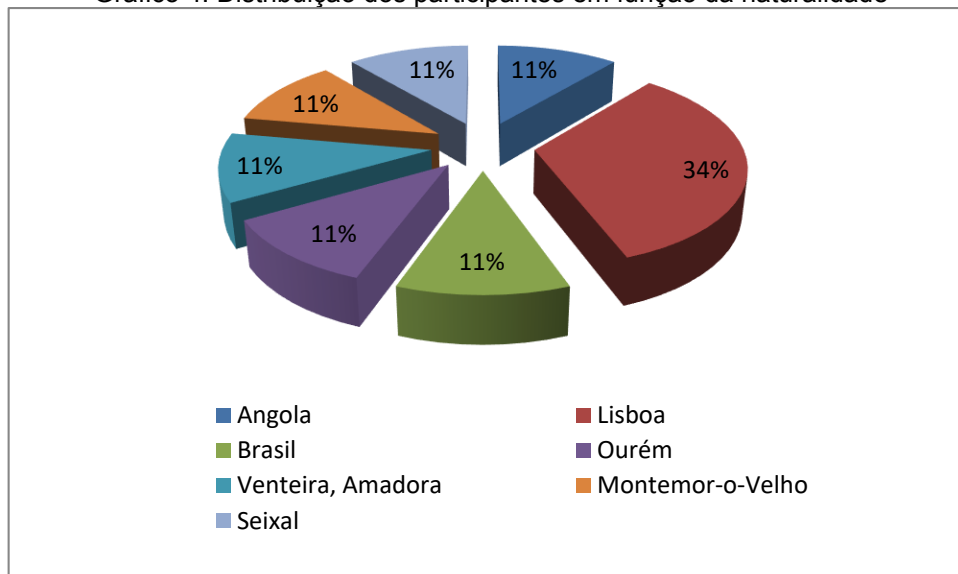
No que diz respeito à nacionalidade, prevalecem os participantes de nacionalidade portuguesa (90%) (cf. gráfico 3).

Gráfico 3. Distribuição dos participantes em função da nacionalidade



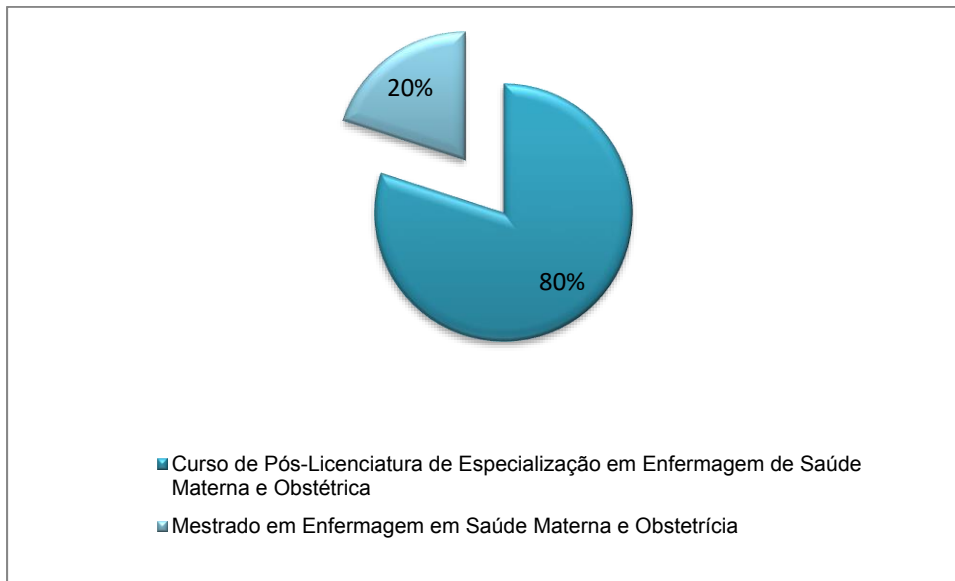
Quanto à naturalidade, 34% dos participantes são naturais de Lisboa, os restantes, com igual valor percentual (11%), Angola, Brasil, Venteira, Amadora, Seixal, Ourém e Montemor-o-Velho (cf. gráfico 4).

Gráfico 4. Distribuição dos participantes em função da naturalidade



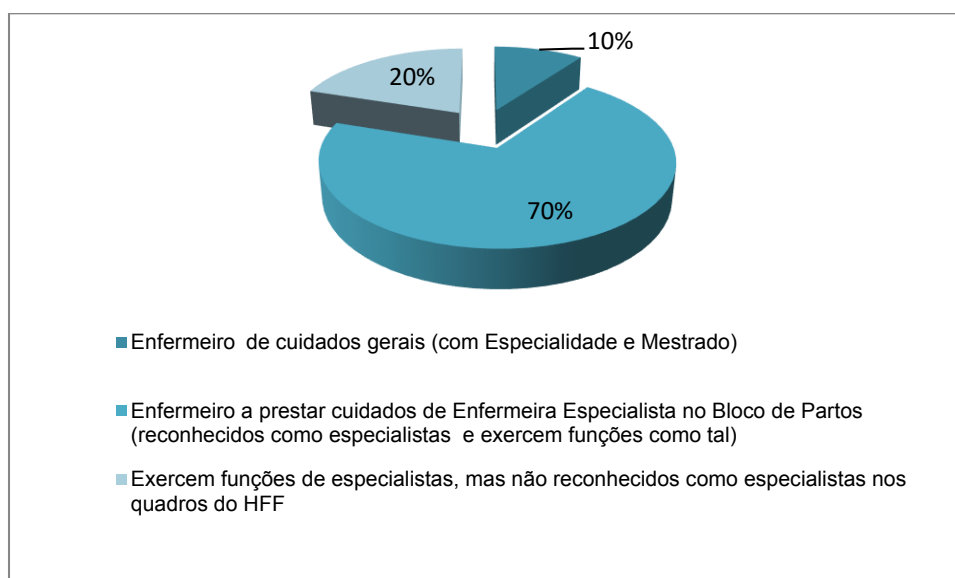
Em relação à formação académica, verifica-se que 80% dos participantes possuem o Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e 20% têm o Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia (cf. gráfico 5).

Gráfico 5. Distribuição dos participantes em função da formação acadêmica



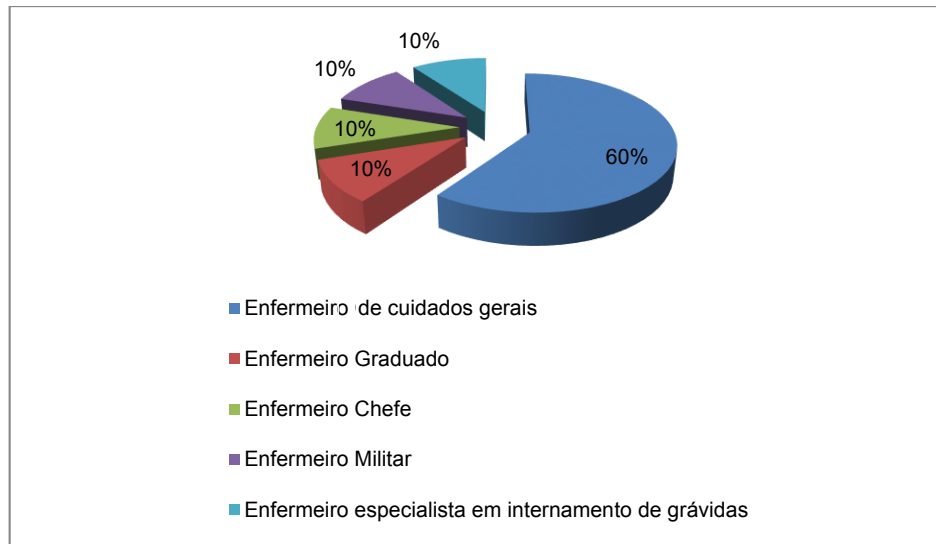
Quanto ao cargo atual que os participantes desempenham, 70% são reconhecidos como especialistas e exercem funções como tal, 20% não são reconhecidos como especialistas nos quadros do hospital em questão, mas exercem funções de especialistas, sendo que desses 20%, 10% são reconhecidos como enfermeiro de cuidados gerais e 10% como enfermeiro graduado. Uma dos participantes (10%) terminou o mestrado e a especialidade recentemente, sendo considerado enfermeiro de cuidados gerais e exerce funções de cuidados gerais (cf. gráfico 6).

Gráfico 6. Distribuição dos participantes em função do cargo atual



No que diz respeito ao cargo anterior, sobressaem os participantes (60%) que exerciam funções de enfermeiro de cuidados gerais (cf. gráfico 7).

Gráfico 7. Distribuição dos participantes, em função do cargo anterior



1. 5. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Foram respeitados os princípios éticos, tendo sido obtido o consentimento informado (cf. Anexo II), de cada participante, após o esclarecimento sobre os objetivos do estudo, da proteção do anonimato e a possibilidade de cancelar a sua colaboração em qualquer momento.

Foi realizado um pedido de autorização formal à Comissão Nacional de Proteção de Dados (cf. Anexo III) e à Comissão de Ética do Hospital em causa (cf. Anexo IV), para a recolha de dados necessários.

De forma a respeitar a privacidade dos dados dos participantes foram atribuídos códigos às entrevistas atribuindo a letra E (de enfermeiro) e um número de acordo com a ordem das entrevistas, (exemplo da codificação da primeira enfermeira a ser entrevistada – E1).

1.6. MÉTODO DE ANÁLISE

A análise de dados, numa investigação qualitativa, inicia com a recolha de dados. Por conseguinte e tendo em conta o objetivo e a problemática exposta anteriormente, apresenta-

se a análise de conteúdo no tratamento dos dados, que contou com o auxílio da aplicação informática Nvivo® versão 12.

A análise de conteúdo, segundo Bardin (2015), consiste na técnica de tratamento das informações recolhidas através de entrevistas, em profundidade. Possibilita fazer o confronto entre o quadro de referência do investigador e o material empírico recolhido, bem como se caracteriza por apresentar uma dimensão descritiva, através da qual o investigador informa acerca do que foi narrado pelos entrevistados. Caracteriza-se ainda por possuir uma dimensão interpretativa resultante das questões colocadas pelo investigador, em conformidade com o tema em estudo, fazendo uso de um sistema de conceitos teórico-analíticos cuja articulação possibilita formular as regras de inferência, resultando num processo de categorização.

O Nvivo® consiste numa das aplicações empregues na análise de discurso, teoria fundamentada, análise de conversação, etnografia, revisões de literatura, fenomenologia e métodos mistos. As suas possibilidades de uso possibilitam que se organize, classifique, ordene, examinem relações e que se possam fazer combinações das análises decorrentes.

2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os dados recolhidos através das entrevistas encontram-se agrupados em sete categorias, designadamente: “Constrangimentos dos enfermeiros na interação com a mulher imigrante”, “Estratégias utilizadas pelo EESMO na interação com a mulher imigrante”, “Estratégias utilizadas pelo para se tornar mediador intercultural”, “Funções do mediador intercultural percecionadas pelo EESMO”, “Significado do cuidado culturalmente competente”, “Recursos escassos para cuidar imigrantes” e “Dificuldades reconhecidas pelo EESMO para se tornar mediador intercultural”. Cada categoria encontra-se dividida em subcategorias que reúnem as citações mais expressivas recolhidas do testemunho dos enfermeiros entrevistados. As categorias e subcategorias são apresentadas tendo em conta o número de enfermeiros que se referem ao tema (n) e a frequência com que o fazem (Ur).

A análise da tabela 1 revela que a categoria “Constrangimentos dos enfermeiros na interação com a mulher imigrante” foi referida por todos os enfermeiros, a qual apresenta 76 referências que emergiram ao longo das entrevistas. De igual modo, todos os enfermeiros se referiram às “Estratégias utilizadas pelo EESMO na interação com a mulher imigrante”, com 66 referências. Também se registou que todos os enfermeiros aludiram às “Estratégias utilizadas pelo EESMO para se tornar mediador intercultural”, com 29 unidades de registo, bem como todos referenciaram as “Funções do mediador intercultural percecionadas pelo EESMO”, surgindo em 42 referências. Na categoria “Significado do cuidado culturalmente competente”, onde há referência à mesma por parte de todos os enfermeiros, registam-se 36 referências. Quanto aos “Recursos escassos nos serviços para cuidar de imigrantes”, são mencionados por oito enfermeiros, por 17 vezes. Em relação às “Dificuldades reconhecidas pelo EESMO para se tornar mediador intercultural” foram mencionadas por quatro enfermeiros, com oito referências.

Tabela 1 - Categorias desocultadas no estudo

Categorias	N	Ur
Constrangimentos dos enfermeiros na interação com a mulher imigrante	10	76
Estratégias utilizadas pelo EESMO na interação com a mulher imigrante	10	66
Estratégias utilizadas pelo EESMO para se tornar mediador intercultural	10	29
Funções do mediador intercultural percecionadas pelo EESMO	10	42
Significado de cuidado culturalmente competente	10	36
Recursos escassos para cuidar imigrantes	8	17
Dificuldades reconhecidas pelo EESMO para se tornar mediador intercultural	4	8

A categoria “Constrangimentos dos enfermeiros na interação com a mulher imigrante” é constituída por cinco subcategorias, nomeadamente: “Barreira cultural”, “Dificuldade em prestar cuidados de acordo com o método individual”, “Número escasso de Enfermeiros face à exigência dos cuidados individuais”, “Escassez de tempo”, “Desvalorização da mulher pelo companheiro” (cf. Tabela 2). As barreiras culturais identificadas pelos informantes são: a dificuldade linguística, referida por nove dos dez participantes; a dificuldade em lidar com a diversidade cultural da população, apontada por sete participantes; o desconhecimento cultural por parte do enfermeiro, referenciado por quatro participantes; a não-aceitação de profissional de saúde do género masculino por algumas mulheres, e o choque religioso, ambos enunciados por três participantes; a dificuldade em aceitar a rejeição da amamentação, referido por dois participantes; e, o choque cultural, os preconceitos e tabus, a incapacidade em lidar com os costumes das pessoas e o esconderem informação sobre a mutilação genital feminina, apontado por apenas um participante. Esta subcategoria foi referenciada por todos os enfermeiros, contando com 66 unidades de registo.

Tabela 2 – Constrangimentos dos enfermeiros na interação com a mulher imigrante

Constrangimentos dos enfermeiros na interação com a mulher imigrante	N	Ur
A barreira cultural	10	66
A dificuldade linguística	9	25
A dificuldade em lidar com a diversidade cultural da população	7	12
O desconhecimento cultural por parte do enfermeiro	4	6
Não-aceitação de profissional de saúde do género masculino por algumas mulheres	3	11
Choque religioso	3	4
Dificuldade em aceitar a rejeição da amamentação	2	2
Choque cultural	1	1
Preconceitos e tabus	1	3
Incapacidade em lidar com os costumes das pessoas	1	1
Esconderem informação sobre a mutilação genital feminina	1	1
Dificuldade em prestar cuidados de acordo com o método individual	2	4
Número escasso de Enfermeiros face à exigência dos cuidados individuais	1	2
Escassez de tempo	1	2
Desvalorização da mulher pelo companheiro	1	2

Apresentam-se alguns testemunhos dos participantes específicos de cada uma das subcategorias:

A barreira cultural

A dificuldade linguística

“Acabamos por ter a barreira linguística, na maior parte dos casos, é o que nos dá logo a primeira dificuldade em conseguir comunicar com estas pessoas e eles fazerem-se

comunicar connosco, para sabermos quais as suas necessidades. Esse é o maior problema” (E1).

“Em muitas situações não é fácil, a maior dificuldade prende-se sobretudo em contexto sala de partos com a língua que é uma barreira muito grande porque realmente muitas das vezes é difícil fazermo-nos entender e entender o que as mulheres nos dizem...o que eu sinto mais dificuldade realmente é na barreira linguística” [E2].

“É um desafio e uma dificuldade, não é fácil de facto, principalmente quando há barreiras linguísticas, que na nossa realidade acontece frequentemente...mas não é fácil quando há estas barreiras linguísticas, de facto acho que é uma dificuldade difícil de ultrapassar por não termos recursos...[portanto às vezes não percebemos] se é porque não nos percebem [que não nos respondem às questões]” [E10].

A dificuldade em lidar com a diversidade cultural da população

“A nossa população aqui na Amadora é muito diversa e apanhamos muitas pessoas imigrantes e temos algumas dificuldades em ultrapassar isto...lidamos com culturas diferentes, maneiras de sentir diferentes e realidades também diferentes de um país para o outro, muito diferentes daquilo que estamos habituados a ver” (E1).

“Temos muitas grávidas indianas e muitas muçulmanas...população intercultural muito grande...porque realmente existem muitas culturas diferentes e hábitos muito diferentes” (E2).

“É um desafio porque na nossa realidade temos diversas culturas...seria difícil tornarmo-nos peritos em todas [as culturas]” (E10).

O desconhecimento cultural por parte do enfermeiro

“Mesmo os PALOP´s cada um vem do seu país e cada cultura é diferente e isso é muito difícil aqui de diferenciar” (E1).

“Quando surge uma cultura que nós não estamos habituados conseguir lidar com isso” (E4).

“Lembro-me há uns anos que apareceram as mulheres da lá da Índia, lá as Kaur que são dos Sikhs, da cultura Sikh e eu no início pensava que elas eram todas primas. Apareceu-me a primeira, a segunda, todas com o mesmo apelido Kaur, eu pensava que elas eram todas não é?” (E9).

Não-aceitação de profissional de saúde do género masculino por algumas mulheres

“Outras que não querem ser cuidadas por enfermeiros homens” (E2).

“Eram dois médicos homens e a senhora não queria ser vista por eles” (E2).

Choque religioso

“A que nos coloca aqui em contexto de maternidade em maior conflito com a nossa forma de estar é... as testemunhas de Jeová em situação de emergência que não queiram fazer transfusão” (E5).

“[dificuldades que nós encontramos] na religião das pessoas” (E7).

Dificuldade em aceitar a rejeição da amamentação

“Algumas etnias que não querem amamentar logo após o nascimento” (E2).

“Já tive uma situação de uma utente chinesa que não queria amamentar porque achava que o colostro era sujo” (E10).

Choque cultural

“O que nós identificámos são possíveis choques entre a nossa cultura, a nossa formação profissional e a nossa prestação de cuidados com determinados aspetos da sociedade, da religião dos imigrantes” (E7).

Preconceitos e tabus

“[Têm também alguns] Tabus religiosos [que temos dificuldade em ultrapassar]” (E9).

“[têm também alguns] tabus culturais [que temos dificuldade em ultrapassar] “ (E9).

“Têm também alguns] preconceitos [que temos dificuldade em ultrapassar] “ (E9).

Incapacidade em lidar com os costumes das pessoas

“É difícil nós tentarmos lidar com os costumes das pessoas” (E4).

Esconderem informação sobre a mutilação genital feminina

“Nos casos de mutilação genital feminina, nestes casos como temos que fazer referência, para perceber se na família há outras meninas que possam ser submetidas à

mutilação ou não, recorremos aos acompanhantes/às pessoas significativas mas esta temática ainda é ... as pessoas têm muito medo de falar sobre ela e às vezes não nos respondem às questões, por exemplo quando é que foi feita a mutilação, se querem fazer ou não à menina que nasce ou a outras meninas da família, portanto às vezes não percebemos se é por medo que não nos respondem” (E10).

Dificuldade em prestar cuidados de acordo com o método individual

“Não conseguimos cuidar de cada mulher de forma individualizada” (E1).

“É difícil tentarmos perceber o que é que é adequado ou que deixa de ser adequado para cada uma das pessoas às quais prestamos cuidados. Eu acho que a principal dificuldade é nós tentarmos individualizar os cuidados a cada pessoa, eu acho que essa é a principal dificuldade” (E4).

O número escasso de Enfermeiros face à exigência dos cuidados individuais

“Os rácios não nos permitem [o cuidado culturalmente competente]” (E1).

“Para já, somos muito poucos [EESMO]” (E1).

Escassez de tempo

“De todo não é o que a gente faz aqui [o cuidado culturalmente competente]. Infelizmente não temos tempo” (E1).

“Acabamos por ter muito pouco tempo para as mulheres e isso também é mau” (E1).

A desvalorização da mulher pelo companheiro

“Comunicava-se com marido, só que ele tratava-a exatamente como um objeto. Portanto ele falava connosco, respondia-nos mas não comunicava com ela, o que significava que nós estávamos a falar com ele, mas ele não estabelecia depois a comunicação para ela” (E5).

“Percebi nitidamente que ela estava a ser tratada exatamente como um objeto” (E5).

A categoria “Estratégias utilizadas pelo EESMO na interação com a mulher imigrante” é constituída por doze subcategorias, nomeadamente: “Recorrer a pessoa de família que fale a língua da mulher imigrante”, “Centrar-se numa abordagem da pessoa como ser único”, “Comunicar por gestos”, “Consultar sites de tradução”, “Assegurar a presença de profissional

do sexo feminino”, “Elaborar folhetos em várias línguas”, “Melhorar estratégias comunicacionais”, “Pedir apoio a mediadores [do hospital]”, “Pedir colaboração a colegas mais experientes”, “Recorrer a profissionais da mesma cultura da mulher imigrante”, “Seguir orientações escritas em protocolos”, “ Obter o consentimento informado”. As estratégias mais utilizadas pelos participantes são: o recorrer a pessoa de família que fale a língua da mulher imigrante, referenciada por oito participantes; o centrar-se numa abordagem da pessoa como ser único, apontada por seis participantes; e, o comunicar por gestos, presente nos discursos de seis participantes (cf. Tabela 3).

Tabela 3 – Estratégias utilizadas pelo EESMO na interação com a mulher imigrante

Estratégias utilizadas pelo EESMO na interação com a mulher imigrante	N	Ur
Recorrer a pessoa de família que fale a língua da mulher imigrante	8	19
Centrar-se numa abordagem da pessoa como ser único	6	7
Comunicar por gestos	6	11
Consultar <i>sítes</i> de tradução	4	5
Assegurar a presença de profissional do sexo feminino	3	6
Elaborar folhetos em várias línguas	2	2
Melhorar estratégias comunicacionais	2	3
Pedir apoio a mediadores [do hospital]	2	4
Pedir colaboração a colegas mais experientes	2	2
Recorrer a profissionais da mesma cultura da mulher imigrante	2	2
Seguir orientações escritas em protocolos	2	2
Obter o consentimento informado	1	3

Apresentam-se algumas unidades de registo que dão corpo a cada uma das subcategorias e a esta categoria:

Recorrer a pessoa de família que fale a língua da mulher imigrante

“No meu caso pessoal, vou muito buscar à família, aos acompanhantes, à família mais alargada e pedimos um bocadinho apoio a essas pessoas para nos podermos fazer entender um bocadinho melhor e para podermos entender as necessidades destas mulheres, deste casa!” (E1).

“Maior parte das vezes pedimos auxílio aos acompanhantes que felizmente a maioria dos acompanhantes consegue falar em português, outras vezes conseguimos entender em inglês” (E2).

“Depois tenta-se de várias formas ou alguém que tenha a capacidade de dialogar pronto na língua da pessoa, alguém que acompanhe que consiga estabelecer alguma... a comunicação pelo menos o essencial” (E2).

“Tentar que haja um tradutor, um marido, um amigo, um familiar que faça a ponte entre mim e a pessoa” (E7).

“Nesta dificuldade especificamente o que eu tento fazer é recorrer às pessoas que saibam falar o dialeto, aos nossos pares...às vezes conseguimos ou à pessoa significativa que acompanha neste caso a mulher” (E10).

Centrar-se numa abordagem da pessoa como ser único

“Tentar conversar com a grávida, com a família, com o casal para tentar perceber o que é que elas pretendem o que é que querem, porque é que querem de uma maneira porque é que não querem de outra e tentar ir de encontro aos seus desejos” (E2).

“Tentar perceber falando previamente com a grávida, quando há essa possibilidade de aquilo que ela espera que aconteça, se sabe porque é que ela vai ficar por exemplo internada no Bloco de Partos, se ela compreende, se tem alguma dúvida” (E3).

“Explorar as expectativas, as crenças, os valores [da utente]” (E10).

“para explorar as expectativas que as pessoas trazem, todas as pessoas vêm para aqui com uma expectativa de o que é que vai ser o trabalho de parto, o parto e o próprio...e o puerpério, mas se calhar não falando com as pessoas nunca vamos saber quais são as expectativas delas e as crenças e os valores. Acho que a comunicação aqui tem um papel essencial” (E8).

Comunicar por gestos

“Tentar fazer entender um bocadinho pelas estratégias não farmacológicas, através de posicionamentos” (E1).

“Outras vezes nem uma coisa nem outra e pronto vamo-nos entendendo com linguagem gestual e tudo isso” (E2).

“Habitualmente é por sinais e gestos que a gente não consegue nem traduzir, essas que não conseguem... não falam mesmo nada em português” (E6).

Consultar sítios de tradução

“Tentamos comunicar através por exemplo de aplicações móveis para fazer tradução” (E3).

“As estratégias na altura foi usar o Google tradutor, uma coisa muito boa e que dá muita ajuda, portanto foi usar o Google tradutor para tentar explicar as coisas à pessoa para ela perceber melhor” (E4).

“Uso o Google tradutor” (E8).

Assegurar a presença de profissional do sexo feminino

“Já colaborei com colegas que nessa situação [recusa em serem observadas por homens] não conseguiam fazer portanto os seus cuidados” (E3).

“Tentar que haja um elemento do sexo feminino que possa prestar esses cuidados, como é óbvio nem sempre se consegue” (E7).

“Se possível facultar a prestação de cuidados por alguém do sexo feminino para que não haja... não venha a ferir determinadas sensibilidades” (E7).

Elaborar folhetos em várias línguas

“Eu já fiz há uns anos atrás, para aí uns 10 anos atrás um panfleto da analgesia epidural, que estava traduzido para o crioulo e para o moldavo e russo” (E6).

“Eu próprio quando fiz a especialidade arranjei um guião para trabalharmos essas situações do caso das mulheres africanas, cabo verdianas, elas quando vêm só falam o crioulo e nós temos dificuldade e eu tinha... arranjei um guião e fiz um trabalho na minha especialidade do Crioulo de Cabo Verde para lidar com essas situações” (E9).

Melhorar estratégias comunicacionais

“Às vezes, para ultrapassar as dificuldades é um bocadinho complicado, mas tentamos arranjar estratégias na comunicação” (E1).

“Conseguir estabelecer comunicação com as pessoas” (E5).

Pedir apoio a mediadores [do hospital]

“[Os mediadores eram] Trabalhadores de cá, que conseguiam perceber melhor as pessoas, claro” (E8).

“No caso do Amadora Sintra havia mesmo um número de contacto [dos mediadores do hospital] para essas situações de multiculturalidade” (E9).

Pedir colaboração a colegas mais experientes

“Temos a sorte de já ter pessoas que já têm mais experiência e como já têm mais experiência há coisas que já sabem que já estão habituados” (E4).

“Ou tentávamos procurar alguém [mais experiente] que conseguisse dar resposta” (E8).

Recorrer a profissionais da mesma cultura da mulher imigrante

“Ou um profissional que seja da mesma cultura, do mesmo país, seja tipo uma russa ou uma moldava como a gente tem cá as colegas, que também ajudam não na língua como na cultura” (E6).

“Uma pessoa que seja muçulmana que se calhar compreende logo aquelas coisas que já nós sabemos, que não comem carne de porco, pronto...umas que não podem tirar o lenço da cabeça. Mas há coisas que só as pessoas que vêm de lá ou quem têm familiares próximos que conhecem esses contextos é que podem ajudar” (E8).

Seguir orientações escritas em protocolos

“[recorrer aos] protocolos, pelo menos em termos de ultrapassarmos, não a barreira cultural mas a língua” (E5).

“Lembro-me nessa altura que começou lá...havia um protocolo que nós contactávamos o mediador” (E9).

Obter o consentimento informado

“É importante conseguirmos pelo menos validar os ensinamentos que são feitos, aferir se elas dão consentimento para os cuidados” (E10).

“Para nos dar o consentimento para esses cuidados [após compreender os cuidados que lhe irão ser prestados]” (E10).

A categoria “Estratégias utilizadas pelo EESMO para se tornar mediador intercultural” é constituída por quatro subcategorias: “Sedimentar o conhecimento cultural”, “Mobilizar competências adquiridas ao longo da vida profissional”, “Organização e frequência de atividades de Formação em serviço”, “Investir na formação do EESMO que trabalham na comunidade”, sendo o “Sedimentar o conhecimento cultural” a estratégia mais referida pelos participantes, com nove referências e 19 unidades de registo (cf. Tabela 4).

Tabela 4 – Estratégias utilizadas pelo EESMO para se tornar mediador intercultural

Estratégias utilizadas pelo EESMO para se tornar mediador intercultural	N	Ur
Sedimentar o conhecimento cultural	9	19
Mobilizar competências adquiridas ao longo da vida profissional	3	5
Organização e frequência de atividades de formação em serviço	3	4
Investir na formação do EESMO que trabalham na comunidade	1	1

Apresentam-se alguns testemunhos dos participantes relativos a cada uma das subcategorias:

Sedimentar o conhecimento cultural

“Através de uma formação que nos capacitasse para tal” (E2).

“Conhecer as diversas culturas que nos procuram e os seus hábitos, acho que passaria muito por isso, conhecer as culturas, as expectativas e sobretudo o mais dirigido possível para a área da maternidade” (E2).

“Os conteúdos formativos pronto se calhar efetivamente fazer uma formação mais especializada ou no sentido de haver um grupo de enfermeiros mais especialistas numa determinada cultura ou numa determinada religião para perceber todos os meandros desse contexto” (E3).

“Em relação às estratégias, primeiro a autoformação” (E10).

Mobilizar competências adquiridas ao longo da vida profissional

“Através [das competências adquiridas] da nossa prática do dia-a-dia” (E2).

“O facto é que nós vamos conhecendo [as culturas] pela prática do dia-a-dia e por algum conhecimento geral que tenhamos do nosso dia-a-dia, da nossa cultura geral” (E2).

“As especificidades das culturas vai-se adquirindo, ao longo do tempo a gente vai percebendo que há ali especificidades num determinado contexto da cultura... e depois é adaptar um bocadinho também a cada situação” (E5).

Organização e frequência de atividades de formação em serviço

“Fazer-se formações sobre as culturas que confluem mais aqui no serviço” (E5).

“Não me lembro assim de nenhum sítio onde possamos fazer assim esta formação a não ser formação em serviço” (E10).

“Sensibilizar também os pares na formação em serviço para sermos mais pessoas despertas para esta realidade e para esta necessidade” (E10).

Investir na formação do EESMO que trabalham na comunidade

“Acho que os conteúdos formativos deveriam ser muito na comunidade e não no hospital que tem um internamento muito rápido de dois ou três dias, mas sim o antes e depois na comunidade” (E1).

A categoria “Funções do mediador intercultural percebidas pelo EESMO” é constituída por cinco subcategorias, “Construir pontes entre os profissionais e as mulheres imigrantes”, “Possibilitar ao EESMO prestar melhores cuidados”, “Conhecer a cultura da mulher imigrante”, “Permitir ao EESMO compreender as necessidades da mulher imigrante”, “Ajudar a mulher imigrante a compreender os cuidados prestados”. Construir pontes entre os profissionais e as mulheres imigrantes e, possibilitar ao EESMO prestar melhores cuidados, foram as funções mais referenciadas pelos participantes, com oito e sete referências respetivamente (cf. tabela 5).

Tabela 5 – Funções do mediador intercultural percebidas pelo EESMO

Funções do mediador intercultural percebidas pelo EESMO	N	Ur
Construir pontes entre os profissionais e as mulheres imigrantes	8	14
Possibilitar ao EESMO prestar melhores cuidados	7	13
Conhecer a cultura da mulher imigrante	5	5
Permitir ao EESMO compreender as necessidades da mulher imigrante	5	8
Ajudar a mulher imigrante a compreender os cuidados prestados	1	2

Apresentam-se algumas unidades de registo presentes em cada uma das subcategorias:

Construir pontes entre os profissionais e as mulheres imigrantes

“Se tivesse uma pessoa com essas características e essas competências seria muito mais fácil, que pudesse trabalhar connosco, que nos pudesse ajudar e que fosse realmente um mediador” (E2).

“Será uma ponte entre os cuidados e portanto... e as características daquela família em termos culturais” (E3).

“Penso que será supostamente a pessoa... haver um elemento ou uma pessoa que funcione como mediador quando chega uma pessoa junto a nós que tem uma cultura completamente diferente e que essa pessoa conheça quais são as crenças, qual é a normalidade dessa cultura e que possa intervir” (E4).

“Eu acho que é positivo para conseguirmos chegar a esses aspetos que normalmente não conseguimos chegar facilmente” (E10).

Possibilitar ao EESMO prestar melhores cuidados

“Se eu conseguir perceber o que aquela mulher precisa naquele momento, consigo prestar mais um cuidado direcionado à necessidade” (E1).

“Mas um cuidado assim muito dirigido, muito congruente pronto... precisávamos que alguém nos ajudasse nesse sentido” (E2).

“Aquilo que o mediador me poderia dar a mim enquanto EESMO, enquanto prestadora de cuidados era alguma informação, algum contributo para que os meus cuidados fossem melhores” (E3).

“Para mim seria excelente [a presença de mediadores culturais na maternidade] no sentido em que possivelmente algumas dessas barreiras seriam ultrapassadas” (E3).

“Para se perceber também se não estamos a invadir a esfera da pessoa, pronto se não vai contra alguma crença, algum valor da pessoa cuidada” (E10).

Conhecer a cultura da mulher imigrante

“Alguém que conseguisse falar e explicar melhor o que se estava a passar” (E2).

“Uma pessoa que soubesse lidar melhor com a cultura e soubesse dar resposta da pessoa” (E4).

“Acho que para ser um mediador tem que falar a língua” (E6).

Permitir ao EESMO compreender as necessidades da mulher imigrante

“Significa realmente tentar perceber quais são os desejos e as expectativas das nossas parturientes e fazer com que elas sejam atendidas” (E2).

“Sentir que aquela pessoa [mediador] estaria ali para nos fazer chegar todas as informações e todos os seus desejos [da grávida/casal], seria o ideal” (E3).

“A influência para mim desde que seja realmente portanto um mediador cultural na sua verdadeira... na verdadeira acessão da palavra é um elemento facilitador e que contribui de uma forma muito positiva para a... o entendimento entre o prestador de cuidados e o alvo, a utente” (E7).

Ajudar a mulher imigrante a compreender os cuidados prestados

“É a transmissão de informação culturalmente pertinente para compreensão, por exemplo no contexto da saúde, para se compreender os procedimentos a realizar, para se validar esses consentimentos para os procedimentos” (E10).

“A pessoa possa compreender os cuidados prestados [através da ajuda do mediador intercultural]” (E10).

A categoria “Significado de cuidado culturalmente competente” é constituída por quatro subcategorias: “Aceitar as diferenças culturais”, “Respeitar as diferenças culturais”, “Adaptar o cuidado cultural à mulher imigrante” e “Garantir a qualidade dos cuidados”, sendo as mais referenciadas “Aceitar as diferenças culturais”, com sete referências e dez unidades de registo e, “Respeitar as diferenças culturais”, referenciada seis vezes e com 12 unidades de registo (cf. tabela 6).

Tabela 6 – Significado de cuidado culturalmente competente

Significado de cuidado culturalmente competente	N	Ur
Aceitar as diferenças culturais	7	10
Respeitar as diferenças culturais	6	12
Adaptar o cuidado cultural à mulher imigrante	6	9
Garantir a qualidade dos cuidados	3	5

Apresentam-se alguns testemunhos dos participantes que dão corpo a esta categoria, mais especificamente a cada uma das subcategorias:

Aceitar as diferenças culturais

“Fazendo nascer em segurança e prestando cuidados à grávida e à puérpera em segurança, que não ponha em risco nem a sua vida nem a vida do seu filho, tentando inserir o mais possível dentro dos seus hábitos culturais...aceitar as diferenças [culturais]” (E2).

“Mas pelo menos eu ter a sensibilidade para perceber aquilo que...até onde é que eu posso ir com os meus cuidados e porque também é uma área em que as mulheres estão altamente expostas e a privacidade está no seu...acho que é o expoente máximo não é? Porque não pode haver uma situação mais íntima e mais...onde as mulheres estão mais expostas do que num parto não é? Ou numa observação ginecológica” (E3).

“O cuidar culturalmente competente é a pessoa ter direito ao seu espaço, à sua identidade cultural” (E9).

“Pronto é sermos sensíveis aos valores e crenças da pessoa” (E10).

Respeitar as diferenças culturais

“Para mim, prestar os melhores cuidados possíveis indo de encontro às expectativas das senhoras, não ferindo as suas suscetibilidades e os seus desejos e as suas culturas e os seus hábitos e prestando o melhor cuidado possível” (E2).

“Tentar respeitar ao máximo as suas crenças e valores e tentar adequar os meus cuidados, que não deixam de ser transversais, não é? Mas tentar cuidar dessa grávida e da família portanto respeitando os seus valores, os seus padrões culturais” (E3).

“Cuidar em contexto de maternidade de pessoas imigrantes é tentar aliar a técnica à pessoa respeitando os seus valores e as suas crenças” (E10).

Adaptar o cuidado cultural à mulher imigrante

“Fazer o paralelismo entre a atualidade e aquela pessoa e o que precisa de nós e para podermos prestar os melhores cuidados possíveis” (E1).

“Adequar os meus cuidados às expectativas portanto da pessoa que necessita de internamento hospitalar ou de algum tipo de vigilância” (E3).

“Tentarmos adequar os nossos cuidados a isso [expectativas, crenças e valores]” (E10).

Garantir a qualidade dos cuidados

“Por aceitar as diferenças [culturais] e tentar prestar os melhores cuidados possíveis nesse âmbito [aceitando as diferenças culturais]” (E2).

“Diversas, com religiões diversas, e o que sinto é a necessidade e obrigatoriedade de garantir qualidade nos cuidados prestados [a pessoas imigrantes] tentando dentro dos possíveis” (E4).¹¹

“Peritos em todas [as culturas] mas quantos mais formos a termos conhecimentos específicos maior a probabilidade de em conjunto prestarmos cuidados especializados de qualidade e culturalmente competentes. Portanto sensibilizar também os pares” (E10).

A categoria “Recursos escassos para cuidar imigrantes” é constituída por cinco subcategorias: “Inexistência de mediador intercultural como parte da equipa de saúde”, “Inexistência de médicos de ambos os sexos em todas as equipas”, “Falta de formação estruturada em mediação intercultural para todos os enfermeiros”, “Inexistência de informação multilingue em panfletos e “Ausência de rede de suporte ao trabalho dos enfermeiros”. A “Inexistência de mediador intercultural como parte da equipa de saúde” é o recurso mais referenciado, apontado por seis enfermeiros, as restantes subcategorias foram referenciadas apenas por um enfermeiro (cf. Tabela 7).

Tabela 7 – Recursos escassos para cuidar imigrantes

Recursos escassos para cuidar imigrantes	N	Ur
Inexistência de mediador intercultural como parte da equipa de saúde	6	10
Inexistência de médicos de ambos os sexos em todas as equipas	1	1
Falta de formação estruturada em mediação intercultural para todos os enfermeiros	1	1
Inexistência de informação multilingue em panfletos	1	1
Ausência de rede de suporte ao trabalho dos enfermeiros	1	4
Não dispõem de número de contacto para situações que necessitassem de mediação	1	1
Não dispõem de <i>follow up</i> no domicílio	1	1
Não dispõem de assistente social	1	1
Não dispõem de ligação a outro serviço	1	1

Apresentam-se algumas unidades de registo relativas a cada subcategoria:

Inexistência de mediador intercultural como parte da equipa de saúde

“*Era o melhor que podia acontecer nesta maternidade, faz-nos muita falta, realmente [ter um mediador intercultural]*” (E1).

“*Pois eu acho que era uma mais valia [ter mediadores interculturais] porque seriam pessoas de facto com outro tipo de treino e de conhecimentos para lidar com pessoas de outras culturas*” (E2).

“*Bom o ideal era que tivéssemos sempre um mediador a trabalhar connosco 24 horas por dia*” (E3).

“*Até mesmo na situação do trabalho de parto e parto, não só às vezes quando vêm por patologias e ficam internadas em vigilância, mas mesmo no trabalho de parto e parto e nos cuidados ao recém-nascido...era de muita importância ter cá um [mediador]*” (E8).

Inexistência de médicos de ambos os sexos em todas as equipas

“*[se tivesse na equipa] uma médica mulher teria sido mais fácil [foi uma das ferramentas que fizeram falta]*” (E2).

Falta de formação estruturada em mediação intercultural para todos os enfermeiros

“*No serviço também não haveriam de ser todos, todos, todos, mas pelo menos alguns [membros] das equipas ficarem como referência*” (E4).

Inexistência de informação multilingue em panfletos

“*Como eu fiz aquele guião há uns anos por exemplo, haver uma pessoa que faça em nepalês*” (E9).

Ausência de rede de suporte ao trabalho dos enfermeiros

Não dispõem de número de contacto para situações que necessitassem de mediação

“Era podermos ter no hospital um recurso que pudesse estar acessível a nós, um telefonema, por exemplo” (E1).

Não dispõem de follow up no domicílio

“No puerpério, penso também que é isso que é feito e, depois, deveria haver uma ponte com a casa, o que não acontece e isso, para mim, seria muito importante. Ou da parte dos Centros de Saúde ou mesmo dos serviços específicos do hospital, para depois podermos fazer o apoio/visitas domiciliárias” (E1).

Não dispõem de assistente social

“Uma assistente social para que nos pudessem ajudar nestas situações de interculturalidade” (E1).

Não dispõem de ligação a outro serviço

“Que pudéssemos estar ligados a outro serviço [para que nos pudessem ajudar nestas situações de interculturalidade]” (E1).

A categoria “Dificuldades reconhecidas pelo EESMO para se tornar mediador intercultural” é constituída por três subcategorias. A subcategoria mais referenciada pelos enfermeiros foi: “Défice de formação em relação à diversidade cultural e imigração”, com quatro unidades de registo. A subcategoria “Défice de conhecimentos sobre as técnicas da mediação cultural” tem apenas uma unidade de registo. A subcategoria “Desmotivação” foi referenciada apenas por um enfermeiro e tem três unidades de registo (cf. tabela 8).

Tabela 8 – Dificuldades reconhecidas pelo EESMO para se tornar mediador intercultural

Dificuldades reconhecidas pelo EESMO para se tornar mediador intercultural	N	Ur
Défice de formação em relação à diversidade cultural e imigração	2	4
Défice de conhecimentos sobre as técnicas da mediação cultural	1	1
Desmotivação	1	3

Apresentam-se alguns testemunhos dos participantes que dão corpo a cada subcategoria:

Défice de formação em relação à diversidade cultural e imigração

“Mediação intercultural supostamente é uma competência que nos é pedida embora não nos seja ensinada nem treinada em momento algum, pelo menos que eu me lembre” (E2).

“Sinto que não tenho as competências que deveria ter para o fazer” (E2)

“Eu não me lembro, tirando trabalhos académicos, nunca tivemos nada na área de mediação intercultural que nos desse essas ferramentas para podermos utilizar” (E2).

“Poderia tornar-me num mediador se de facto tivesse formação para isso” (E10).

Défice de conhecimentos sobre as técnicas da mediação cultural

“Nunca tinha ouvido... a questão da mediação intercultural” (E4).

Desmotivação

“Mas, isso [o panfleto] ficou na gaveta da chefe” (E6).

“Foi o meu contributo e realmente com esse estímulo não tem vontade de continuar” (E6).

“Era um panfleto que ajudava até pensei fazer isto no chinês, mas pronto e fiz também em inglês, exatamente. Mas, infelizmente, era a outra chefe e ficou na gaveta” (E6).

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão discutidos os nossos resultados com os de outros autores, apresentando-se as categorias pela ordem em que foram apresentadas nos resultados.

Neste estudo, a categoria “Constrangimentos dos enfermeiros na interação com a mulher imigrante” foi referenciada por todos os enfermeiros, com 76 unidades de registo. Os constrangimentos mais referidos pelos participantes foram: a dificuldade linguística, que se destacou bem como a dificuldade em lidar com a diversidade cultural da população. Estes resultados corroboram os encontrados por Lin, Wu e Hsu (2019, pp. 7-11), cujo estudo revela que grande parte dos enfermeiros viu como principal obstáculo à sua interação com utentes de diferentes culturas as barreiras linguísticas e a diversidade cultural. Todavia, os enfermeiros do referido estudo demonstram ter consciência da importância das diferenças de valores que regem as diferentes culturas. Os enfermeiros revelaram que tiveram dificuldade em implementar o seu trabalho num contexto culturalmente tão divergente e em procurar recursos que representassem situações em que as características comportamentais melhorassem as suas competências culturais, estando os resultados encontrados no presente estudo em conformidade. Alahmmari (2016) no seu estudo quantitativo e descritivo com enfermeiros não sauditas e utentes sauditas explorou as barreiras da comunicação cultural e os seus efeitos nos cuidados prestados, tendo verificado que as barreiras linguísticas, o choque cultural e não saber como lidar com os costumes dos utentes foram as que sobressaíram, resultando em exaustão por parte dos enfermeiros. A competência em comunicação cultural foi influenciada pela não compreensão da cultura saudita.

No presente estudo, os enfermeiros referiram que o facto de algumas mulheres não aceitarem um profissional de saúde do género masculino se assume como um constrangimento na interação com a mulher imigrante. Neste sentido, é fundamental referir que esta não-aceitação poderá dever-se a questões culturais, o que se assume como um desafio para a prática de enfermagem. As pessoas que procuram cuidados de saúde revelam necessidades culturais e comportamentos únicos, estando em conformidade com McFarland e Wehbe-Alamah (2014, p. 14) e Hart e Mareno (2016, p. 121), segundo os quais, a prestação de cuidados centrados no cliente e na família implica, deste modo, que os enfermeiros consigam reconhecer a cultura do cliente e da família, e a sua própria cultura, tendo consciência de como ambos afetam o cuidado e a relação de ajuda, o que requer um cuidado de enfermagem culturalmente congruente

Os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica desempenham um papel central na prestação de cuidados competentes, responsivos e éticos que mantêm a segurança, equidade e qualidade dos cuidados à mulher e seus familiares. Neste sentido,

Almutair (2015, p. 1) referem que o cuidado de enfermagem eficaz é essencial, não limitado à recuperação, mas centrado também no alívio do sofrimento, ajudando os clientes a lidar com a sua situação e prevenindo comportamentos de risco através da educação em saúde. Embora o cuidado de enfermagem seja um processo intelectualmente desafiador, que requer habilidades e conhecimentos, este decorre num contexto cada vez mais complexo, muitas vezes repleto de desafios e dilemas éticos, como é o caso dos tabus culturais e religiosos e dos preconceitos dos clientes. Assim, ainda na perspetiva de Almutair (2015, p. 2), os cuidados de enfermagem eficazes e seguros, que atendam às necessidades dos clientes e suas famílias, podem ser prestados dentro de um clima culturalmente ético que sustente as práticas profissionais, o que também está implícito nos discursos dos enfermeiros entrevistados.

A categoria “Estratégias utilizadas pelo EESMO na interação com a mulher imigrante” é constituída por doze subcategorias, sendo as mais evidentes: recorrer a pessoa de família que fale a língua da mulher imigrante, centrar-se numa abordagem da pessoa como ser único e comunicar por gestos. Estes testemunhos revelam que o cuidado à mulher imigrante é uma prática de enfermagem humanizada, um cuidar que deve ser concretizado no dia-a-dia de forma holística, o que está em conformidade com Vasconcelos e Selow (2016, s.p.), segundo os quais, o cuidado numa visão holística impede que este se torne mecânico, impessoal e desumano, devendo atender-se à especificidade e individualidade de cada cliente, dentro do “aqui e agora”, respeitando sempre a unicidade de cada um. Os cuidados de enfermagem que se prestam devem assentar, assim, num compromisso de valorização da pessoa como veículo fundamental do seu autocuidado, procurando mobilizar as suas capacidades de vida, que representam o cuidar. Por conseguinte, refere-se que os esforços dos enfermeiros no âmbito da interculturalidade são elementos-chave para um cuidado humanizado, pois permitirão eliminar as barreiras presentes no exercício do cuidar a mulher imigrante. O cuidado humanizado não se apoia apenas na condição humana do enfermeiro ou nas intenções institucionais, mas nas atitudes e na disposição voltada para o bem-estar de cada cliente. Além disso, as tensões no cuidado de enfermagem devem ser resolvidas através da humanização, no olhar para o *outro* “como pessoa como ser único” que é.

Constatou-se também que uma grande parte dos enfermeiros (n=6) indicou o “Comunicar por gestos” como estratégias utilizadas pelo EESMO na interação com a mulher imigrante. É de ressaltar a importância atribuída à área da comunicação não-verbal, o que reforça os esforços manifestados pelos enfermeiros para poderem estabelecer relações interpessoais com as mulheres e respetiva família, num processo comunicacional empático que lhes permite prestar cuidados culturalmente congruentes, dentro das suas possibilidades. De acordo com Kourkouta e Papathanasiou (2014, p. 65), uma boa comunicação entre

enfermeiros e clientes é essencial para o êxito do atendimento de enfermagem individualizado. Para isso, os enfermeiros devem entender e ajudar os clientes, demonstrando cortesia, bondade e sinceridade, recorrendo à linguagem verbal e não-verbal. A boa comunicação não se baseia apenas nas habilidades físicas dos enfermeiros, mas também na sua postura assertiva, empática, na experiência e na partilha de saberes, como meio para melhorar as estratégias comunicacionais, o que implica uma constante colaboração entre profissionais. O facto de os enfermeiros entrevistados terem relatado a importância de recorrer a várias formas de comunicação, sobretudo a comunicação gestual, está em conformidade com Brooks, Manias e Bloomer (2019, p. 384), que defendem que uma comunicação culturalmente sensível e competente demonstra compreensão e respeito pelos indivíduos e promove a satisfação do cliente e da família. Através da comunicação verbal e não-verbal, os enfermeiros tentam identificar as necessidades individualizadas do cliente. No entanto, a comunicação culturalmente sensível também depende do facto de os enfermeiros serem capazes de refletir criticamente sobre os seus próprios valores, crenças, preferências e cultura, bem como aceitar a cultura, tradições, perspetivas e práticas dos clientes, famílias e comunidades culturalmente diversas.

Também Noble, Engelhardt, Newsome-Wicks e Woloski-Wruble (2009) corroboram os resultados obtidos ao referirem que, na maioria dos casos, o contacto da mulher imigrante e da sua família com o sistema de saúde do país acolhedor, acontece na sala de partos, o que torna este espaço como o mais propício à ocorrência de conflitos culturais, onde as diferenças linguísticas são evidentes, o que implica o recurso, por parte do EESMO, de estratégias que facilitem a comunicação com a mulher e seus familiares, nomeadamente o recurso à linguagem gestual, a um tradutor e a estratégias não farmacológicas. Wikberg e Bondas (2010) salientam que quando não existe uma linguagem comum e/ou comunicação eficaz, a relação entre o EESMO e a mulher fica comprometida, com reflexos diretos na prestação de cuidados. A falta de reciprocidade no ato comunicativo e na transmissão de informações parece resultar na ausência de escolha, situação que provoca medo e frustração à mulher imigrante.

A categoria “Estratégias utilizadas pelo EESMO para se tornar mediador intercultural” é constituída por quatro subcategorias, sendo o “Sedimentar o conhecimento cultural” a estratégia mais referida pelos participantes. Partindo-se destes resultados, referencia-se Betancourt (2016, p. 1), que postula que, num mundo em inovação ininterrupta e transformações constantes, a capacidade de reconhecer e abraçar a diversidade cultural é de extrema importância para todos, mas principalmente ao nível da prática dos cuidados de enfermagem, uma vez que os enfermeiros inevitavelmente estão em contacto com pessoas de todas as esferas da vida social e cultural, como ficou demonstrado no presente estudo. A

teoria de Leininger (2001, p. 45) assume grande importância neste âmbito, propondo aos enfermeiros serem capazes de adotar modelos que lhes permitam responder às necessidades culturais dos clientes, ficando dotados de competências transculturais. Os enfermeiros têm de entender as pessoas, com os seus princípios, crenças e padrões de cuidado específicos que, por sua vez, afetam a qualidade do cuidado, o que implica o estabelecimento de pontes entre o enfermeiro e os clientes na sua diversidade cultural, como foi referido pelos enfermeiros a respeito da categoria “Funções do mediador intercultural percebidas pelo EESMO”. Na perspectiva de Coutinho, Parreira, Martins, Chaves e Nelas (2017), as práticas culturais ligadas à maternidade requerem um profundo conhecimento e respeito por cada mulher e pelo que consideram fazer sentido na sua experiência de ser mãe, o que justifica a necessidade da mediação intercultural. No seu estudo, as autoras constaram que, embora na sua prática clínica em obstetrícia, os enfermeiros às vezes exerçam funções mediadoras interculturais informais, estes necessitam de treino em mediação intercultural, o que também é evidente nas opiniões dos enfermeiros do presente estudo. Coutinho, Rodrigues, Carvalho e Parreira (2018, p. 66) referem que o “processo de Competência Cultural centrado no cliente implica que no contexto dos cuidados de enfermagem o profissional assuma a centralidade das suas intervenções”.

Na categoria “Significado do cuidado culturalmente competente” as subcategorias mais referenciadas foram “Aceitar as diferenças culturais” e “Respeitar as diferenças culturais”. O significado de cuidado culturalmente competente atribuído pelos enfermeiros está em conformidade com a literatura específica na área. Para Douglas, Rosenkoetter, Pacquiao et al. (2014), o cuidado culturalmente competente alicerça-se nos princípios da justiça social e dos direitos humanos, independentemente do contexto sociocultural dos clientes. Através da aplicação dos princípios da justiça social e da prestação de cuidados culturalmente competentes, aceitando-se as diferenças culturais, as desigualdades nos resultados de saúde podem ser reduzidas. Esses padrões baseiam-se numa estrutura de justiça social, ou seja, a crença de que toda a pessoa e grupo étnico têm direito a cuidados de saúde de qualidade, respeitando-se as diferenças culturais de cada cliente/família. A reforçar os resultados obtidos, faz-se referência a Sindyayigaya (2016, pp. 8-12), para quem o cuidado de enfermagem culturalmente competente se deve reger pelo pressuposto de que o cuidado se projeta para um cliente específico, no caso a mulher/família imigrante, baseando-se na singularidade da cultura do cliente e inclui normas e valores, como expresso pelos enfermeiros entrevistados do presente estudo. Assim sendo, o cuidar compreende estratégias de auto-capacitação para facilitar a tomada de decisão do cliente no comportamento de saúde, tendo este de ser proporcionado com sensibilidade baseada na singularidade cultural dos clientes. Com base numa revisão da literatura, Brooks, Manias e Bloomer (2019, p. 383) identificaram

três principais usos da comunicação culturalmente sensível, incluindo a compreensão da própria cultura, a comunicação aberta e sensível e as estratégias para colaborar com o cliente e a família para um atendimento ideal a esta díade. A consciencialização das próprias crenças, valores, atitudes e práticas culturais foi identificada como um passo essencial para se prestar um cuidado culturalmente competente. Essa consciencialização inclui ser sensível e adaptável às diferenças culturais individuais e depende da compreensão e reflexão de cada profissional de saúde. As estratégias para prestar cuidados culturalmente competentes incluem as interações atenciosas e de apoio ao cliente/família, que permitem uma abordagem colaborativa.

Na categoria “Recursos escassos para cuidar imigrantes”, a “Inexistência de mediador intercultural como parte da equipa de saúde” foi o recurso mais referenciado pelos enfermeiros, que reiteraram a falta de mediadores interculturais para facilitar o cuidado prestado às mulheres imigrantes, conferindo, simultaneamente, o equilíbrio desejável para se alcançarem resultados positivos. O cuidar em enfermagem com pessoas culturalmente diferentes implica a mediação cultural no cuidar. Coutinho Parreira, Martins, Chaves e Nelas (2017), a este propósito, referem que o recurso a mediadores culturais assume-se como importante para que se possam ultrapassar as dificuldades que surgem na prestação de cuidados, como, por exemplo, ao nível da comunicação e o desconhecimento das crenças, valores religiosos e culturais dos clientes e sua família. Coutinho (2016, p. 158) reforça dizendo que “A falta de informação e ou a ausência de um intérprete que conheça a sua cultura, as suas crenças e valores reforça esta realidade sociocultural”. De acordo com a mesma autora, “o mediador intercultural pode constituir a solução estratégica para que numa mediação intercultural preventiva possa partilhar um sentido comum, dar um sentido ao significado cultural atribuído”, no caso atribuídos aos cuidados prestados na sala de partos. Coutinho (2016, p. 1259) refere que “Atualmente, face ao fenómeno da globalização, as pessoas migram com grande facilidade, muitas vezes à procura de melhores condições de vida. Carregam costumes, práticas e ritos culturais próprios, algumas vezes desconhecidos para os profissionais de saúde”, o que reforça ainda mais a presença de um mediador cultural. De acordo com os participantes, assume toda a relevância que os enfermeiros possuam formação em mediação intercultural e que, nos serviços, não havendo o mediador intercultural, se aposte noutros meios, como, por exemplo, e mencionado por alguns dos entrevistados, a existência de folhetos traduzidos em várias línguas, pedir apoio a mediadores do hospital, pedir colaboração a colegas mais experientes e recorrer a profissionais da mesma cultura da mulher imigrante. Nesta linha de raciocínio, Campinha-Bacote (2011, p. 42) salienta que, um modelo culturalmente competente de cuidados deve implicar quatro construtos de

competência cultural, designadamente: consciência cultural, conhecimento cultural, habilidade cultural e encontros culturais.

No que se refere à categoria “Dificuldades reconhecidas pelo EESMO para se tornar mediador intercultural”, o défice de formação em relação à diversidade cultural e imigração foi a principal dificuldade mencionada pelos enfermeiros. Coutinho et al. (2018, p. 69) refere que “a crescente diversidade cultural a que se tem assistido com um maior fluxo migratório e a exigência de uma resposta mais efetiva às necessidades de saúde, identificadas nas comunidades que assumem estas características, fizeram emergir distintos modelos de prestação de cuidados”, o que implica proporcionar-se mais formação aos enfermeiros. A reforçar, Coutinho et al. (2018, p. 69), tendo em conta Pagliuca e Maia (2012, p. 852), salienta que “as intervenções de enfermagem baseadas na autoavaliação das competências é uma estratégia que visa o cuidado culturalmente competente, através da análise de atitudes, valores e convicções que influenciam a prática e permitem produzir habilidades necessárias para o cuidado de enfermagem transcultural. O desafio da enfermagem é providenciar cuidados em consonância com os valores culturais”. Nos últimos anos, Portugal transformou-se numa sociedade multicultural e a mediação cultural é a ponte entre as pessoas de diferentes contextos socioculturais, garantindo-se direitos humanos fundamentais. Mais especificamente, como postulam Suk, Oak Oh, Im e Cho (2015, p. 195), o cuidado culturalmente competente requer uma abordagem culturalmente sensível que aceite as diversidades e reconheça as peculiaridades de cada cliente, o que também ficou expresso no discurso dos enfermeiros entrevistados no presente estudo. Dada a influência significativa da atitude multicultural positiva na sensibilidade cultural e o efeito mediador significativo da autoeficácia do enfermeiro entre estas duas variáveis, as estratégias para cultivar uma atitude multicultural positiva e aumentar a autoeficácia do cuidado culturalmente competente devem ser consideradas em programas de formação. Ainda tendo em conta que a maioria dos enfermeiros entrevistados consideram ter défice de formação no que respeita à diversidade cultural e imigração, também Reynolds e Manfusa (2005), com uma amostra de 29 enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia, verificaram que só 31% manifestaram satisfação em relação à sua formação em assuntos culturais, o que implica que haja mais formação acerca do cuidar intercultural, começando pela formação profissional de base e formação contínua, para que se possa otimizar a competência cultural dos enfermeiros que intervêm diretamente em mulheres imigrantes. Por outro lado, os mesmos autores consideram ser importante o contacto dos enfermeiros com as comunidades imigrantes e/ou outras instituições, com a finalidade de compreender as necessidades reais desse grupo cultural diferente. Acresce referir que, segundo Campinha-Bacote (2011, p. 42), dispor de

mediadores interculturais, significa a consolidação da consciência cultural, do conhecimento cultural, da capacidade cultural, do encontro cultural e do desejo cultural.

Os resultados obtidos reforçam a necessidade de um mediador intercultural e mais formação específica. Tendo em conta as necessidades dos enfermeiros para prestar cuidados culturalmente congruentes e sensíveis às mulheres e seus familiares, em diversas ocasiões, refere-se Machado, Pereira e Machaqueiro (2010) quando afirmam que assume muita importância a ação dos enfermeiros e as suas competências culturais ao nível do desenvolvimento de cuidados a imigrantes, tendo em conta o contexto da sua comunidade de pertença. Para Niina, Maija e Helena (2015), a enfermagem transcultural é um campo de prática culturalmente competente centrado no cliente e focado na pesquisa. Concentra-se na prestação de cuidados dentro das diferenças e similaridades das crenças, valores e padrões culturais. Como tal, é importante que os enfermeiros, no caso concreto Especialistas em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica, usem estratégias, como as mencionadas pelos entrevistados, para poderem responder às necessidades da mulher que, independentemente das suas características pessoais e culturais, o que corrobora o defendido por Mestre (2017, p. 10) que considera que deve ter assegurado o direito de experienciar o parto como um momento singular, de acordo “com as suas crenças, valores, costumes e dinâmica familiar, de modo a fortalecer os aspetos do processo fisiológico normal do nascimento”.

É de ressaltar ainda que, em conformidade com a Ordem dos Enfermeiros (2015), a tomada de decisão que orienta o exercício autónomo dos Especialistas em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica agrega, para além das evidências científicas, o respeito pelas singularidades da cada mulher. Assim, o enfermeiro, como mediador intercultural, deverá asseverar as suas competências para que possa prestar cuidados congruentes e contextualizados, numa interação empática com a mulher imigrante.

4. CONCLUSÃO

O número crescente de mulheres imigrantes em Portugal é um desafio para os enfermeiros no que diz respeito à prestação de cuidados culturalmente competentes e muitas vezes acaba por ser um constrangimento importante na interação entre cliente e enfermeiro como revela o nosso estudo. O cuidado culturalmente competente implica que os enfermeiros possuam não só conhecimento das diferentes culturas em termos de crenças, costumes e valores, como também que os aceitem e respeitem, que sejam sensíveis às necessidades culturais de cada mulher e que adaptem os seus cuidados em função dessas mesmas necessidades.

Diariamente os enfermeiros deparam-se com vários constrangimentos no domínio cultural, sendo as barreiras culturais um dos maiores constrangimentos apontados pelos enfermeiros na prestação de cuidados à mulher imigrante. Perante isto, foram desenvolvendo estratégias pontuais como o recorrer a pessoa de família que fale a língua da mulher imigrante, o centrar-se numa abordagem da pessoa como ser único e o comunicar por gestos, tendo como foco a prestação de cuidados culturalmente competentes.

Contudo, os enfermeiros nem sempre conseguem prestar um cuidado culturalmente competente devido à escassez de recursos. A inexistência de um mediador intercultural é o recurso em falta mais referido pelos enfermeiros do estudo. Muitas vezes acabam por serem, eles próprios, os mediadores interculturais ainda que informais, no entanto, consideram que não têm os conhecimentos e as competências necessárias para tal. Desta forma, conclui-se que para os enfermeiros se tornarem mediadores interculturais seria necessário sedimentarem o conhecimento cultural, mobilizarem as competências adquiridas ao longo da vida profissional e investirem na formação.

As evidências apontam para a necessidade de se dotarem as instituições de saúde de recursos humanos e materiais que ajudem os enfermeiros a promover cuidados culturalmente congruentes, o que se traduzirá numa melhor compreensão das necessidades da mulher imigrante que se refletirá em maior qualidade de cuidados, saúde e bem-estar.

Neste sentido, sugere-se a presença de mediadores interculturais no hospital e um maior investimento na formação e autoformação dos enfermeiros, o que permitirá o desenvolvimento da consciência cultural e do conhecimento cultural. Assim sendo, os hospitais e outras instituições de saúde, bem como as escolas de enfermagem devem oferecer aos enfermeiros programas de formação e atualização em enfermagem transcultural, contribuindo para o desenvolvimento da competência cultural dos mesmos e para aumentar a qualidade dos cuidados prestados.

Ao realizarmos este trabalho de investigação desenvolvemos uma consciência individual para esta problemática. Assim sendo, pretendemos desenvolver ações de formação em serviço no sentido de comunicar os resultados deste estudo, de forma aos enfermeiros refletirem nas mudanças que se impõem nos cuidados às mulheres imigrantes.

No imediato, pretendemos igualmente divulgar esta investigação, nomeadamente através de dois artigos científicos a submeter ao CIAIQ 2020, de modo a permitir a tomada de consciência profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alahmmari, A.Y. (2016). *Exploring Cultural Barriers to Effective Communication Between Expatriate Nurses and Patients in the Kingdom of Saudi Arabia*. School of Nursing and Midwifery (Peninsula Campus) Faculty of Medicine, Nursing and Health Sciences Monash University.
- Alarcão, I. & Tavares, J. (2003). *Supervisão da Prática Pedagógica: Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Alice, P. (2015). *Nursing theory: transcultural nursing*. Acedido em <http://www.nursingtheory.org/articles/trans-culturalnursing.php>
- Almutair, A.F. (2015). Fostering a supportive moral climate for health care providers: Toward cultural safety and equity. *NursingPlus Open*, 1, 1–4. Acedido em <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2352900815000023?token=0FB908FBDF41F8D03E447BDCFD1277371A9A8FEC0C37CDFCE5C804A4B65018762B077D8E8763BEB09FEC2829CB7E653>
- Almutairi, A. F., McCarthy, A., & Gardner, G. E. (2015). Understanding cultural competence in a multicultural nursing workforce: Registered nurses' experience in Saudi Arabia. *Journal of Transcultural Nursing*, 26(1), 16–23. <https://doi.org/10.1177/1043659614523992>
- Andrews et al (2010). Theoretical Basis for Transcultural Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 2010, 21, 53S
- Atanga, J. and Ayong, Q . (2017). Overcoming nursing care challenges in a multicultural health care setting. A literature review. Bachelor Degree in Nursing. [Online]. Acedido em https://pdfs.semanticscholar.org/2d55/d3ee40938d1477612228ede4f48b5db43193.pdf?_ga=2.222116376.165434437.1574130632-1156182163.1574130632
- Bardin, L. (2015). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Becker, A.P.S., Borges, L.M., & Crepaldi, M.A. (2017). Imigração e dinâmica familiar: uma revisão teórica. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 23, 1, 160-181. Acedido em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v23n1/v23n1a10.pdf>
- Betancourt, D.A.B. (2016). Madeleine Leininger and the Transcultural Theory of Nursing. *The Downtown Review*, Vol. 2, 1, 1-7. Acedido em <https://engagedscholarship.csuohio.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1020&context=tdr>
- Brito, L.E.F. (2016). *Competência cultural em saúde Caso específico da relação dos profissionais de saúde com a comunidade cigana*. (Dissertação de Mestrado).

Universidade de Coimbra. Departamento de Ciências da Vida da Universidade de Coimbra. Acedido em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/34031/1/Tese.pdf>

- Brooks, L.A., Manias, E., & Bloomer, M.J. (2019). Culturally sensitive communication in healthcare: A concept analysis. *Collegian*; 26, 383-391.
- Bruno, J.I.M. (2012). *Competência cultural do enfermeiro especialista de saúde materna, obstétrica e ginecológica ao cuidar da parturiente no bloco de partos*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15804/1/Joana%20Isabel%20Madureira%20Bruno%20-%20RELAT%C3%93RIO%20DE%20EST%C3%81GIO%20-%20Compet%C3%Aancia%20Cultural%20do%20EESMOG%20ao%20Cuidar%20da%20Parturiente%20no%20Bloco%20de~1.pdf>
- Campinha-Bacote, J. (2011). Delivering Patient-Centered Care in the Midst of a Cultural Conflict: The Role of Cultural Competence. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* 16(2), Manuscript 5. doi: 10.3912/OJIN.Vol16No02Man05.
- Campinha-Bacote, J., & Munoz, C. (2001). A Guiding Framework for Delivering Culturally Competent Services in Case Management A Guiding Framework for Delivering Culturally Competent Services in Case Management. *Cultural Diversity*, 12(2), 48-52. Doi: 10.1067/mcm.2001.114902
- Clarke, P. N., McFarland, M. R., Andrews, M. M., & Leininger, M. (2009). Some reflections on the impact of the culture care theory by McFarland & Andrews and a conversation with Leininger. *Nursing Science Quarterly*, 22(3), 233-239. doi:
- Collière, M.-F. (2002). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Coutinho, E., Amaral, S., Parreira, V., Chaves, CL., Amaral, O. & Nelas, P. (2017). O cuidado cultural na trajetória da enfermagem transcultural e competência cultural. *Atas CIAIQ2017 >>Investigação Qualitativa em Saúde//Investigación Cualitativa en Salud//Volume 2*, 1578- 1587.
- Coutinho, E.C. (2016). Vigilância de gravidez em mulheres imigrantes e portuguesas e as razões que justificam a necessidade de mediação intercultural. In Alto Comissariado para as Migrações (Coord.), *Entre iguais e diferentes: A mediação intercultural: Atas das I Jornadas da Rede de Ensino Superior para a Mediação Intercultural* (Vol. Coleção Mediação Intercultural, pp. 158-174). Lisboa: ACM.
- Coutinho, E.C.; Rodrigues, E.C., Carvalho, A.C., & Parreira, V.C. (2018). A competência cultural em enfermagem e a Mediação Intercultural preventiva. *Revista Migrações -*

- Número Temático Mediação Intercultural, Observatório das Migrações (OM)*, 15, Lisboa: ACM, pp. 66-81. Acedido em https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/709083/PAG_66-81_EMILIA+COUTINHO.PDF/614bbf39-c81b-4961-8086-8cdeb7623600
- Coutinho, E.P. Parreira, V., Martins, B., Chaves, CL., & Nelas, P. (2017). The Informal Intercultural Mediator Nurse in Obstetrics Care. In Costa, A.P. et al. *Computer Supported Qualitative Research*. Vol 71, Springer (pp. 63-75).
- Crespo, S., Rodrigues, R., Vicente, C., Amendoeira, J., & Barbieri-Figueiredo, M.C. (2014). Teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural: análise segundo o método sintético de McEwen e Wills. *Escola Superior de Saúde de Santarém Revista da Unidade de Investigação do IPSantarém*, 2(6), 1 – 20.
- Değer, V.B. (2018). *Transcultural Nursing*. IntechOpen. Chapter 4 (pp. 39-63). DOI: 10.5772/intechopen.74990. Acedido em <https://www.intechopen.com/books/nursing/transcultural-nursing>
- Douglas, Pierce, Rosenkoetter, Pacquiao et al. (2011). Standards of Practice for Culturally Competent Nursing Care: 2011 Update. *Journal of Transcultural Nursing*, 22(4), 317–333. DOI: 10.1177/1043659611412965. Acedido em https://www.researchgate.net/publication/51676104_Standards_of_Practice_for_Culturally_Compentent_Nursing_Care_2011_Update/link/0deec52b7877b0f5c4000000/download
- Douglas, Pierce, Rosenkoetter, Pacquiao et al. (2014). Guidelines for Implementing Culturally Competent Nursing Care. *Journal of Transcultural Nursing*, Vol. 25(2), 109–121. Acedido em https://www.researchgate.net/publication/286647198_Guidelines_Implementing_Culturally_Compentent_Care/link/56720e1908aeb8b21c6dddf0/download
- Errasti-Ibarrondo, B.E., Díez-Del-Corral, M.P., Jordán, J.A., & Arantzamendi, M. (2019). van Manen's phenomenology of practice: How can it contribute to nursing? *Nursing Inquiry*, 26, 2-10. DOI: 10.1111/nin.12259.
- Fortin, M. (2009). *O Processo de Investigação: Da conceção à realização*. (5ª Ed.). (N. Sagueiro, Trad.). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.
- Garneau, A. B., & Pepin, J. (2015). A constructivist theoretical proposition of cultural competence development in nursing. *Nurse Education Today*, 35(11), 1062–1068. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.05.019>.

- George, J. B. (2000). Madeleine M. Leininger/Capítulo 21. In J. B. George, *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional*. (4ª ed) (p. 297-309). Porto Alegre. Artmed
- Gonçalves, L.M.C. (2012). *A pessoa em situação crítica e o cuidado de enfermagem transcultural*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa. Acedido em <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/9498>
- Hart, P. L., & Mareno, N. (2016). Nurses' perceptions of their cultural competence in caring for diverse patient populations. *Journal of Cultural Competence in Nursing and Healthcare*, 6(1), 121-137. doi: 10.9730/ojccnh.org/v6n1a10
- Iwelunmor, J. & Newsome, V. & Airhihenbuwa, C. (2014). Framing the impact of culture on health: A systematic review of the PEN-3 cultural model and its application in public health research and interventions. *Ethnicity & health*, 19(1):20-46. doi: 10.1080/13557858.2013.857768
- Infante, M.M.S. (2016). *Sentimentos da criança/jovem hospitalizados face à informação disponibilizada pela equipa de saúde dor*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem da Guarda. Acedido em <http://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/3586/3/E%20SIP%20-%20M%C3%A1rcia%20M%20S%20Infante.pdf>
- International Confederation of Midwives. (2010). Essential competencies for basic midwifery practice – revised 2013. Acedido em: <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística (2016). Estatísticas Demográficas 2016. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP. Acedido em https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=307957746...
- Kourkouta, L., & Papathanasiou, I.V. (2014). Communication in Nursing Practice. *Mater Sociomed.*; 26(1), 65-67. DOI: 10.5455/msm.2014.26.65-67
- Leininger, M. (1995). *Transcultural nursing: Concepts, theories, research, and practice* (2nd Ed.). New York: McGraw-Hill, Inc.
- Leininger M. (1998). Nursing education exchanges: concerns and benefits. *Journal of Transcultural Nursing*, 9(2), 57-63.
- Leininger, M. (2001). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. New York: National League for Nursing Press.

- Leininger, M.M., & McFarland, M.R. (2006) *Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory*. 2nd Edition, Jones and Bartlett, Sudbury.
- Lin, C. C., Han, C. Y., Pan, I. J., & Lin, P. L. (2016). Exploring the perceptions of core values of nursing in Taiwanese nursing students at the baccalaureate level. *The Journal of Nursing Research*, 24(2), 126–136. <https://doi.org/10.1097/jnr.000000000000108>.
- Lin, M.H., Wu, C-Y., & Hsu, H.C. (2019). Exploring the experiences of cultural competence among clinical nurses in Taiwan. *Applied Nursing Research*, 45, 6–11. Acedido em <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S089718971830394X?token=2751B5FB00163E7688D00F360996F2A852FFC3E8FD824E74F704DB693CE2BB7DDF08F38356CBBF299F3DA58F5339B373>
- Machado, M.C., Pereira, F. & Machaqueiro, S. (2010). Approaches to Migrant Health in Portugal. *Eurohealth*, 16(1), 30-31. Recuperado de <http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/VOL16No1/Machado.pdf>
- Marques, P.V. (2018). *Seis anos depois, há mais gente a chegar a Portugal do que a partir*. Acedido em <https://www.dn.pt/vida-e-futuro/interior/seis-anos-depois-ha-mais-gente-a-chegar-a-portugal-do-que-a-partir-10183855.html>
- McEwen, M. (2009a). Filosofia, ciência e enfermagem. In M. McEwen & E. Wills, *Bases teóricas para a enfermagem* (2a ed., pp.27-47). São Paulo: Artmed.
- McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2014). *Leininger's culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory*, (3rd ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning
- Murphy, K. (2011). Editorial: The importance of cultural competence. *Nursing Made Incredibly Easy*, 9(2), 5. March-April 2011. doi: 10.1097/01.NME.0000394039.35217.12
- Mestre, C.M.M.M. (2017). *Os Fatores Culturais e a Vivência da Dor no Parto Implicações para a Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18971/1/RELATORIO%20FINAL.pdf>
- Neves, C. (2018). *Há mais 29 mil imigrantes a viver em Portugal*. Diário de Notícias. Acedido em <https://www.dn.pt/portugal/interior/ha-mais-29-mil-estrangeiros-a-viver-em-portugal-9264330.html>
- Niina, E., Maija, H., & Helena L. (2015). *Nurses' perceptions of working with immigrant patients and interpreters in Finland*. University of Turku, Finland. Acedido em: <https://janet.finna.fi, CINAHL>.

- Noble, A., Engelhardt, K., Newsome-Wicks, M., & Woloski-Wruble, A.C. (2009). Cultural competence and ethnic attitudes of midwives concerning Jewish couples. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*; 38(5), 544-55. doi: 10.1111/j.1552-6909.2009.01056.x.
- Oliveira, C.R. (Coord.), & Gomes, N. (2017). *Indicadores de integração de imigrantes: relatório estatístico anual 2017*. 1ª ed. (Imigração em Números – Relatórios Anuais 2) ISBN 978-989-685-089-0
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Livro de Bolso: Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/ parteiras. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros
- Oriá, M.O.B., Ximenes. L.B., & Pagliuca, L.M.F. (2007). Sunrise Model: análise da perspectiva de Afaf Meleis. *Rev Enferm UERJ.*; 15(1): 130-35.
- Parnet, W.E., Sainsbury-Wong, L., & Prabhu, M. (2017). Immigration and Health: Law, Policy, and Ethics. *The Journal of law, medicine & ethics: a journal of the American Society of Law, Medicine & Ethics*, 45(1), 55-59.
- Pereira, P.S. (2015). Fenomenologia da prática: investigação em enfermagem da experiência vivida. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 9(10), 9608-15. Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/19152/1/Fenomenologia%20da%20pr%C3%A1tica-%20investiga%C3%A7%C3%A3o%20em%20enfermagem%20da%20experi%C3%Aancia%20vivida.pdf>
- Pilkington, F.B. (2005). The Concept of Intentionality in Human Science Nursing Theories. Acedido em <https://doi.org/10.1177/0894318405274807>
- Queirós, P. (2015a). *Enfermagem, uma ecologia de saberes*. Conferência inaugural da “II Conferência Internacional – Cuidar com Humanidade”, ESEnC. 18 setembro 2015
- Queirós, P. (2016). Editorial: O conhecimento em enfermagem e a natureza dos seus saberes. *Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery*. 20(3), sp.
- Queirós, P.J.P. (2015b). *Enfermagem, uma ecologia de saberes*. II Conferência Internacional – Cuidar com Humanidade. 18 de setembro de 2015 – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido em

https://www.researchgate.net/publication/281866100_Enfermagem_uma_ecologia_d_e_saberes

- Reis, A.S.C. dos, & Costa, M.A.M. (2014). Cuidar de Imigrantes: das interações em contexto à construção de competências culturais nos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV - n.º 2, 61-69.
- Reynolds, F.; Manfusa, S (2005) - Views on cultural barriers to caring for South Asian women. *British Journal of Midwifery*. 13(4): 236-242. London. ISSN 0969-4900.
- Santos, B. S. (2007). Para além do Pensamento Abissal: Das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Novos estudos CEBRAP*, (79), 71-94. <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-33002007000300004>
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2017). *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo*. Acedido em <https://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa2017.pdf>
- Sindayigaya, S. (2016). How do nurses feel about their cultural competence? A Literature Review. *Jamk.fi.*, 3-40. Acedido em <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/125280/Final%20thesis.pdf?sequence=1>
- Sloan, A., & Bowe, Brian (2014). Phenomenology and hermeneutic phenomenology: the philosophy, the methodologies and using hermeneutic phenomenology to investigate lecturers' experiences of curriculum design. *Quality & Quantity*, Vol. 48, 3, 1291-1303. doi:10.1007/s11135-013-9835-3.
- Smith, L. (2013). Reaching for cultural competence. *Journal of Lippincott NursingCenter*, 43, 6. 30-37.
- Smith, L.S. (2018). A nurse educator's guide to cultural competence. *Nursing made Incredibly Easy*, 19-23. Acedido em https://journals.lww.com/nursingmadeincrediblyeasy/FullText/2018/03000/A_nurse_educator_s_guide_to_cultural_competence.5.aspx#pdf-link
- Streubert, H.J., & Carpenter, D.R. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. Camarate: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas
- Suk, M.H., Oak Oh, W., Im, Y.J., & Cho, H.H. (2015). Mediating Effect of School Nurses' Self Efficacy between Multicultural Attitude and Cultural Sensitivity in Korean Elementary Schools. *Asian Nursing Research*; 9, 194-199. Acedido em <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1976131715000067?token=4D6B21A8DF6>

88186FC834D3DB40FA264D899307773FD1F7D405EFB87C88458EEFF4CBABA0E
EFDFD061F17A49D7C2BA9C

Taylor, S.P., Nicolle, C., & Maguire, M. (2013). Cross-cultural communication barriers in health care. *Nursing standard* (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987), 27 31, 35-43.

The Joint Commission (2010). *Advancing effective communication, cultural competence, and patient- and family-centered care: A roadmap for hospitals*. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission.

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2011). Introdução à teoria de enfermagem: História, terminologia e análise. In A. Marriner Tomey & M. R. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)* (6a ed., pp. 563-591). Loures: Lusociência.

Transcultural C.A.R.E. Associates (2015). The Process Of Cultural Competence In The Delivery Of Healthcare Services. Acedido em: <http://transculturalcare.net/the-process-of-cultural-competence-in-the-delivery-of-healthcare-services/>

Van Manen, M. (1997). *Researching lived experience – Human Science for an action sensitive pedagogy*. University of New York Press. ISBN: 0-920354-42-4.

Van Manen, M. (2014). *Phenomenology of practice: Meaning-giving methods in phenomenological research and writing*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.

Van Manen, M. (2015). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*, 2nd ed. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.

Vasconcelos, M.F.G; Selow, M.L.C. (2016). *Atendimento humanizado pela equipe de enfermagem nas unidades de urgência e emergência*. Acedido em janeiro, 29, 2018 em:
<http://www.vitrineacademica.dombosco.sebsa.com.br/index.php/vitrine/article/view/222/223>

Wikberg, A., & Bondas, T. (2010). A patient perspective in research on intercultural caring in maternity care: A meta-ethnography. *Int J Qual Stud Health Well-being*; 8, 1-15. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2879866/pdf/QHW-5-4648.pdf>

ANEXOS

ANEXO I – GUIÃO PARA ENTREVISTA EXPLORATÓRIA A ATORES-CHAVE

I - Caracterização sociodemográfica:

- 1.Nome
- 2.Idade
- 3.Sexo
- 4.Nacionalidade
- 5.Naturalidade
- 6.Formação académica
- 7.Cargo atual
- 8.Cargo anterior
- 9.Percurso profissional

II – Cuidado culturalmente competente

1. Que significa para si cuidar em contexto de maternidade de pessoas imigrantes? Como se sente? Que desafios e dificuldades? Como ultrapassa essas dificuldades/desafios?
2. O que significa para si cuidado culturalmente competente?
3. O que significa para si a mediação intercultural?
4. Alguma vez teve necessidade de mediar uma situação cultural no contexto de maternidade? Fale-me sobre isso? Que estratégias utilizou? Que ferramentas lhe fizeram falta?
5. O que representaria para si a presença de mediadores interculturais no contexto de maternidade a trabalharem em parceria consigo?
6. Que influência poderá ter o mediador cultural nos cuidados prestados pelo EESMO?
7. Que estratégias podem ser utilizadas por si enquanto EESMO para desenvolver um cuidado culturalmente sensível/ competente? Como estabelece a comunicação? O que faz para explorar as expectativas, crenças, valores, práticas culturais, durante a gravidez, parto e puerpério que o capacitem para a prestação de cuidados culturalmente congruentes? Poderia tornar-se enquanto enfermeiro num mediador intercultural? Que conteúdos formativos poderiam contribuir para isso?

ANEXO II – CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO



*Alto Comissariado para as Migrações/ Rede de Ensino Superior em Mediação Intercultural (RESMI)
Grupo Temático – RESMI/Saúde
Estudo MEIOS – Mediação Intercultural e Outcomes em saúde*

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO CONCESSÃO DE ENTREVISTA/ Profissionais de Saúde

(de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²)

NOTA EXPLICATIVA

O Alto Comissariado para as Migrações, IP-ACM, IP., tem por missão colaborar na definição, execução e avaliação das políticas públicas, transversais e setoriais em matéria de migrações, relevantes para a atração dos migrantes nos contextos nacional, internacional e lusófono, bem como para a integração dos imigrantes e grupos étnicos, e para a gestão e valorização da diversidade entre culturas, etnias e religiões, onde a dimensão da saúde assume particular relevância.

É neste contexto que o estudo agora em desenvolvimento se destina a caracterizar os outcomes em saúde obtidos com a mediação intercultural desenvolvida em diversas Unidades de Saúde (onde a sua se inclui), no âmbito do Projeto-piloto de Mediação Intercultural no Atendimento em Serviços Públicos, que decorreu entre junho de 2009 a Dezembro de 2011, tendo sido colocados “mediadores interculturais” em diversos Serviços Públicos.

Solicita-se assim a sua anuência para a concessão de uma entrevista, que será feita com base num guião semiestruturado, desenvolvido para o Estudo de Investigação – Clínico sem Intervenção – intitulado: “Mediação Intercultural e Outcomes em Saúde (MEIOS)”, efetuado no âmbito da RESMI - Rede de Ensino Superior para a Mediação Intercultural (parceria entre o ACM e Instituições do Ensino Superior).

A sua participação é de caráter voluntário, prevendo-se a possibilidade de poder abandonar o estudo em qualquer momento, se essa vontade for manifestada.

Solicita-se que após se considerar devidamente informado, assine este documento dando o seu consentimento para a inclusão dos dados que nos fornecer, sob compromisso da devida manutenção da sua confidencialidade e anonimato.

Santarém, ___/___/___

Assinatura:

ANEXO III – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE PROTEÇÃO DE DADOS



Proc. n.º 18136/ 2016 | 1

Autorização n.º 12293/ 2016

Alto Comissariado para as Imigrações, IP , NIPC 508198534, notificou à Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPd) um tratamento de dados pessoais com a finalidade de realizar um Estudo Clínico sem Intervenção, denominado Mediação Intercultural e Outcomes em Saude (MEIOS), efectuado no âmbito da RESMI - Rede de Ensino Superior para a Mediação Intercultural (parceria entre o ACM e instituições do Ensino Superior) .

O participante é identificado por um código especificamente criado para este estudo, constituído de modo a não permitir a imediata identificação do titular dos dados; designadamente, não são utilizados códigos que coincidam com os números de identificação, iniciais do nome, data de nascimento, número de telefone, ou resultem de uma composição simples desse tipo de dados. A chave da codificação só é conhecida do(s) investigador(es).

É recolhido o consentimento expresso do participante ou do seu representante legal.

A informação é recolhida diretamente do titular.

As eventuais transmissões de informação são efetuadas por referência ao código do participante, sendo, nessa medida, anónimas para o destinatário.

A CNPD já se pronunciou na Deliberação n.º 1704/2015 sobre o enquadramento legal, os fundamentos de legitimidade, os princípios aplicáveis para o correto cumprimento da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro, alterada pela Lei n.º 103/2015, de 24 de agosto, doravante LPD, bem como sobre as condições e limites aplicáveis ao tratamento de dados efetuados para a finalidade de investigação clínica.

No caso em apreço, o tratamento objeto da notificação enquadra-se no âmbito daquela deliberação e o responsável declara expressamente que cumpre os limites e condições aplicáveis por força da LPD e da Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, alterada pela Lei n.º 73/2015, de 27 de junho – Lei da Investigação Clínica –, explicitados na Deliberação n.º 1704/2015.

O fundamento de legitimidade é o consentimento do titular.



A informação tratada é recolhida de forma lícita, para finalidade determinada, explícita e legítima e não é excessiva – cf. alíneas a), b) e c) do n.º 1 do artigo 5.º da LPD.

Assim, nos termos das disposições conjugadas do n.º 2 do artigo 7.º, da alínea a) do n.º 1 do artigo 28.º e do artigo 30.º da LPD, bem como do n.º 3 do artigo 1.º e do n.º 9 do artigo 16.º ambos da Lei de Investigação Clínica, com as condições e limites explicitados na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, que aqui se dão por reproduzidos, autoriza-se o presente tratamento de dados pessoais nos seguintes termos:

Responsável – Alto Comissariado para as Imigrações, IP

Finalidade – Estudo Clínico sem Intervenção, denominado Mediação Intercultural e Outcomes em Saude (MEIOS), efectuado no âmbito da RESMI - Rede de Ensino Superior para a Mediação Intercultural (parceria entre o ACM e instituições do Ensino Superior)

Categoria de dados pessoais tratados – Código do participante; dados de cuidadores/acompanhantes (apenas os relacionados com as necessidades do participante); relativos à atividade profissional com conexão com a Investigação

Exercício do direito de acesso – Através dos investigadores, presencialmente

Comunicações, Interconexões e fluxos transfronteiriços de dados pessoais identificáveis no destinatário – Não existem

Prazo máximo de conservação dos dados – A chave que produziu o código que permite a identificação indireta do titular dos dados deve ser eliminada 5 anos após o fim do estudo.

Da LPD e da Lei de Investigação Clínica, nos termos e condições fixados na presente Autorização e desenvolvidos na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, resultam obrigações que o responsável tem de cumprir. Destas deve dar conhecimento a todos os que intervenham no tratamento de dados pessoais.

Lisboa, 16-11-2016



Proc. n.º 18138/2016 | 3

A Presidente

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Filipa Calvão'.

Filipa Calvão

**ANEXO IV – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO HOSPITAL PROF. DR.
FERNANDO FONSECA, EPE**



PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

TIPO DE ESTUDO: ESTUDO INVESTIGAÇÃO

TÍTULO DO ESTUDO:

ESTUDO INVESTIGAÇÃO- MEIOS : “Mediação Intercultural e Outcomes em Saúde”

Após análise realizada a 21 de Dezembro de 2017, estando o estudo de acordo com as normas de submissão impostas por esta CE, deliberou-se emitir parecer favorável sobre a realização do mesmo.

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE presentes em reunião 21 de Dezembro de 2017:

Presidente	Dr.ª Teresa Brandão
Vogais	Dr.ª Renata Afonso
	Dr.ª Carla Carneiro
	Dr. Pedro Laranjeira
	Enf. João Vieira
	Pe. José Barros

Mais se declara que a Comissão de Ética para a Saúde do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE, cumpre com as Normas da Boa Prática Clínica.

Pelo exposto, emitiu-se a 22 de Dezembro de 2017, **Parecer Favorável**.

A Presidente da Comissão de Ética


Dr.ª Teresa Brandão

ANEXO V – ARTIGO 1

Constrangimentos do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica e estratégias utilizadas na interação com a mulher imigrante

Emília Coutinho ⁽¹⁾, Ana Raquel Duarte Domingos ⁽²⁾

(1) Enfermeira. Professora na Escola Superior de Saúde de Viseu, IPV, Doutora em Ciências de Enfermagem (ecoutinhoessv@gmail.com)

(2) Enfermeira no Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca EPE, Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (anadomingos27@gmail.com)

Resumo

Objetivos: Compreender os constrangimentos do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) e as estratégias utilizadas na interação com a mulher imigrante.

Métodos: Estudo qualitativo, com recurso ao método fenomenológico-hermenêutico, tendo como instrumento de recolha de dados a entrevista semiestruturada. Quanto aos participantes no estudo foram selecionados dez enfermeiros a exercerem funções no bloco de partos de um hospital da Grande Lisboa. Recorreu-se à análise qualitativa de dados, a qual foi apoiada pelo Nvivo12. Este estudo insere-se no estudo sobre os Mediadores Interculturais nas Unidades de Saúde – MEIOS – Mediação Intercultural e Outcomes em Saúde, desenvolvido pela Rede de Ensino Superior em Mediação Intercultural, promovido pelo Alto Comissariado para as Migrações, estudo que foi autorizado pela CNPD e obtido consentimento por parte da Comissão de Ética da Instituição onde foi realizado o estudo.

Resultados: Apresentam-se duas das categorias que emergiram dos dados: “Constrangimentos dos enfermeiros na interação com a mulher imigrante” na qual se identificaram cinco subcategorias, nomeadamente a barreira cultural, a dificuldade em prestar cuidados de acordo com o método individual, o número escasso de Enfermeiros face à exigência dos cuidados individuais, a escassez de tempo e a desvalorização da mulher pelo companheiro; e a categoria “Estratégias utilizadas pelo EESMO na interação com a mulher imigrante” na qual se identificaram, doze subcategorias, sendo elas, recorrer a pessoa de família que fale a língua da mulher imigrante, centrar-se numa abordagem da pessoa como ser único, comunicar por gestos, consultar sites de tradução, assegurar a presença de profissional do sexo feminino, elaborar folhetos em várias línguas, melhorar estratégias comunicacionais, pedir apoio a mediadores [do hospital], pedir colaboração a colegas mais experientes, recorrer a profissionais da mesma cultura da mulher imigrante, seguir orientações escritas em protocolos e obter o consentimento informado.

Conclusão: Este estudo de investigação qualitativa permitiu compreender quais os constrangimentos dos enfermeiros na interação com a mulher imigrante, assim como as estratégias que os mesmos utilizam nesta interação, tendo como foco o cuidado culturalmente competente. Assim, com base nos resultados do estudo e face aos constrangimentos referenciados pelos participantes sugere-se um maior investimento na formação e autoformação do EESMO, o que permitirá o desenvolvimento da consciência cultural e do conhecimento cultural e, conseqüentemente, o desenvolvimento da competência cultural.

Descritores: constrangimentos, estratégias, EESMO, mulher imigrante,

Introdução

Em Portugal, a imigração tem tido uma evolução sistemática, tendo sido verificado um acréscimo da população estrangeira residente, com um aumento de 6,0% face a 2016, totalizando 421.711 cidadãos estrangeiros titulares de autorização de residência.⁽¹⁾ Neste sentido, os imigrantes trazem contributos positivos para a demografia portuguesa, uma vez que continuam a desenvolver o volume de nascimentos em Portugal.⁽²⁾

Com o aumento da população imigrante, ser culturalmente competente é um desafio para as instituições de saúde e respetivos profissionais de saúde, para poderem prestar cuidados a esta população com características próprias. Estes pressupostos tornaram importante uma abordagem do desenvolvimento da competência cultural dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica ao cuidar da mulher imigrante.⁽³⁾

A migração, a priori, já é uma transformação significativa na vida da pessoa/família e quando se associa outra transformação, sendo exemplo a gravidez e o nascimento de um filho, a pessoa/família em questão fica mais vulnerável, bem como “o fenómeno da aculturação”.⁽⁴⁾ Neste sentido, a intervenção dos profissionais de saúde, mais especificamente do enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, é fundamental, sendo crucial compreender quais são as necessidades da pessoa/família imigrante, as suas crenças e valores, de forma a prestar um cuidado culturalmente competente.

Num estudo qualitativo cujo objetivo consistiu em criar um referencial teórico descritivo sobre as experiências das competências culturais de 30 enfermeiros, em Taiwan, ficou demonstrado que a maioria dos enfermeiros se encontrava “despreparada” para lidar com as diferentes culturas dos utentes, apesar de terem consciência da importância das diferenças de valores. Os enfermeiros revelaram que tiveram dificuldade em implementar o seu trabalho num contexto culturalmente tão divergente e em procurar recursos que representassem situações em que as características comportamentais melhorassem as suas competências culturais. No global, os enfermeiros que gerem diferentes situações culturais acabaram por aprender a tolerar as diferentes culturas e a proporcionar aos utentes cuidados culturalmente apropriados, traduzindo-se num aumento da qualidade do atendimento.⁽⁵⁾ É nesse sentido que se objetiva compreender os constrangimentos do EESMO, no domínio cultural e as estratégias utilizadas na interação com a mulher imigrante.

Métodos

O presente estudo é descritivo e exploratório, de natureza qualitativa com enfoque fenomenológico-hermenêutico, centrado na experiência vivida, como proposto por Max Van Manen. Segundo este autor a fenomenologia hermenêutica é definida como um método de reflexão isenta de juízos de valor sobre as estruturas da experiência vivida da existência humana.⁽⁶⁾ A pesquisa fenomenológica tem como objetivo distinguir entre a aparência e os fatores essenciais, de tal forma que o investigador tenta compreender em que constitui o fenómeno e a experiência vivida em questão. Deste modo, assume-se que a reflexão e a escrita são duas atividades distintas que são difíceis de separar e que, através de ambas, se pretende descobrir e revelar a essência da experiência vivida.⁽⁷⁾ Trata-se de uma forma de

pesquisa orientada para a descoberta de significados expressos por um sujeito sobre a sua experiência. A abordagem fenomenológica hermenêutica valoriza a interpretação e a compreensão da experiência humana, sem se restringir unicamente à sua descrição, sendo esta uma maneira de aceder aos fenómenos de interesse para a Enfermagem.⁽⁸⁾ Deste modo, pareceu-nos ser o método mais adequado para estudar o problema.

Tendo-se em consideração o estudo que se deseja desenvolver, optou-se pela entrevista semiestruturada como instrumento de colheita. Foi construído um guião, com variáveis inerentes à caracterização sociodemográfica da amostra, seguida de algumas questões: - O que significa para si cuidar em contexto de maternidade de pessoas imigrantes? Como se sente? Que desafios e dificuldades? Como ultrapassa esses desafios/dificuldades? em torno no tema – a competência cultural do EESMO, inserido num estudo mais alargado denominado Mediação Intercultural e Outcomes em Saúde (MEiOS), desenvolvido pela Rede de Ensino Superior em Mediação Intercultural, promovido pelo Alto Comissariado para as Migrações, que foi autorizado pela CNPD e obtido consentimento por parte da Comissão de Ética da Instituição onde foi realizado o estudo. As entrevistas foram realizadas por uma investigadora, tendo a colheita de dados decorrido entre Setembro de 2018 e Dezembro de 2018. O estudo teve dez participantes, tendo as entrevistas sido realizadas a dez enfermeiros que exercem funções no serviço de bloco de partos, de um hospital da Grande Lisboa, em função da sua disponibilidade e aceitação em participar no estudo. Foram respeitados os princípios éticos, tendo sido obtido o consentimento informado, de cada participante, após o esclarecimento sobre os objetivos do estudo, da proteção do anonimato e a possibilidade de cancelar a sua colaboração em qualquer momento. De forma a respeitar a privacidade dos dados dos participantes foram atribuídos códigos às entrevistas atribuindo a letra E (de enfermeiro) e um número de acordo com a ordem das entrevistas, (exemplo da codificação da primeira enfermeira a ser entrevistada – E1). Relativamente à caracterização sociodemográfica da amostra 80% são do sexo feminino e 20% do sexo masculino, sendo a média de idades de 40,8 anos. Dos dez enfermeiros, oito são de nacionalidade portuguesa, uma angolana e outra brasileira. No que diz respeito à formação académica, oito enfermeiros possuem o Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e dois têm o Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica.

Tendo em conta o objetivo do estudo e a problemática exposta anteriormente recorreu-se à análise de conteúdo, a qual foi apoiada pelo Nvivo® versão 12. A análise de conteúdo, segundo Bardin (2015), consiste na técnica de tratamento das informações recolhidas através de entrevistas, em profundidade. Possibilita fazer o confronto entre o quadro de referência do investigador e o material empírico recolhido, bem como se caracteriza por apresentar uma dimensão descritiva, através da qual o investigador informa acerca do que foi narrado pelos entrevistados. Caracteriza-se ainda por possuir uma dimensão interpretativa resultante das questões colocadas pelo investigador, em conformidade com o tema em estudo, fazendo uso de um sistema de conceitos teórico-analíticos cuja articulação possibilita formular as regras de inferência, resultando num processo de categorização.⁽⁹⁾ O Nvivo® consiste é uma das aplicações empregues na análise de discurso, teoria fundamentada, análise de conversação, etnografia, revisões de literatura, fenomenologia e métodos mistos. Esta aplicação possibilita que se organize, classifique, ordene, examinem relações e que se possam fazer combinações das análises decorrentes.

Resultados

A categoria “Constrangimentos dos enfermeiros na interação com a mulher imigrante” é constituída por cinco subcategorias, nomeadamente: “Barreira cultural”, “Dificuldade em prestar cuidados de acordo com o método individual”, “Número escasso de Enfermeiros face à exigência dos cuidados individuais”, “Escassez de tempo” e “Desvalorização da mulher pelo companheiro”, como apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Constrangimentos dos enfermeiros na interação com a mulher imigrante

Constrangimentos dos enfermeiros na interação com a mulher imigrante	N	Ur
A barreira cultural	10	66
A dificuldade linguística	9	25
A dificuldade em lidar com a diversidade cultural da população	7	12
O desconhecimento cultural por parte do enfermeiro	4	6
Não-aceitação de profissional de saúde do género masculino por algumas mulheres	3	11
Choque religioso	3	4
Dificuldade em aceitar a rejeição da amamentação	2	2
Choque cultural	1	1
Preconceitos e tabus	1	3
Incapacidade em lidar com os costumes das pessoas	1	1
Esconderem informação sobre a mutilação genital feminina	1	1
Dificuldade em prestar cuidados de acordo com o método individual	2	4
Número escasso de Enfermeiros face à exigência dos cuidados individuais	1	2
Escassez de tempo	1	2
Desvalorização da mulher pelo companheiro	1	2

Apresentam-se alguns testemunhos dos participantes específicos de cada uma das subcategorias:

A barreira cultural

As barreiras culturais identificadas pelos informantes são: a dificuldade linguística, referida por nove dos dez participantes; a dificuldade em lidar com a diversidade cultural da população, apontada por sete participantes; o desconhecimento cultural por parte do enfermeiro, referenciado por quatro participantes; a não-aceitação de profissional de saúde do género masculino por algumas mulheres, e o choque religioso, ambos enunciados por três participantes; a dificuldade em aceitar a rejeição da amamentação, referido por dois participantes; e, o choque cultural, os preconceitos e tabus, a incapacidade em lidar com os costumes das pessoas e o esconderem informação sobre a mutilação genital feminina, apontado por apenas um participante. Esta subcategoria foi referenciada por todos os enfermeiros, contando com 66 unidades de registo.

A dificuldade linguística

“Acabamos por ter a barreira linguística, na maior parte dos casos, é o que nos dá logo a primeira dificuldade em conseguir comunicar com estas pessoas e eles fazerem-se comunicar connosco, para sabermos quais as suas necessidades. Esse é o maior problema” (E1).

“Em muitas situações não é fácil, a maior dificuldade prende-se sobretudo em contexto sala de partos com a língua que é uma barreira muito grande porque realmente muitas das vezes é difícil fazermos entender e entender o que as mulheres nos dizem...o que eu sinto mais dificuldade realmente é na barreira linguística” [E2].

“É um desafio e uma dificuldade, não é fácil de facto, principalmente quando há barreiras linguísticas, que na nossa realidade acontece frequentemente...mas não é fácil quando há estas barreiras linguísticas, de facto acho que é uma dificuldade difícil de ultrapassar por não termos recursos...[portanto às vezes não percebemos] se é porque não nos percebem [que não nos respondem às questões]” [E10].

A dificuldade em lidar com a diversidade cultural da população

“A nossa população aqui na Amadora é muito diversa e apanhamos muitas pessoas imigrantes e temos algumas dificuldades em ultrapassar isto...lidamos com culturas diferentes, maneiras de sentir diferentes e realidades também diferentes de um país para o outro, muito diferentes daquilo que estamos habituados a ver” (E1).

“Temos muitas grávidas indianas e muitas muçulmanas...população intercultural muito grande...porque realmente existem muitas culturas diferentes e hábitos muito diferentes” (E2).

“É um desafio porque na nossa realidade temos diversas culturas...seria difícil tornarmo-nos peritos em todas [as culturas]” (E10).

O desconhecimento cultural por parte do enfermeiro

“Mesmo os PALOP´s cada um vem do seu país e cada cultura é diferente e isso é muito difícil aqui de diferenciar” (E1).

“Lembro-me há uns anos que apareceram as mulheres da lá da Índia, lá as Kaur que são dos Sikhs, da cultura Sikh e eu no início pensava que elas eram todas primas. Apareceu-me a primeira, a segunda, todas com o mesmo apelido Kaur, eu pensava que elas eram todas não é?” (E9).

Não-aceitação de profissional de saúde do género masculino por algumas mulheres

“Outras que não querem ser cuidadas por enfermeiros homens” (E2).

“Eram dois médicos homens e a senhora não queria ser vista por eles” (E2).

Choque religioso

“A que nos coloca aqui em contexto de maternidade em maior conflito com a nossa forma de estar é... as testemunhas de Jeová em situação de emergência que não queiram fazer transfusão” (E5).

Dificuldade em aceitar a rejeição da amamentação

“Algumas etnias que não querem amamentar logo após o nascimento” (E2).

Choque cultural

“O que nós identificámos são possíveis choques entre a nossa cultura, a nossa formação profissional e a nossa prestação de cuidados com determinados aspetos da sociedade, da religião dos imigrantes” (E7).

Preconceitos e tabus

“[têm também alguns] tabus culturais [que temos dificuldade em ultrapassar]” (E9).

“Têm também alguns] preconceitos [que temos dificuldade em ultrapassar]” (E9).

Incapacidade em lidar com os costumes das pessoas

“É difícil nós tentarmos lidar com os costumes das pessoas” (E4).

Esconderem informação sobre a mutilação genital feminina

“Nos casos de mutilação genital feminina, nestes casos como temos que fazer referenciação, para perceber se na família há outras meninas que possam ser submetidas à mutilação ou não, recorremos aos acompanhantes/às pessoas significativas mas esta temática ainda é ... as pessoas têm muito medo de falar sobre ela e às vezes não nos respondem às questões, por exemplo quando é que foi feita a mutilação, se querem fazer ou não à menina que nasce ou a outras meninas da família, portanto às vezes não percebemos se é por medo que não nos respondem” (E10).

Dificuldade em prestar cuidados de acordo com o método individual

“Não conseguimos cuidar de cada mulher de forma individualizada” (E1).

O número escasso de Enfermeiros face à exigência dos cuidados individuais

“Os rácios não nos permitem [o cuidado culturalmente competente]” (E1).

“Para já, somos muito poucos [EESMO]” (E1).

Escassez de tempo

“De todo não é o que a gente faz aqui [o cuidado culturalmente competente]. Infelizmente não temos tempo” (E1).

“Acabamos por ter muito pouco tempo para as mulheres e isso também é mau” (E1).

A desvalorização da mulher pelo companheiro

“Percebi nitidamente que ela estava a ser tratada exatamente como um objeto” (E5).

A categoria “Estratégias utilizadas pelo EESMO na interação com a mulher imigrante” é constituída por doze subcategorias, nomeadamente: “Recorrer a pessoa de família que fale a língua da mulher imigrante”, “Centrar-se numa abordagem da pessoa como ser único”, “Comunicar por gestos”, “Consultar sites de tradução”, “Assegurar a presença de profissional do sexo feminino”, “Elaborar folhetos em várias línguas”, “Melhorar estratégias comunicacionais”, “Pedir apoio a mediadores [do hospital]”, “Pedir colaboração a colegas mais experientes”, “Recorrer a profissionais da mesma cultura da mulher imigrante”, “Seguir orientações escritas em protocolos”, “Obter o consentimento informado”. As estratégias mais utilizadas pelos participantes são: o recorrer a pessoa de família que fale a língua da mulher imigrante, referenciada por oito participantes; o centrar-se numa abordagem da pessoa como

ser único, apontada por seis participantes; e, o comunicar por gestos, presente nos discursos de seis participantes, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 – Estratégias utilizadas pelo EESMO na interação com a mulher imigrante

Estratégias utilizadas pelo EESMO na interação com a mulher imigrante	N	Ur
Recorrer a pessoa de família que fale a língua da mulher imigrante	8	19
Centrar-se numa abordagem da pessoa como ser único	6	7
Comunicar por gestos	6	11
Consultar <i>sítes</i> de tradução	4	5
Assegurar a presença de profissional do sexo feminino	3	6
Elaborar folhetos em várias línguas	2	2
Melhorar estratégias comunicacionais	2	3
Pedir apoio a mediadores [do hospital]	2	4
Pedir colaboração a colegas mais experientes	2	2
Recorrer a profissionais da mesma cultura da mulher imigrante	2	2
Seguir orientações escritas em protocolos	2	2
Obter o consentimento informado	1	3

Apresentam-se algumas unidades de registo que dão corpo às três subcategorias mais referenciadas pelos participantes:

Recorrer a pessoa de família que fale a língua da mulher imigrante

“No meu caso pessoal, vou muito buscar à família, aos acompanhantes, à família mais alargada e pedimos um bocadinho apoio a essas pessoas para nos podermos fazer entender um bocadinho melhor e para podermos entender as necessidades destas mulheres, deste casal” (E1).

“Tentar que haja um tradutor, um marido, um amigo, um familiar que faça a ponte entre mim e a pessoa” (E7).

“Nesta dificuldade especificamente o que eu tento fazer é recorrer às pessoas que saibam falar o dialeto, aos nossos pares...às vezes conseguimos ou à pessoa significativa que acompanha neste caso a mulher” (E10).

Centrar-se numa abordagem da pessoa como ser único

“Tentar conversar com a grávida, com a família, com o casal para tentar perceber o que é que elas pretendem o que é que querem, porque é que querem de uma maneira porque é que não querem de outra e tentar ir de encontro aos seus desejos” (E2).

“Explorar as expectativas, as crenças, os valores [da utente]” (E10).

Comunicar por gestos

“Outras vezes nem uma coisa nem outra e pronto vamo-nos entendendo com linguagem gestual e tudo isso” (E2).

“Habitualmente é por sinais e gestos que a gente não consegue nem traduzir, essas que não conseguem... não falam mesmo nada em português” (E6).

Discussão

Neste estudo, a categoria “Constrangimentos dos enfermeiros na interação com a mulher imigrante” foi referenciada por todos os enfermeiros, com 76 unidades de registo. Os constrangimentos mais referidos pelos participantes foram: a dificuldade linguística e a dificuldade em lidar com a diversidade cultural da população. Estes resultados corroboram os encontrados por Lin, Wu e Hsu (2019), cujo estudo revela que grande parte dos enfermeiros viu como principal obstáculo à sua interação com utentes de diferentes culturas as barreiras linguísticas e a diversidade cultural. Todavia, os participantes demonstram ter consciência da importância das diferenças de valores que regem as diferentes culturas. Os enfermeiros revelaram que tiveram dificuldade em implementar o seu trabalho num contexto culturalmente tão divergente e em procurar recursos que representassem situações em que as características comportamentais melhorassem as suas competências culturais, estando os resultados encontrados no presente estudo em conformidade.⁽⁵⁾ Alahmmari (2016) no seu estudo quantitativo e descritivo com enfermeiros não sauditas e utentes sauditas explorou as barreiras da comunicação cultural e os seus efeitos nos cuidados prestados, tendo verificado que as barreiras linguísticas, o choque cultural e não saber como lidar com os costumes dos utentes foram as que sobressaíram, resultando em exaustão por parte dos enfermeiros. A competência em comunicação cultural foi influenciada pela não compreensão da cultura saudita.⁽¹⁰⁾

A categoria “Estratégias utilizadas pelo EESMO na interação com a mulher imigrante” é constituída por doze subcategorias, sendo as mais evidentes: recorrer a pessoa de família que fale a língua da mulher imigrante, centrar-se numa abordagem da pessoa como ser único e, comunicar por gestos. Estes testemunhos revelam que o cuidado à mulher imigrante é uma prática de enfermagem humanizada, um cuidar que deve ser concretizado no dia-a-dia de forma holística, o que está em conformidade com Vasconcelos e Selow (2016), segundo os quais, o cuidado numa visão holística impede que este se torne mecânico, impessoal e desumano, devendo atender-se à especificidade e individualidade de cada cliente, dentro do “aqui e agora”, respeitando sempre a unicidade de cada um. Os cuidados de enfermagem que se prestam devem assentar, assim, num compromisso de valorização da pessoa como veículo fundamental do seu autocuidado, procurando mobilizar as suas capacidades de vida, que representam o cuidar. Por conseguinte, refere-se que os esforços dos enfermeiros no âmbito da interculturalidade são elementos-chave para um cuidado humanizado, pois permitirão eliminar as barreiras presentes no exercício do cuidar a mulher imigrante. O cuidado humanizado não se apoia apenas na condição humana do enfermeiro ou nas intenções institucionais, mas nas atitudes e na disposição voltada para o bem-estar de cada cliente. Além disso, as tensões no cuidado de enfermagem devem ser resolvidas através da humanização, no olhar para o outro “como pessoa como ser único” que é.⁽¹¹⁾

Constatou-se também que uma grande parte dos enfermeiros (n=6) indicou o “Comunicar por gestos” como estratégias utilizadas pelo EESMO na interação com a mulher imigrante. É de ressaltar a importância atribuída à área da comunicação não-verbal, o que reforça os esforços manifestados pelos enfermeiros para poderem estabelecer relações interpessoais com as mulheres e respetiva família, num processo comunicacional empático que lhes permite prestar cuidados culturalmente congruentes, dentro das suas possibilidades. De acordo com Kourkouta e Papathanasiou (2014), uma boa comunicação entre enfermeiros

e clientes é essencial para o êxito do atendimento de enfermagem individualizado. Para isso, os enfermeiros devem entender e ajudar os clientes, demonstrando cortesia, bondade e sinceridade, recorrendo à linguagem verbal e não-verbal. A boa comunicação não se baseia apenas nas habilidades físicas dos enfermeiros, mas também na sua postura assertiva, empática, na experiência e na partilha de saberes, como meio para melhorar as estratégias comunicacionais, o que implica uma constante colaboração entre profissionais.⁽¹²⁾ O facto de os enfermeiros entrevistados terem relatado a importância de recorrer a várias formas de comunicação, sobretudo a comunicação gestual, está em conformidade com Brooks, Manias e Bloomer (2019) que defendem que uma comunicação culturalmente sensível e competente demonstra compreensão e respeito pelos indivíduos e promove a satisfação do cliente e da família. Através da comunicação verbal e não-verbal, os enfermeiros tentam identificar as necessidades individualizadas do cliente. No entanto, a comunicação culturalmente sensível também depende do facto de os enfermeiros serem capazes de refletir criticamente sobre os seus próprios valores, crenças, preferências e cultura, bem como aceitar a cultura, tradições, perspetivas e práticas dos clientes, famílias e comunidades culturalmente diversas.⁽¹³⁾

Também Noble, Engelhardt, Newsome-Wicks e Woloski-Wruble (2009) corroboram os resultados obtidos ao referirem que, na maioria dos casos, o contacto da mulher imigrante e da sua família com o sistema de saúde do país acolhedor, acontece na sala de partos, o que torna este espaço como o mais propício à ocorrência de conflitos culturais, onde as diferenças linguísticas são evidentes, o que implica o recurso, por parte do EESMO, de estratégias que facilitem a comunicação com a mulher e seus familiares, nomeadamente o recurso à linguagem gestual, a um tradutor e a estratégias não farmacológicas.⁽¹⁴⁾ Wikberg e Bondas (2010) salientam que quando não existe uma linguagem comum e/ou comunicação eficaz, a relação entre o EESMO e a mulher fica comprometida, com reflexos diretos na prestação de cuidados. A falta de reciprocidade no ato comunicativo e na transmissão de informações parece resultar na ausência de escolha, situação que provoca medo e frustração à mulher imigrante.⁽¹⁵⁾

Conclusão

Na interação com a mulher imigrante o EESMO depara-se com vários constrangimentos no domínio cultural, nomeadamente, a barreira cultural, a dificuldade em prestar cuidados de acordo com o método individual, o número escasso de Enfermeiros face à exigência dos cuidados individuais, a escassez de tempo e a desvalorização da mulher pelo companheiro. As barreiras culturais são um dos maiores constrangimentos apontados pelos enfermeiros na prestação de cuidados à mulher imigrante, sendo que, a dificuldade linguística, a dificuldade em lidar com a diversidade cultural da população e o desconhecimento cultural foram as mais referidas neste estudo.

Perante isto, os enfermeiros foram desenvolvendo estratégias pontuais com vista à prestação de cuidados culturalmente congruentes. As estratégias mais utilizadas pelo EESMO na interação com a mulher imigrante foram o recorrer a pessoa de família que fale a língua da mulher imigrante, o centrar-se numa abordagem da pessoa como ser único e o comunicar por gestos.

Deste modo, o presente estudo de investigação qualitativa permitiu compreender quais os constrangimentos dos EESMO, no domínio cultural, na interação com a mulher imigrante,

assim como as estratégias que os mesmos utilizam nesta interação, tendo como foco o cuidado culturalmente competente. Assim, com base nos resultados do estudo e face aos constrangimentos referenciados pelos participantes sugere-se um maior investimento na formação e autoformação do EESMO, o que permitirá o desenvolvimento da consciência cultural e do conhecimento cultural.

Referências bibliográficas

- 1 – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2017). Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo. Acedido em <https://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa2017.pdf>
- 2 – Oliveira, C.R. (Coord.), & Gomes, N. (2017). Indicadores de integração de imigrantes: relatório estatístico anual 2017. 1ª ed. (Imigração em Números – Relatórios Anuais 2) ISBN 978-989-685-089-0
- 3 – Bruno, J.I.M. (2012). Competência cultural do enfermeiro especialista de saúde materna, obstétrica e ginecológica ao cuidar da parturiente no bloco de partos. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15804/1/Joana%20Isabel%20Madureira%20Bruno%20-%20RELAT%C3%93RIO%20DE%20EST%C3%81GIO%20-%20Compet%C3%A2ncia%20Cultural%20do%20EESMOG%20ao%20Cuidar%20da%20Parturiente%20no%20Bloco%20de~1.pdf>
- 4 – Becker, A.P.S., Borges, L.M., & Crepaldi, M.A. (2017). Imigração e dinâmica familiar: uma revisão teórica. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 23, 1, 160-181. Acedido em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v23n1/v23n1a10.pdf>
- 5 – Lin, M.H., Wu, C-Y., & Hsu, H.C. (2019). Exploring the experiences of cultural competence among clinical nurses in Taiwan. *Applied Nursing Research*, 45, 6–11. Acedido em <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S089718971830394X?token=2751B5FB00163E7688D00F360996F2A852FFC3E8FD824E74F704DB693CE2BB7DDF08F38356CBBF299F3DA58F5339B373>
- 6 – Van Manen, M. (2014). *Phenomenology of practice: Meaning-giving methods in phenomenological research and writing*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.
- 7 – Van Manen, M. (2015). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*, 2nd ed. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.
- 8 – Errasti-Ibarrondo, B.E., Díez-Del-Corral, M.P., Jordán, J.A., & Arantzamendi, M. (2019). van Manen's phenomenology of practice: How can it contribute to nursing? *Nursing Inquiry*; 26, 2-10. DOI: 10.1111/nin.12259.
- 9 – Bardin, L. (2015). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- 10 – Alahmmari, A.Y. (2016). *Exploring Cultural Barriers to Effective Communication Between Expatriate Nurses and Patients in the Kingdom of Saudi Arabia*. School of Nursing and Midwifery (Peninsula Campus) Faculty of Medicine, Nursing and Health Sciences Monash University.

- 11 – Vasconcelos, M.F.G; Selow, M.L.C. (2016). Atendimento humanizado pela equipe de enfermagem nas unidades de urgência e emergência. Acedido em janeiro, 29, 2018 em: <http://www.vitrineacademica.dombosco.sebsa.com.br/index.php/vitrine/article/view/222/223>
- 12 – Kourkouta, L., & Papathanasiou, I.V. (2014). Communication in Nursing Practice. *Mater Sociomed.*; 26(1), 65-67. DOI: 10.5455/msm.2014.26.65-67
- 13 – Brooks, L.A., Manias, E., & Bloomer, M.J. (2019). Culturally sensitive communication in healthcare: A concept analysis. *Collegian*; 26, 383-391.
- 14 – Noble, A., Engelhardt, K., Newsome-Wicks, M., & Woloski-Wruble, A.C. (2009). Cultural competence and ethnic attitudes of midwives concerning Jewish couples. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*; 38(5), 544-55. doi: 10.1111/j.1552-6909.2009.01056.x.
- 15 – Wikberg, A., & Bondas, T. (2010). A patient perspective in research on intercultural caring in maternity care: A meta-ethnography. *Int J Qual Stud Health Well-being*; 8, 1-15. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2879866/pdf/QHW-5-4648.pdf>

ANEXO VI – ARTIGO 2

A Mediação Intercultural na perspectiva do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

Emília Coutinho ⁽¹⁾, Ana Raquel Duarte Domingos ⁽²⁾

(1) Enfermeira. Professora na Escola Superior de Saúde de Viseu, IPV, Doutora em Ciências de Enfermagem (ecoutinhoessv@gmail.com)

(2) Enfermeira no Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca EPE, Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (anadomingos27@gmail.com)

Resumo

Objetivos: Compreender as funções do mediador intercultural percecionadas pelo EESMO; compreender as dificuldades reconhecidas pelo EESMO para se tornar mediador intercultural e as estratégias utilizadas para se tornar mediador intercultural

Métodos: Estudo qualitativo, com recurso ao método fenomenológico-hermenêutico, tendo como instrumento de recolha de dados a entrevista semiestruturada. Quanto aos participantes no estudo foram selecionados dez enfermeiros a exercerem funções no bloco de partos de um hospital da Grande Lisboa. Recorreu-se à análise qualitativa de dados, a qual foi apoiada pelo Nvivo12. Este estudo insere-se no estudo sobre os Mediadores Interculturais nas Unidades de Saúde – MEIOS – Mediação Intercultural e Outcomes em Saúde, desenvolvido pela Rede de Ensino Superior em Mediação Intercultural, promovido pelo Alto Comissariado para as Migrações, estudo que foi autorizado pela CNPD e obtido consentimento por parte da Comissão de Ética da Instituição onde foi realizado o estudo.

Resultados: Apresentam-se três das categorias que emergiram dos dados: “Estratégias utilizadas pelo EESMO para se tornar mediador intercultural” na qual se identificaram quatro subcategorias, nomeadamente: sedimentar o conhecimento cultural, mobilizar competências adquiridas ao longo da vida profissional, organização e frequência de atividades de Formação em serviço e investir na formação do EESMO que trabalham na comunidade; a categoria “Funções do mediador intercultural percecionadas pelo EESMO” na qual se identificaram cinco subcategorias: construir pontes entre os profissionais e as mulheres imigrantes, possibilitar ao EESMO prestar melhores cuidados, conhecer a cultura da mulher imigrante, permitir ao EESMO compreender as necessidades da mulher imigrante e ajudar a mulher imigrante a compreender os cuidados prestados”; e, por fim, a categoria “Dificuldades reconhecidas pelo EESMO para se tornar mediador intercultural” na qual se identificaram três subcategorias: défice de formação em relação à diversidade cultural e imigração, défice de conhecimentos sobre técnicas da mediação cultural e desmotivação.

Conclusão: Os enfermeiros reconhecem a importância das funções de um mediador intercultural na maternidade. Contudo, deparam-se com algumas dificuldades para se tornarem mediadores interculturais, sendo que, reconhecem que se adotarem estratégias poderiam tornar-se mediadores interculturais, o que por sua vez, consideram uma mais-valia pois permitirá promover cuidados culturalmente congruentes, o que se traduzirá numa melhor

compreensão das necessidades da mulher imigrante que se refletirá em maior qualidade de cuidados, saúde e bem-estar.

Descritores: EESMO, mediador intercultural, estratégias, funções, dificuldades

Introdução

Em Portugal, a imigração tem tido uma evolução sistemática, tendo sido verificado um acréscimo da população estrangeira residente, com um aumento de 6,0% face a 2016, totalizando 421.711 cidadãos estrangeiros titulares de autorização de residência.⁽¹⁾ Neste sentido, os imigrantes trazem contributos positivos para a demografia portuguesa, uma vez que continuam a desenvolver o volume de nascimentos em Portugal.⁽²⁾

Com o aumento da população imigrante, ser culturalmente competente é um desafio para as instituições de saúde e respetivos profissionais de saúde, para poderem prestar cuidados a esta população com características próprias. Estes pressupostos tornaram importante uma abordagem do desenvolvimento da competência cultural dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica ao cuidar da mulher imigrante.⁽³⁾

A migração, a priori, já é uma transformação significativa na vida da pessoa/família e quando se associa outra transformação, sendo exemplo a gravidez e o nascimento de um filho, a pessoa/família em questão fica mais vulnerável, bem como “o fenómeno da aculturação”.⁽⁴⁾ Neste sentido, a intervenção dos profissionais de saúde, mais especificamente do enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, é fundamental, sendo crucial compreender quais são as necessidades da pessoa/família imigrante, as suas crenças e valores, de forma a prestar um cuidado culturalmente competente.

Num estudo qualitativo cujo objetivo consistiu em criar um referencial teórico descritivo sobre as experiências das competências culturais de 30 enfermeiros, em Taiwan, ficou demonstrado que a maioria dos enfermeiros se encontrava “despreparada” para lidar com as diferentes culturas dos utentes, apesar de terem consciência da importância das diferenças de valores. Os enfermeiros revelaram que tiveram dificuldade em implementar o seu trabalho num contexto culturalmente tão divergente e em procurar recursos que representassem situações em que as características comportamentais melhorassem as suas competências culturais. No global, os enfermeiros que gerem diferentes situações culturais acabaram por aprender a tolerar as diferentes culturas e a proporcionar aos utentes cuidados culturalmente apropriados, traduzindo-se num aumento da qualidade do atendimento.⁽⁵⁾ É nesse sentido que se objetiva compreender as funções do mediador intercultural percebidas pelo EESMO, as dificuldades reconhecidas pelo EESMO para se tornar mediador intercultural e as estratégias utilizadas para se tornar mediador intercultural.

Métodos

O presente estudo é descritivo e exploratório, de natureza qualitativa com enfoque fenomenológico-hermenêutico, centrado na experiência vivida, como proposto por Max Van Manen. Segundo este autor a fenomenologia hermenêutica é definida como um método de reflexão isenta de juízos de valor sobre as estruturas da experiência vivida da existência

humana.⁽⁶⁾ A pesquisa fenomenológica tem como objetivo distinguir entre a aparência e os fatores essenciais, de tal forma que o investigador tenta compreender em que constitui o fenómeno e a experiência vivida em questão. Deste modo, assume-se que a reflexão e a escrita são duas atividades distintas que são difíceis de separar e que, através de ambas, se pretende descobrir e revelar a essência da experiência vivida.⁽⁷⁾ Trata-se de uma forma de pesquisa orientada para a descoberta de significados expressos por um sujeito sobre a sua experiência. A abordagem fenomenológica hermenêutica valoriza a interpretação e a compreensão da experiência humana, sem se restringir unicamente à sua descrição, sendo esta uma maneira de aceder aos fenómenos de interesse para a Enfermagem.⁽⁸⁾ Deste modo, pareceu-nos ser o método mais adequado para estudar o problema.

Tendo-se em consideração o estudo que se deseja desenvolver, optou-se pela entrevista semiestruturada como instrumento de colheita. Foi construído um guião, com variáveis inerentes à caracterização sociodemográfica da amostra, seguida de algumas questões: - O que significa para a mediação intercultural? Alguma vez teve necessidade de mediar uma situação cultural no contexto de maternidade? Que estratégias utilizou? Que ferramentas lhe fizeram falta? O que representaria para si a presença de mediadores interculturais no contexto de maternidade a trabalharem em parceria consigo? Poderia tornar-se enquanto enfermeiro num mediador intercultural? em torno no tema – a competência cultural do EESMO, inserido num estudo mais alargado denominado Mediação Intercultural e Outcomes em Saúde (MEiOS), desenvolvido pela Rede de Ensino Superior em Mediação Intercultural, promovido pelo Alto Comissariado para as Migrações, que foi autorizado pela CNPD e obtido consentimento por parte da Comissão de Ética da Instituição onde foi realizado o estudo. As entrevistas foram realizadas por uma investigadora, tendo a colheita de dados decorrido entre Setembro de 2018 e Dezembro de 2018. O estudo teve dez participantes, tendo as entrevistas sido realizadas a dez enfermeiros que exercem funções no serviço de bloco de partos, de um hospital da Grande Lisboa, em função da sua disponibilidade e aceitação em participar no estudo. Foram respeitados os princípios éticos, tendo sido obtido o consentimento informado, de cada participante, após o esclarecimento sobre os objetivos do estudo, da proteção do anonimato e a possibilidade de cancelar a sua colaboração em qualquer momento. De forma a respeitar a privacidade dos dados dos participantes foram atribuídos códigos às entrevistas atribuindo a letra E (de enfermeiro) e um número de acordo com a ordem das entrevistas, (exemplo da codificação da primeira enfermeira a ser entrevistada – E1). Relativamente à caracterização sociodemográfica da amostra 80% são do sexo feminino e 20% do sexo masculino, sendo a média de idades de 40,8 anos. Dos dez enfermeiros, oito são de nacionalidade portuguesa, uma angolana e outra brasileira. No que diz respeito à formação académica, oito enfermeiros possuem o Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e dois têm o Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica.

Tendo em conta o objetivo do estudo e a problemática exposta anteriormente recorreu-se à análise de conteúdo, a qual foi apoiada pelo Nvivo® versão 12. A análise de conteúdo, segundo Bardin (2015), consiste na técnica de tratamento das informações recolhidas através de entrevistas, em profundidade. Possibilita fazer o confronto entre o quadro de referência do investigador e o material empírico recolhido, bem como se caracteriza por apresentar uma dimensão descritiva, através da qual o investigador informa acerca do que foi narrado pelos entrevistados. Caracteriza-se ainda por possuir uma dimensão interpretativa resultante das questões colocadas pelo investigador, em conformidade com o tema em estudo, fazendo uso

de um sistema de conceitos teórico-analíticos cuja articulação possibilita formular as regras de inferência, resultando num processo de categorização.⁽⁹⁾ O Nvivo® consiste é uma das aplicações empregues na análise de discurso, teoria fundamentada, análise de conversação, etnografia, revisões de literatura, fenomenologia e métodos mistos. Esta aplicação possibilita que se organize, classifique, ordene, examinem relações e que se possam fazer combinações das análises decorrentes.

Resultados

A categoria “Estratégias utilizadas pelo EESMO para se tornar mediador intercultural” é constituída por quatro subcategorias: “Sedimentar o conhecimento cultural”, “Mobilizar competências adquiridas ao longo da vida profissional”, “Organização e frequência de atividades de Formação em serviço”, “Investir na formação do EESMO que trabalham na comunidade”, sendo o “Sedimentar o conhecimento cultural” a estratégia mais referida pelos participantes, com nove referências e 19 unidades de registo, como apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Estratégias utilizadas pelo EESMO para se tornar mediador intercultural

Estratégias utilizadas pelo EESMO para se tornar mediador intercultural	N	Ur
Sedimentar o conhecimento cultural	9	19
Mobilizar competências adquiridas ao longo da vida profissional	3	5
Organização e frequência de atividades de formação em serviço	3	4
Investir na formação do EESMO que trabalham na comunidade	1	1

Apresentam-se alguns testemunhos dos participantes específicos de cada uma das subcategorias:

Sedimentar o conhecimento cultural

“Através de uma formação que nos capacitasse para tal” (E2).

“Conhecer as diversas culturas que nos procuram e os seus hábitos, acho que passaria muito por isso, conhecer as culturas, as expectativas e sobretudo o mais dirigido possível para a área da maternidade” (E2).

“Em relação às estratégias, primeiro a autoformação” (E10).

Mobilizar competências adquiridas ao longo da vida profissional

“Através [das competências adquiridas] da nossa prática do dia-a-dia” (E2).

“As especificidades das culturas vai-se adquirindo, ao longo do tempo a gente vai percebendo que há ali especificidades num determinado contexto da cultura... e depois é adaptar um bocadinho também a cada situação” (E5).

Organização e frequência de atividades de formação em serviço

“Fazer-se formações sobre as culturas que confluem mais aqui no serviço” (E5).

“Não me lembro assim de nenhum sítio onde possamos fazer assim esta formação a não ser formação em serviço” (E10).

“Sensibilizar também os pares na formação em serviço para sermos mais pessoas despertas para esta realidade e para esta necessidade” (E10).

Investir na formação do EESMO que trabalham na comunidade

“Acho que os conteúdos formativos deveriam ser muito na comunidade e não no hospital que tem um internamento muito rápido de dois ou três dias, mas sim o antes e depois na comunidade” (E1).

A categoria “Funções do mediador intercultural percecionadas pelo EESMO” é constituída por cinco subcategorias, “Construir pontes entre os profissionais e as mulheres imigrantes”, “Possibilitar ao EESMO prestar melhores cuidados”, “Conhecer a cultura da mulher imigrante”, “Permitir ao EESMO compreender as necessidades da mulher imigrante”, “Ajudar a mulher imigrante a compreender os cuidados prestados”. Construir pontes entre os profissionais e as mulheres imigrantes e, possibilitar ao EESMO prestar melhores cuidados, foram as funções mais referenciadas pelos participantes, com oito e sete referências respetivamente, como apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 – Funções do mediador intercultural percecionadas pelo EESMO

Funções do mediador intercultural percecionadas pelo EESMO	N	Ur
Construir pontes entre os profissionais e as mulheres imigrantes	8	14
Possibilitar ao EESMO prestar melhores cuidados	7	13
Conhecer a cultura da mulher imigrante	5	5
Permitir ao EESMO compreender as necessidades da mulher imigrante	5	8
Ajudar a mulher imigrante a compreender os cuidados prestados	1	2

Apresentam-se algumas unidades de registo que dão corpo a cada subcategoria:

Construir pontes entre os profissionais e as mulheres imigrantes

“Será uma ponte entre os cuidados e portanto... e as características daquela família em termos culturais” (E3).

“Penso que será supostamente a pessoa... haver um elemento ou uma pessoa que funcione como mediador quando chega uma pessoa junto a nós que tem uma cultura completamente diferente e que essa pessoa conheça quais são as crenças, qual é a normalidade dessa cultura e que possa intervir” (E4).

Possibilitar ao EESMO prestar melhores cuidados

“Se eu conseguir perceber o que aquela mulher precisa naquele momento, consigo prestar mais um cuidado direcionado à necessidade” (E1).

“Aquilo que o mediador me poderia dar a mim enquanto EESMO, enquanto prestadora de cuidados era alguma informação, algum contributo para que os meus cuidados fossem melhores” (E3).

“Para mim seria excelente [a presença de mediadores culturais na maternidade] no sentido em que possivelmente algumas dessas barreiras seriam ultrapassadas” (E3).

Conhecer a cultura da mulher imigrante

“Alguém que conseguisse falar e explicar melhor o que se estava a passar” (E2).

“Uma pessoa que soubesse lidar melhor com a cultura e soubesse dar resposta da pessoa” (E4).

Permitir ao EESMO compreender as necessidades da mulher imigrante

“Significa realmente tentar perceber quais são os desejos e as expectativas das nossas parturientes e fazer com que elas sejam atendidas” (E2).

“A influência para mim desde que seja realmente portanto um mediador cultural na sua verdadeira... na verdadeira acessão da palavra é um elemento facilitador e que contribui de uma forma muito positiva para a... o entendimento entre o prestador de cuidados e o alvo, a utente” (E7).

Ajudar a mulher imigrante a compreender os cuidados prestados

“É a transmissão de informação culturalmente pertinente para compreensão, por exemplo no contexto da saúde, para se compreender os procedimentos a realizar, para se validar esses consentimentos para os procedimentos” (E10).

“A pessoa possa compreender os cuidados prestados [através da ajuda do mediador intercultural]” (E10).

A categoria “Significado de cuidado culturalmente competente” é constituída por quatro subcategorias: “Aceitar as diferenças culturais”, “Respeitar as diferenças culturais”, “Adaptar o cuidado cultural à mulher imigrante” e “Garantir a qualidade dos cuidados”, sendo as mais referenciadas “Aceitar as diferenças culturais”, com sete referências e dez unidades de registo e, “Respeitar as diferenças culturais”, referenciada seis vezes e com 12 unidades de registo como apresentado na Tabela 3.

Tabela 3 – Dificuldades reconhecidas pelo EESMO para se tornar mediador intercultural

Dificuldades reconhecidas pelo EESMO para se tornar mediador intercultural	N	Ur
Défice de formação em relação à diversidade cultural e imigração	2	4
Défice de conhecimentos sobre as técnicas da mediação cultural	1	1
Desmotivação	1	3

Apresentam-se alguns testemunhos dos participantes relativos a cada uma das subcategorias:

Défice de formação em relação à diversidade cultural e imigração

“Mediação intercultural supostamente é uma competência que nos é pedida embora não nos seja ensinada nem treinada em momento algum, pelo menos que eu me lembre” (E2).

“Sinto que não tenho as competências que deveria ter para o fazer” (E2)

“Eu não me lembro, tirando trabalhos académicos, nunca tivemos nada na área de mediação intercultural que nos desse essas ferramentas para podermos utilizar” (E2).

“Poderia tornar-me num mediador se de facto tivesse formação para isso” (E10).

Défice de conhecimentos sobre as técnicas da mediação cultural

“Nunca tinha ouvido... a questão da mediação intercultural” (E4).

Desmotivação

“Mas, isso [o panfleto] ficou na gaveta da chefe” (E6).

“Foi o meu contributo e realmente com esse estímulo não tem vontade de continuar” (E6).

Discussão

Neste estudo, a categoria “Estratégias utilizadas pelo EESMO para se tornar mediador intercultural” é constituída por quatro subcategorias, sendo o “Sedimentar o conhecimento cultural” a estratégia mais referida pelos participantes. Partindo-se destes resultados, referencia-se Betancourt (2016), que postula que, num mundo em inovação ininterrupta e transformações constantes, a capacidade de reconhecer e abraçar a diversidade cultural é de extrema importância para todos, mas principalmente ao nível da prática dos cuidados de enfermagem, uma vez que os enfermeiros inevitavelmente estão em contacto com pessoas de todas as esferas da vida social e cultural.⁽⁹⁾ A teoria de Leininger assume grande importância neste âmbito, propondo aos enfermeiros serem capazes de adotar modelos que lhes permitam responder às necessidades culturais dos clientes, ficando dotados de competências transculturais. Os enfermeiros têm de entender as pessoas, com os seus princípios, crenças e padrões de cuidado específicos que, por sua vez, afetam a qualidade do cuidado, o que implica o estabelecimento de pontes entre o enfermeiro e os clientes na sua diversidade cultural ⁽¹⁰⁾, como foi referido pelos enfermeiros a respeito da categoria “Funções do mediador intercultural percebidas pelo EESMO”. Na perspetiva de Coutinho, Parreira, Martins, Chaves e Nelas (2017), as práticas culturais ligadas à maternidade requerem um profundo conhecimento e respeito por cada mulher e pelo que consideram fazer sentido na sua experiência de ser mãe, o que justifica a necessidade da mediação intercultural. No seu estudo, as autoras constaram que, embora na sua prática clínica em obstetrícia, os enfermeiros às vezes exerçam funções mediadoras interculturais informais, estes necessitam de treino em mediação intercultural, o que também é evidente nas opiniões dos enfermeiros do presente estudo.⁽¹¹⁾ Coutinho, Rodrigues, Carvalho e Parreira referem que o “processo de Competência Cultural centrado no cliente implica que no contexto dos cuidados de enfermagem o profissional assuma a centralidade das suas intervenções”.⁽¹²⁾

No que se refere à categoria “Dificuldades reconhecidas pelo EESMO para se tornar mediador intercultural”, o défice de formação em relação à diversidade cultural e imigração foi a principal dificuldade mencionada pelos enfermeiros. Coutinho et al. (2018, p. 69) refere que “a crescente diversidade cultural a que se tem assistido com um maior fluxo migratório e a exigência de uma resposta mais efetiva às necessidades de saúde, identificadas nas comunidades que assumem estas características, fizeram emergir distintos modelos de prestação de cuidados”, o que implica proporcionar-se mais formação aos enfermeiros. A reforçar, Coutinho et al. (2018), tendo em conta Pagliuca e Maia (2012, p. 852), salienta que “as intervenções de enfermagem baseadas na autoavaliação das competências é uma estratégia que visa o cuidado culturalmente competente, através da análise de atitudes, valores e convicções que influenciam a prática e permitem produzir habilidades necessárias para o cuidado de enfermagem transcultural. O desafio da enfermagem é providenciar cuidados em consonância com os valores culturais”.⁽¹²⁾ Nos últimos anos, Portugal transformou-se numa sociedade multicultural e a mediação cultural é a ponte entre as pessoas de diferentes contextos socioculturais, garantindo-se direitos humanos fundamentais. Mais

especificamente, como postulam Suk, Oak Oh, Im e Cho (2015), o cuidado culturalmente competente requer uma abordagem culturalmente sensível que aceite as diversidades e reconheça as peculiaridades de cada cliente. Dada a influência significativa da atitude multicultural positiva na sensibilidade cultural e o efeito mediador significativo da autoeficácia do enfermeiro entre estas duas variáveis, as estratégias para cultivar uma atitude multicultural positiva e aumentar a autoeficácia do cuidado culturalmente competente devem ser consideradas em programas de formação.⁽¹³⁾

O cuidar em enfermagem com pessoas culturalmente diferentes implica a mediação cultural no cuidar. Coutinho Parreira, Martins, Chaves e Nelas (2017), a este propósito, referem que o recurso a mediadores culturais assume-se como importante para que se possam ultrapassar as dificuldades que surgem na prestação de cuidados, como, por exemplo, ao nível da comunicação e o desconhecimento das crenças, valores religiosos e culturais dos clientes e sua família.⁽¹¹⁾ Segundo Coutinho (2016) “A falta de informação e ou a ausência de um intérprete que conheça a sua cultura, as suas crenças e valores reforça esta realidade sociocultural”⁽¹⁴⁾. De acordo com a mesma autora, “o mediador intercultural pode constituir a solução estratégica para que numa mediação intercultural preventiva possa partilhar um sentido comum, dar um sentido ao significado cultural atribuído”⁽¹⁴⁾, no caso atribuídos aos cuidados prestados na sala de partos. Coutinho (2016) refere que “Atualmente, face ao fenómeno da globalização, as pessoas migram com grande facilidade, muitas vezes à procura de melhores condições de vida. Carregam costumes, práticas e ritos culturais próprios, algumas vezes desconhecidos para os profissionais de saúde”⁽¹⁴⁾, o que reforça ainda mais a presença de um mediador cultural. Ainda tendo em conta que a maioria dos enfermeiros entrevistados consideram ter défice de formação no que respeita à diversidade cultural e imigração, também Reynolds e Manfusa (2005), com uma amostra de 29 enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia, verificaram que só 31% manifestaram satisfação em relação à sua formação em assuntos culturais, o que implica que haja mais formação acerca do cuidar intercultural, começando pela formação profissional de base e formação contínua, para que se possa otimizar a competência cultural dos enfermeiros que intervêm diretamente em mulheres imigrantes. Por outro lado, os mesmos autores consideram ser importante o contacto dos enfermeiros com as comunidades imigrantes e/ou outras instituições, com a finalidade de compreender as necessidades reais desse grupo cultural diferente.⁽¹⁵⁾ Acresce referir que, segundo Campinha-Bacote (2011) dispor de mediadores interculturais, significa a consolidação da consciência cultural, do conhecimento cultural, da capacidade cultural, do encontro cultural e do desejo cultural.⁽¹⁶⁾

Os resultados obtidos reforçam a necessidade de um mediador intercultural e mais formação específica. Tendo em conta as necessidades dos enfermeiros para prestar cuidados culturalmente congruentes e sensíveis às mulheres e seus familiares, em diversas ocasiões, refere-se Machado, Pereira e Machaqueiro (2010) quando afirmam que assume muita importância a ação dos enfermeiros e as suas competências culturais ao nível do desenvolvimento de cuidados a imigrantes, tendo em conta o contexto da sua comunidade de pertença.⁽¹⁷⁾ Para Niina, Maija e Helena (2015), a enfermagem transcultural é um campo de prática culturalmente competente centrado no cliente e focado na pesquisa. Concentra-se na prestação de cuidados dentro das diferenças e similaridades das crenças, valores e padrões culturais.⁽¹⁸⁾ Como tal, é importante que os enfermeiros, no caso concreto Especialistas em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica, usem estratégias, como as mencionadas pelos entrevistados, para poderem responder às necessidades da mulher que, independentemente

das suas características pessoais e culturais, o que corrobora o defendido por Mestre (2017) que considera que deve ter assegurado o direito de experienciar o parto como um momento singular, de acordo “com as suas crenças, valores, costumes e dinâmica familiar, de modo a fortalecer os aspetos do processo fisiológico normal do nascimento”.⁽¹⁹⁾

É de ressaltar ainda que, em conformidade com a Ordem dos Enfermeiros (2015), a tomada de decisão que orienta o exercício autónomo dos Especialistas em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica agrega, para além das evidências científicas, o respeito pelas singularidades da cada mulher.⁽²⁰⁾ Assim, o enfermeiro, como mediador intercultural, deverá asseverar as suas competências para que possa prestar cuidados congruentes e contextualizados, numa interação empática com a mulher imigrante.

Conclusão

Os enfermeiros reconhecem a importância das funções de um mediador intercultural na maternidade. Contudo, e devido à sua inexistência, muitas vezes acabam por serem, eles próprios, os mediadores interculturais ainda que informais. No entanto, consideram que não têm os conhecimentos e as competências necessárias para tal, sendo indispensável a adoção de estratégias como sedimentar o conhecimento cultural, mobilizar as competências adquiridas ao longo da vida profissional e investir na formação.

Neste sentido, e com base nos resultados obtidos sugere-se a presença de mediadores interculturais no hospital e um maior investimento na formação e autoformação dos enfermeiros, o que permitirá o desenvolvimento da consciência cultural e do conhecimento cultural. Assim sendo, os hospitais e outras instituições de saúde, bem como as escolas de enfermagem devem oferecer aos enfermeiros programas de formação e atualização em enfermagem transcultural, contribuindo para o desenvolvimento da competência cultural dos mesmos e para aumentar a qualidade dos cuidados prestados.

Referências

- 1 – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2017). Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo. Acedido em <https://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa2017.pdf>
- 2 – Oliveira, C.R. (Coord.), & Gomes, N. (2017). Indicadores de integração de imigrantes: relatório estatístico anual 2017. 1ª ed. (Imigração em Números – Relatórios Anuais 2) ISBN 978-989-685-089-0
- 3 – Bruno, J.I.M. (2012). Competência cultural do enfermeiro especialista de saúde materna, obstétrica e ginecológica ao cuidar da parturiente no bloco de partos. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15804/1/Joana%20Isabel%20Madureira%20Bruno%20-%20RELAT%C3%93RIO%20DE%20EST%C3%81GIO%20-%20Compet%C3%A2ncia%20Cultural%20do%20EESMOG%20ao%20Cuidar%20da%20Parturiente%20no%20Bloco%20de~1.pdf>

- 4 – Becker, A.P.S., Borges, L.M., & Crepaldi, M.A. (2017). Imigração e dinâmica familiar: uma revisão teórica. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 23, 1, 160-181. Acedido em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v23n1/v23n1a10.pdf>
- 5 – Lin, M.H., Wu, C-Y., & Hsu, H.C. (2019). Exploring the experiences of cultural competence among clinical nurses in Taiwan. *Applied Nursing Research*, 45, 6–11. Acedido em <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S089718971830394X?token=2751B5FB00163E7688D00F360996F2A852FFC3E8FD824E74F704DB693CE2BB7DDF08F38356CBBF299F3DA58F5339B373>
- 6 – Van Manen, M. (2014). *Phenomenology of practice: Meaning-giving methods in phenomenological research and writing*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.
- 7 – Van Manen, M. (2015). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*, 2nd ed. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.
- 8 – Errasti-Ibarrondo, B.E., Díez-Del-Corral, M.P., Jordán, J.A., & Arantzamendi, M. (2019). van Manen's phenomenology of practice: How can it contribute to nursing? *Nursing Inquiry*; 26, 2-10. DOI: 10.1111/nin.12259.
- 9 – Betancourt, D.A.B. (2016). Madeleine Leininger and the Transcultural Theory of Nursing. *The Downtown Review*; Vol. 2, 1, 1-7. Acedido em <https://engagedscholarship.csuohio.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1020&context=tdr>
- 10 – Leininger, M. (2001). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. New York: National League for Nursing Press.
- 11 – Coutinho, E.P. Parreira, V., Martins, B., Chaves, CL., & Nelas, P. (2017). The Informal Intercultural Mediator Nurse in Obstetrics Care. In Costa, A.P. et al. *Computer Supported Qualitative Research*. Vol 71, Springer (pp. 63-75).
- 12 – Coutinho, E.C.; Rodrigues, E.C., Carvalho, A.C., & Parreira, V.C. (2018). A competência cultural em enfermagem e a Mediação Intercultural preventiva. *Revista Migrações - Número Temático Mediação Intercultural, Observatório das Migrações (OM)*, 15, Lisboa: ACM, pp. 66-81. Acedido em https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/709083/PAG_66-81_EMILIA+COUTINHO.PDF/614bbf39-c81b-4961-8086-8cdeb7623600
- 13 – Suk, M.H., Oak Oh, W., Im, Y.J., & Cho, H.H. (2015). Mediating Effect of School Nurses' Self Efficacy between Multicultural Attitude and Cultural Sensitivity in Korean Elementary Schools. *Asian Nursing Research*; 9, 194-199. Acedido em <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1976131715000067?token=4D6B21A8DF688186FC834D3DB40FA264D899307773FD1F7D405EFB87C88458EEFF4CBABA0EEFD061F17A49D7C2BA9C>
- 14 – Coutinho, E.C. (2016). Vigilância de gravidez em mulheres imigrantes e portuguesas e as razões que justificam a necessidade de mediação intercultural. In Alto Comissariado para as Migrações (Coord.), *Entre iguais e diferentes: A mediação intercultural: Atas das I Jornadas da Rede de Ensino Superior para a Mediação Intercultural (Vol. Coleção Mediação Intercultural*, pp. 158-174). Lisboa: ACM.

15 – Reynolds, F.; Manfusa, S (2005) - Views on cultural barriers to caring for South Asian women. *British Journal of Midwifery*. 13(4): 236-242. London. ISSN 0969-4900.

16 – Campinha-Bacote, J. (2011). Delivering Patient-Centered Care in the Midst of a Cultural Conflict: The Role of Cultural Competence. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* 16(2), Manuscript 5. doi: 10.3912/OJIN.Vol16No02Man05.

17 – Machado, M.C., Pereira, F. & Machaqueiro, S. (2010). Approaches to Migrant Health in Portugal. *Eurohealth*, 16(1), 30-31. Recuperado de <http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/VOL16No1/Machado.pdf>

18 – Niina, E., Maija, H., & Helena L. (2015). Nurses' perceptions of working with immigrant patients and interpreters in Finland. University of Turku, Finland. Acedido em: <https://janet.finna.fi>, CINAHL.

19 – Mestre, C.M.M.M. (2017). Os Fatores Culturais e a Vivência da Dor no Parto Implicações para a Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18971/1/RELATORIO%20FINAL.pdf>

20 – Ordem dos Enfermeiros. (2015). Livro de Bolso: Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/ parteiras. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros