



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

Da Multiculturalidade em Cuidados à Produção de Competências nos Enfermeiros

Alcinda Maria Sarmento do Sacramento Costa dos Reis

TESE DE DOUTORAMENTO APRESENTADA

AO INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

DA UNIVERSIDADE DO PORTO EM 2014

ÁREA CIENTÍFICA DE CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

Alcinda Maria Sarmento do Sacramento Costa dos Reis

Da Multiculturalidade em Cuidados à Produção
de Competências nos Enfermeiros

Tese de Candidatura ao grau de Doutor
em Ciências de Enfermagem,
submetida ao Instituto de Ciências
Biomédicas Abel Salazar da
Universidade do Porto.

Orientadora – Doutora Maria Arminda
Mendes Costa

Categoria – Professora Coordenadora
com Agregação

Afiliação – Instituto de Ciências
Biomédicas Abel Salazar da
Universidade do Porto

*À memória dos meus pais, que sinto sempre comigo:
Dulcineia e José*

*Para ser grande, sê inteiro: nada teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és no mínimo que fazes.*
(Ricardo Reis)

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Arminda Costa

Pela forma como soube compatibilizar a sua disponibilidade, presença e amizade com a necessária exigência em cada momento. Agradeço-lhe a confiança que me foi manifestando a par do seu profundo saber. Tive o privilégio de poder usufruí-los no desenvolvimento deste processo.

À Escola Superior de Saúde de Santarém

À Direção da Escola e a todos os colegas que com a conjugação de (muitos) esforços me disponibilizaram o tempo necessário, acreditando no estudo agora concretizado.

A todos os Estudantes que me motivam em cada dia a tentar ser e fazer “mais e melhor”.

Ao Amendoeira, colega e amigo de tantos anos, pela referência que é para mim, por me ter feito acreditar no percurso que agora culmina e por saber encontrar o tempo, o espaço e o incentivo quando deles precisei.

À Ana, companheira de caminhada por me saber ouvir e estar sempre “lá”.

Aos colegas e amigos que me acompanharam nos vários momentos: Hélia, Irene, Celeste, Mário, Marta, Isabel e Fátima, muito obrigada pelo vosso carinho, disponibilidade e reforço neste percurso.

Aos enfermeiros das Unidades do ACES Ribatejo

Por tão prontamente me terem “aberto as portas” facilitando-me o acesso ao “terreno” de forma tão recetiva e empenhada.

Aos participantes imigrantes

Pela abertura e adesão ao estudo que manifestaram ao longo do processo, nas unidades de cuidados e em suas casas.

Ao João, meu grande suporte e companheiro de toda a vida, por saber compreender a exigência deste percurso em todos os seus momentos e por me amar mesmo assim.
Aos meus filhos Pedro, Francisco e Mariana, minha fonte constante de luz, inspiração, força e estímulo.
A todos os que acreditaram em mim e neste estudo,
MUITO OBRIGADA!

RESUMO

A constatação da realidade social multicultural nas unidades de saúde em Portugal a par de preocupações e dificuldades que nos foram sendo manifestadas por enfermeiros no âmbito do planeamento adequado das suas interações e cuidados com pessoas imigrantes, conduziram-nos ao desenvolvimento do percurso de investigação que apresentamos.

Pretendemos caracterizar o processo de construção de competências culturais nos enfermeiros, em contexto de cuidados a imigrantes. Delimitámos as seguintes dimensões: contributo dos enfermeiros para as transições vivenciadas pelos imigrantes nos processos de saúde-doença; sentidos atribuídos por enfermeiros e sujeitos imigrantes, em interações e cuidados; estratégias para a construção de uma relação terapêutica entre enfermeiros e imigrantes e recursos contributivos para a diminuição de constrangimentos na intervenção clínica de enfermagem.

O estudo foi desenvolvido em cuidados de saúde primários na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, em contextos de cuidados de enfermagem à população imigrante – uma unidade de saúde familiar e duas unidades de cuidados na comunidade em situações de visita domiciliária a imigrantes. Envolveu cinquenta e dois participantes: vinte e três enfermeiros, uma mediadora cultural, um médico e vinte e sete pessoas imigrantes.

Utilizámos o método etnográfico com observação participante, narrativas escritas, entrevistas etnobiográficas a enfermeiros, a imigrantes e a informantes privilegiados, e ainda dois grupos de discussão, como técnicas de recolha de dados.

Dos achados evidenciamos:

Da análise do material empírico, constatámos a emergência do conceito – gestão da imprevisibilidade – na génese da construção das competências culturais dos enfermeiros do estudo, em aparente substituição do constructo – desejo cultural – apontado no modelo de competências culturais definido por Campinha-Bacote, nos primeiros momentos de interação com imigrantes. Os enfermeiros participantes parecem não validar a sua motivação como condição inicial para cuidar estes sujeitos, como eixo central de “energia” na construção das suas competências culturais, embora a reafirmem posteriormente aos primeiros encontros com alguns imigrantes.

As competências culturais nos enfermeiros constroem-se de forma processual partindo das interações com imigrantes em contextos de cuidados; este processo emerge potenciado com a identificação pelos profissionais de áreas deficitárias nos seus conhecimentos e habilidades culturais, constatando a necessidade de utilização de instrumentos de colheita de dados culturalmente adaptados aos imigrantes.

SUMMARY

The finding of the multicultural social reality in health units in Portugal alongside the concerns and difficulties that were expressed by nurses within the appropriate planning of their interactions and care of immigrant people led us to the development of the research route that we present.

We intend to characterize the process of building cultural competencies in nurses within the context of care to immigrants. We delimited the following dimensions: contribution of nurses to the transitions experienced by immigrants in the health-illness process; meanings attributed by nurses and immigrants in interactions and care; strategies for building a therapeutic relationship between nurses and immigrants and contributing resources to reducing constraints on nursing clinical intervention.

The study was carried out in primary care in the Health Region of Lisboa and Vale do Tejo, in contexts of nursing care to the immigrant population – a family health unit and two units of community care in situations of homecare to immigrants. It involved fifty two participants: twenty three nurses, a cultural mediator, a doctor and twenty-seven immigrants.

We used as data collection techniques the ethnographic method with participant observation, written narratives, ethno-biographical interviews to nurses, immigrants and privileged informants, and also two discussion groups.

Of the findings we highlight the following:

From the analysis of the empirical material, we found the emergence of the concept – management of unpredictability – in the genesis of the construction of cultural competencies of the nurses included in the study, in apparent replacement of the construct – cultural desire – pointed out in the cultural competencies model defined by Campinha-Bacote, in the first moments of interaction with immigrants. The participating nurses do not seem to validate their motivation as an initial condition to care for the immigrants, as a central axis of "energy" in the development of their cultural competencies, although they later do reaffirm it, after the first encounters with some immigrants.

Cultural competencies in nurses are built in a procedural way starting from the interactions with immigrants in healthcare contexts; this process emerges powered by the identification by the nurses of deficit areas in their knowledge and cultural skills, noting the need to use data collection instruments culturally adapted to immigrants.

ÍNDICE GERAL

	Pág.
INTRODUÇÃO	13
 PARTE I - VISANDO A APREENSÃO DO REAL	
NA MULTICULTURALIDADE EM CUIDADOS	
1 - DA REALIDADE SOCIAL MULTICULTURAL À DEFINIÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	21
1.1 - DAS EVIDÊNCIAS SOBRE A PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM	29
1.2 - DA MEDIAÇÃO CULTURAL EM CONTEXTOS DE CUIDADOS	35
2 - ENFERMEIROS E IMIGRANTES: DO ETNOCENTRISMO AO ETHNORRELATIVISM E AS COMPETÊNCIAS CULTURAIS	40
 PARTE II – A APROPRIAÇÃO DOS SIGNIFICADOS NA CENA CULTURAL DOS CUIDADOS	
3 - VISANDO A ESTRUTURA DE PRODUÇÃO DE DADOS COM ENFERMEIROS E IMIGRANTES	55
3.1 - EM OBSERVÂNCIA ÀS QUESTÕES ÉTICAS NOS CONTEXTOS	59
3.2 - DA DEFINIÇÃO DAS TÉCNICAS À APREENSÃO DO REAL INVESTIGADO	62
3.3 - DA INTERPRETAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS CULTURAIS COM OS GRUPOS DE SUJEITOS	85
3.3.1 Dos imigrantes	89
3.3.2 Dos enfermeiros	95
 PARTE III – DA CENA CULTURAL À PRODUÇÃO TEÓRICA DESENVOLVIDA	
4 - EMERGÊNCIA DE UM OLHAR SOBRE AS COMPETÊNCIAS CULTURAIS NOS ENFERMEIROS	104

4.1 - OS SENTIDOS EM INTERACÇÃO E CUIDADOS	110
4.2 - A GESTÃO DAS RELAÇÕES EM CONTEXTO	124
4.3 - AS ESTRATÉGIAS NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA MULTICULTURAL	147
4.4 - O CONTRIBUTO DOS ENFERMEIROS NO PROCESSO DE SAÚDE - DOENÇA DOS IMIGRANTES	165
5 - DA ANAMNESE NOS IMIGRANTES À CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS CULTURAIS NOS ENFERMEIROS	184
5.1 - RECONTEXTUALIZAÇÃO DOS CONCEITOS: DECLARANDO AS RELAÇÕES EMERGENTES	201
CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO.....	215
BIBLIOGRAFIA.....	231
ANEXOS.....	254
Anexo I- Plano de Entrevista Exploratória a Mediadora Cultural.....	255
Anexo II- Plano de Entrevista a Enfermeiros.....	259
Anexo III- Plano de Entrevista a Imigrantes.....	261
Anexo IV- Plano de Entrevista a Médico.....	263
Anexo V- Termos de Consentimento Informado.....	265
Anexo VI - Autorização da Direção Executiva do Agrupamento de Centros de Saúde	271
Anexo VII - Parecer da Comissão de Ética da Universidade do Porto.....	273

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura.1 - Síntese das evidências obtidas na pesquisa efetuada entre os anos de 2000 e 2010, em bases de dados eletrónicas	34
Figura.2 - Indicadores emergentes para a clarificação da problemática de investigação partindo da análise de conteúdo da entrevista com mediadora cultural em outubro de 2010	36
Figura.3 - A seleção teórico-conceptual para estudo da construção das competências culturais nos enfermeiros	53
Figura.4 - Caracterização dos participantes do estudo – recolha de dados e períodos temporais	56
Figura.5 - Diagrama sequencial de produção de dados na pesquisa de terreno da cena cultural – interação e cuidados a imigrantes	64
Figura.6 - Ilustração de cena cultural observada na unidade de saúde familiar no gabinete de enfermagem com família de imigrantes – com o posicionamento “A” como observadora (sentada) durante a consulta com enfermeira	67
Figura.7 - Ilustração de cena cultural observada em visita domiciliária a casa de imigrantes com enfermeira (com brinquedo) e técnica do serviço social – com o posicionamento “B” como observadora à chegada.....	68
Figura.8 - Questões estruturais e objetivos intermédios para reentrada em campo na observação focalizada	71
Figura.9 - Exemplo de domínio cultural com respetivas categorias e definição de atributos a partir da análise taxionómica	74
Figura.10 - Da análise taxionómica à análise componencial – exemplificando a procura de semelhanças e contrastes	

entre sujeitos com duas das categorias	77
Figura.11 - Categorias de semelhança e de contraste emergentes nos dois tipos de participantes	79
Figura.12 - Resultados do grupo de discussão com os participantes imigrantes	92
Figura.13 - Fotografia de sala preparada para o grupo de discussão com enfermeiros	96
Figura.14 - Resultados do grupo de discussão com os participantes enfermeiros	98
Figura.15 - Os sentidos atribuídos pelos enfermeiros à interação e cuidados com imigrantes – clarificando o processo de construção das suas competências culturais	108
Figura.16 - Os sentidos atribuídos pelos imigrantes à interação e cuidados com enfermeiros – identificando a <i>face visível</i> do processo de construção de competências culturais	109
Figura.17 - Elementos definidores do padrão cultural dos enfermeiros – No desenvolvimento da consciência cultural – dimensões dos sistemas de categorias e domínios culturais associados	113
Figura.18 - Elementos definidores do padrão cultural dos enfermeiros – Explorando conhecimentos culturais – dimensões dos sistemas de categorias e domínios culturais associados ...	129
Figura.19 - Elementos definidores do padrão cultural dos enfermeiros – As habilidades específicas – dimensões dos sistemas de categorias e domínios culturais associados	154
Figura.20 - Elementos definidores do padrão cultural dos enfermeiros – Particularidades dos encontros – dimensões dos	

sistemas de categorias e domínios culturais associados ...	174
Figura.21 - Elementos definidores do padrão cultural dos enfermeiros – A motivação do “particular” pela aplicabilidade no “geral” – dimensões dos sistemas de categorias e domínios culturais associados	190
Figura.22 - Entre as Proposições Teóricas Estabelecidas e as Proposições Induzidas – contextualização do fenómeno em estudo	203
Figura.23 - Elementos Propostos para Anamnese Cultural com Imigrantes – Evolução do Modelo Explanatório de Abreu (2011)	209
Figura.24 - Da Anamnese nos Imigrantes à Construção de Competências Culturais nos Enfermeiros – um esquema interpretativo.....	214

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 - Notas reflexivas produzidas durante a animação do grupo de discussão com imigrantes	94
Quadro 2 - Notas reflexivas produzidas durante a animação do grupo de discussão com enfermeiros	100

INTRODUÇÃO

*“A cultura é aquilo que permanece
no homem, quando ele esqueceu tudo”*

Émile Henriot

O estudo que apresentamos, surgiu de motivações ligadas a um percurso pessoal e profissional como enfermeira e professora, que procurámos refletir numa lógica de investigação.

Ao longo de vários anos de atividade profissional em contactos com enfermeiros e estudantes do 1º e 2º ciclos, constatámos que os contextos de cuidados de saúde, se caracterizam pela afluência de pessoas com múltiplas origens culturais, imigrantes no nosso país, tal como surge referenciado por diversos autores (Fonseca, Silva, Esteves & McGarrigle, 2009; Machado, 2009). Em diferentes momentos os enfermeiros nos manifestaram dificuldades na interação e cuidados com imigrantes, relacionadas com o desconhecimento de “outras/novas” características étnicas e culturais e da sua mobilização na prática clínica, nomeadamente em Unidades de Saúde Familiar [USF] e em Unidades de Cuidados na Comunidade [UCC], onde orientamos estudantes em ensino clínico.

Ao vivenciarmos estes momentos em contextos de cuidados fomos progressivamente construindo uma forma reflexiva de acesso ao “mundo real”, que foi clarificando o nosso “campo de interesse” (Gauthier, 2003, p. 24) como investigadora, concretizado no atual doutoramento em Ciências de Enfermagem.

Nem sempre surge clara a adequação entre a prática clínica dos enfermeiros, como fonte de questionamento e a produção de evidências que resultem na sua “orientação” concreta (Basto, 2008). Considerando esta premissa bem como a de que a investigação em enfermagem implica o ajuste a expectativas e a necessidades socialmente remetidas a estes profissionais como sugere Costa (2003, 2008), o foco de estudo na prática clínica culturalmente

competente, emergiu como pertinente, atual e adequado. Esta assunção surgiu reforçada pela aparente constatação de discrepâncias entre a necessidade de valorização da dimensão cultural das pessoas imigrantes no discurso dos enfermeiros e a sua mobilização efetiva nos cuidados, despoletando o percurso cognitivo desenvolvido, de que damos conta neste documento.

Consultámos diversas fontes, conscientes da importância da determinação clara do campo de estudo no “desenrolar da investigação” (Gauthier, 2003, p.24).

Machado, Pereira e Machaqueiro (2010) do Alto Comissariado para a Saúde em Portugal, enfatizam a importância da ação dos enfermeiros e das suas competências culturais para o desenvolvimento de cuidados que designam de “proximidade” aos imigrantes, no contexto da comunidade onde estão inseridos.

Os relatórios de imigração e asilo do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras [SEF] (2012, 2013), referenciam o decréscimo do fluxo migratório para Portugal nos anos de 2011 e 2012, face a anos anteriores. Identificámos nestes documentos, que em 2011 se registou uma emissão de 45.369 primeiros títulos de residência e em 2012 um total de 38.537. Embora os dados apontados representem uma quebra significativa face a anos anteriores, remeteram-nos para a importância destes cidadãos enquanto consumidores de cuidados de saúde que assumimos a partir destes registos, dada a escassez e pouca sistematização de estudos na área da saúde dos imigrantes em Portugal e na Europa (Fonseca et al., 2009; World Health Organization, 2010a, 2010b) [WHO].

No Parecer Exploratório sobre Saúde e Migrações elaborado pelo Comité Económico e Social Europeu em julho de 2008, salienta-se a importância de cuidados apropriados à cultura dos migrantes e sensíveis a esta, tal como havia sido enquadrado em 2004 na especificidade do contexto hospitalar (Declaração de Amsterdão, 2004). Estes documentos enfatizam que os profissionais de saúde devem saber cuidar e dar resposta às necessidades das comunidades migrantes, no seu domínio de ação (Declaração de Amsterdão, 2004; Comité Económico e Social Europeu, 2008).

A mesma ideia surgiu legalmente enquadrada no nosso país em 2007 no Plano para a Integração dos Imigrantes, podendo consultar-se nos seu pontos 22, 26 e 28 referentes à saúde destas pessoas, que é importante “desenvolver ações de formação contínua, visando a criação de competências interculturais e linguísticas dos prestadores de cuidados de saúde”; enfatiza-se ainda a importância de contratar mediadores culturais “tendo em vista a facilitação linguística e cultural no acesso à saúde” (Resolução do Conselho de Ministros nº63-A/2007 de 3 de maio).

Na procura da especificidade dos princípios subjacentes à prática clínica dos enfermeiros de acordo com a diversidade cultural das pessoas, consultámos o Código Deontológico do Enfermeiro em Portugal (Ordem dos Enfermeiros, 2009a) [OE]. No que concerne ao respeito dos valores humanos, estes profissionais têm o dever de “cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa” (artº 81º, alínea a). Na alínea f) do mesmo artigo, salienta-se a necessidade do respeito pelas “opções políticas, culturais, morais e religiosas” das pessoas cuidadas, pressupondo-se o conhecimento e a mobilização deste tipo de dados, no planeamento dos cuidados em enfermagem.

A Ordem dos Enfermeiros (2003), sublinha a importância de que a tomada de decisão do enfermeiro de cuidados gerais no seu exercício profissional seja baseada na “sensibilidade para lidar” com as diferenças culturais das pessoas.

A nível internacional, surge especificamente identificada a necessidade de que os diversos profissionais desenvolvam competências culturais em cuidados de saúde primários, (particularmente no âmbito da vulnerabilidade de crianças, jovens e gravidez da mulher), como princípio básico para a integração dos imigrantes nos países de acolhimento (WHO 2010a, WHO 2010b; Durieux-Paillard, 2011). Estas, de entre outras fontes consultadas, enquadraram o percurso reflexivo desenvolvido. Considerámos a temática das competências culturais dos enfermeiros com imigrantes como relevante, todavia pouco documentada na realidade social constatada. Com a noção de que “um problema de investigação é um desvio consciente entre o que sabemos e o que deveríamos saber” (Chevrier, 2003, p.67), definimos como objeto de estudo: a

*construção*¹ das competências culturais nos enfermeiros. Formulámos a questão de investigação: *Como são construídas as competências culturais nos enfermeiros?*

De acordo com a perspetiva de Carvalho, (2009), identificámos na colocação da questão, a necessária correspondência aos critérios de *oportunidade* da investigação (pelo interesse da temática face ao estado atual do conhecimento), de *relevância* (pela possibilidade de nova evidência empírica), *viabilidade* (pela obtenção de resposta com a pesquisa desenvolvida) e de *exequibilidade* (pela projeção da sua conclusão com um argumento científico válido).

Empreendemos a procura sistemática da compreensão dos elementos estruturantes a desenvolver na prática clínica competente dos enfermeiros com imigrantes. Parafraseando Soares, buscámos a apreensão da realidade social como investigadora, pela “conceção do real, não como algo totalmente alheio ao nosso ponto de vista (...) mas um real que abarca também todos os nossos processos cognoscitivos, o próprio sujeito e as suas condições de acesso ao mundo” (2004, p.13), ao adotarmos um paradigma indutivo de investigação.

Desenvolvemos um estudo qualitativo de natureza etnográfica, ao procurarmos a descrição e a interpretação dos padrões culturais dos participantes nos contextos de cuidados selecionados (Hammersley & Atkinson, 2007; Sreubert & Carpenter, 2013).

¹Torna-se necessária a especificação dos conceitos de “construção” e de “produção”, que mobilizamos no estudo em associação ao de “competências”. O conceito de “produção” surge no título da tese, considerado na génese do processo de competências culturais nos contextos, tal como podemos consultar:

-“**Produção** - facto de produzir ou criar; génese”.

Relativamente ao conceito de “construção” é frequentemente mobilizado ao longo deste relatório, em alusão aos elementos estruturantes das mesmas competências, como consultamos na fonte:

-“**Construção** - forma como algo é composto; constituição, estrutura”.

In Infopédia [Em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2013. [Consult. 2013-11-13].

Disponível na www: <URL:

<http://www.infopedia.pt/pesquisa.jsp?qsFiltro=0&qsExpr=produ%C3%A7%C3%A3o>>.

O estudo foi desenvolvido com 23 participantes enfermeiros e 27 imigrantes, no contexto de uma USF e de duas UCC (em visita domiciliária), da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Envolveu também uma mediadora cultural de organização hospitalar da Região de Lisboa e um médico de USF do mesmo Agrupamento de Centros de Saúde [ACES], das unidades mencionadas. Assumimos ambos como “informante-privilegiado”, “pelas suas qualidades como informantes e pelos seus pontos de vista variados” (Poirier, Clapier-Valladon & Raybaut, 1999, p.103), na busca da clarificação do fenómeno em estudo.

Tivemos como objetivo: caraterizar o processo de construção de competências culturais nos enfermeiros em contexto de cuidados a imigrantes. Assumimos como finalidade: contribuir para um cuidar culturalmente consistente, em enfermagem.

O termo “imigrantes” que mobilizamos, refere-se a todos os que sendo originários de um outro país “são detentores de título de residência e os estrangeiros a quem foi prorrogada a permanência de longa duração” (SEF, 2012, p.15). Optámos desta forma pelo conceito de imigrantes legais, como aqueles a quem está atribuído “um estatuto legal de residência” (Degazon, 2011, p.150), pela maior garantia à adesão aos cuidados dos enfermeiros que esperamos encontrar no decurso da investigação (Fonseca et al., 2009; Machado et al, 2010; WHO, 2010a).

Na procura da compreensão do fenómeno em estudo e da clarificação dos conceitos estruturantes no domínio do conhecimento disciplinar de enfermagem a mobilizar tal como propôs Fawcett (2005), fundamentámo-nos em diferentes autores dos quais evidenciamos:

- Leininger (1994, 1998, 2001) na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, ao adotarmos a perspetiva holística da enfermagem transcultural para análise e compreensão da coerência na prática clínica dos enfermeiros, bem como na caraterização de “visões do mundo” e conceções de saúde e doença destes profissionais e de pessoas imigrantes.

- Meleis (1987a, 2010a, 2010b), ao sustentarmos-nos na Teoria das Transições para avaliação da visibilidade da ação dos enfermeiros através do olhar dos imigrantes. A conceptualização da autora foi igualmente mobilizada para identificação da forma como surgem adaptados padrões de resposta e expectativas destas pessoas, ao longo dos processos de saúde e doença, vivenciados no país de acolhimento.

- Campinha-Bacote (2002, 2003, 2011), no que respeitou à estrutura, compreensão e análise da construção das competências culturais nos enfermeiros como um processo que permite o planeamento dos cuidados na centralidade da pessoa. Cabe aqui a explicitação desta autora, de que as competências culturais se constroem ao longo de um percurso “desejavelmente” iniciado pela motivação intrínseca dos profissionais e através da conjugação de cinco constructos que define, tal como mobilizámos no estudo: consciência cultural, conhecimento cultural, encontro cultural, habilidade cultural e desejo cultural.

Faz-nos sentido a necessidade de que os enfermeiros estejam munidos de conhecimento “substantivo” (McFarland, Mixer, Webhe-Alamah & Burk, 2012; Brink, 2013) orientador da prática clínica, na diversidade cultural que caracteriza hoje os contextos de cuidados. Esta é uma assunção transversal das autoras conceptualmente mobilizadas, sendo que a evidência empírica obtida no estudo corrobora a evidência científica estabelecida, especificamente ao nível da necessidade de uma tomada de decisão profissionalmente informada e coerente com valores, hábitos e crenças das pessoas imigrantes.

Apresentando a investigação desenvolvida, damos conta de que este relatório se estrutura em três partes:

-A primeira designámo-la de “*visando a apreensão do real na multiculturalidade em cuidados*”, relatando o processo de construção do objeto de estudo – desde a revisão sistemática da literatura com recolha de evidências em estudos nacionais e internacionais produzidos por enfermeiros, até à entrevista que desenvolvemos com mediadora cultural de unidade hospitalar da região de Lisboa. Assumimos ainda algumas orientações teórico-conceptuais, em linha

com a perspetiva ontológica e epistemológica que desenvolvemos ao longo do estudo.

-A segunda parte intitulámo-la “*a apropriação dos significados na cena cultural dos cuidados*”, onde abordámos as particularidades desta investigação, na observância às questões éticas no terreno. De acordo com o seu desenho metodológico, demos conta da produção de dados com a construção de uma corrente lógica de evidência, numa perspetiva recursiva na sua recolha e análise.

-A terceira parte, designámo-la “*da cena cultural à produção teórica desenvolvida*”, sendo que esta consubstancia o contributo desta investigação na produção de novo conhecimento científico em enfermagem. Em ordem à obtenção de respostas na problemática formulada e à teorização visada, estruturámos diferentes subcapítulos culminando na proposta de um esquema interpretativo da construção das competências culturais nos enfermeiros.

PARTE I

VISANDO A APREENSÃO DO REAL NA MULTICULTURALIDADE EM CUIDADOS

1- DA REALIDADE SOCIAL MULTICULTURAL À DEFINIÇÃO DO OBJETODE ESTUDO

*“Conhecer os outros é sabedoria.
Conhecemo-nos a nós mesmos
é uma sabedoria superior”
Laozi*

As caraterísticas da sociedade multicultural em que vivemos hoje, coloca aos enfermeiros a expetativa de saberem cuidar de pessoas de diversas culturas.

Este grupo profissional centraliza a sua prática clínica na relação interpessoal que estabelece com as pessoas cuidadas, definida por “quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem” (OE, 2003, p.4). A relação interpessoal estabelecida entre sujeitos de diferentes origens – enfermeiros e imigrantes – pressupõe, como salienta Campinha-Bacote (2003), a valorização de múltiplas dimensões que no seu conjunto sugerem a diversidade cultural como uma “prioridade” na prática clínica. Falamos de filiação religiosa, idioma, caraterísticas físicas, mas também de conhecimentos, costumes e valores culturais que dão às pessoas o seu sentido e direção de vida, como membros de uma sociedade (Leininger, 1994; Campinha-Bacote, 2003). Corroboramos a preocupação de Leininger (2001), quando sugere a necessidade de princípios, conceitos e *guidelines* que orientem os cuidados culturalmente diversos. De acordo com a mesma autora, só a focalização da prática clínica dos enfermeiros na especificidade cultural das pessoas, as pode realmente ajudar a recuperar ou a manter o seu bem-estar, ou mesmo a enfrentar a morte, de um modo coerente com o sentido que lhe atribuem. A recontextualização desta perspetiva à realidade das pessoas imigrantes cuidadas em Portugal como país de acolhimento, fez-nos sentido para o desenvolvimento deste percurso investigativo.

A enfermagem transcultural e a coerência cultural nos cuidados baseiam-se numa forma de olhar e orientar a prática clínica distinta da visão dicotomizada mente/corpo (Leininger, 1994, 2001; Ray, Morris & McFarland, 2013). As competências culturais nos enfermeiros constroem-se na clareza desta distinção e com a implementação de ações direcionadas de forma adequada a

peçoas e famílias no contexto em que estão inseridas, através de cuidados culturalmente congruentes (Leininger, 1994; McFarland et al., 2012). Interrogámo-nos sobre o decurso deste processo. Refletimos, tal como sugerem Josso (2002) e Costa (2008), se é possível considerar como formadoras para os enfermeiros, as experiências de relação interpessoal com imigrantes, numa “articulação conscientemente elaborada entre atividade, sensibilidade, afetividade e ideação” (Costa, 2008, p. 87). Impôs-se a análise e compreensão da relação entre estas experiências e as competências culturais nos enfermeiros.

No âmbito das ciências sociais, Duarte e Lopes, salientam a influência da experiência de vida dos profissionais em contexto de trabalho, adaptações daí decorrentes e efeitos deste desenvolvimento nas “atitudes, motivações e comportamentos para o trabalho” (2010, p. 186). Traduz-se aqui uma perspetiva dinâmica de aquisição de experiências e competências ao longo do percurso profissional, também enfatizada por Costa (1998, 2008), em linha com Josso (2002), que valorizamos no contexto deste estudo para o grupo profissional dos enfermeiros.

O interesse pela investigação na área das competências culturais em Enfermagem, teve a sua origem num percurso de vida com diferentes vivências: como cidadã no país onde nascemos – Portugal – mas também num país estrangeiro, como enfermeira na prática clínica e como professora numa escola de saúde.

Estas experiências contribuíram para uma forma específica de olhar a realidade social e de a estudar, valorizada por Strauss e Corbin (2008) no âmbito da orientação metodológica qualitativa que enforma o estudo. A constatação empírica de diferentes estímulos de reflexão, foi promotora do desejo da pesquisa de teorias estabelecidas e da interpretação da realidade observada em contextos multiculturais. Cientes de que a “busca da verdade” assenta numa procura adequada da justificação como base de reflexão epistemológica (Soares, 2004, p.9), valorizámos o recurso à prática, à experiência e à observação como “modo de apreensão do real” como propõe Gingras (2003a, p. 35). Em diferentes situações de cuidados nos confrontámos com a diversidade no património cultural dos sujeitos, na adoção de condutas e

no desempenho de papéis, determinados por sentimentos e mecanismos de pertença a diferentes culturas (Berger & Luckman, 1973; Outeirinho, 2006). Considerámos estes elementos como importantes no enquadramento da interação e cuidados produzidos entre enfermeiros e imigrantes.

De acordo com Leininger (1994, 1998), os processos de saúde e doença, são definidos pelas pessoas como intimamente relacionados com a interação social estabelecida com os “outros” e com o mundo. Nesta perspetiva o contexto social dos cuidados entre enfermeiros e imigrantes é produzido através de momentos de interação e enquadrado por valores e crenças culturais dos sujeitos, na complexidade da cultura organizacional onde ocorrem.

Nos contextos das unidades de saúde, cuidar de pessoas com diferentes culturas, requer dos enfermeiros uma definição clara da sua área de intervenção profissional e da forma como assumem as referências culturais pessoais nas *díades* de cuidados, entendidas como “um sistema de duas pessoas” (Bronfenbrenner, 2002, p.6). O acompanhamento dos processos de transição, pode provocar mudanças nos profissionais, relacionadas com pressupostos a respeito de si mesmos e da sua visão do mundo, como identificam diferentes autores (Campinha-Bacote, 2011; Meleis, 2005, 2010b). Falamos de transição na perspetiva de Meleis e Trangenstein (1994) e de Meleis (2005, 2010a) como conceito central à prática da enfermagem, associado à génese das modificações de vida, saúde, relações e ambiente das pessoas, nas quais os enfermeiros assumem um papel relevante no acompanhamento da “entrada, passagem e saída” destas fases. De acordo com a perspetiva de Chick e Meleis (1986) e Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher (2000), as transições em imigrantes estão ligadas a experiências biográficas que vão além das fronteiras geopolíticas que atravessam, uma vez que perpassam diferentes fases e condições de vida. Considerámos a perspetiva de Meleis (2010a, 2010b) de que a transição se define como a passagem de uma fase, condição ou *status* para uma outra, na especificidade da vida dos imigrantes, valorizando neste percurso as dimensões de processo, resultado e de interações complexas com o ambiente onde decorrem (Meleis et al., 2000). Para as pessoas imigrantes, a vivência de um projeto de saúde num país de acolhimento pode significar dificuldades ligadas à barreira da língua ou

à pouca sensibilidade cultural dos profissionais de saúde, resultando em vulnerabilidades físicas, psicológicas e/ou socioculturais (Campinha-Bacote, 2003; Ingleby, 2011). Nesta lógica torna-se importante identificar como é que os enfermeiros podem suprir as necessidades destes sujeitos no âmbito dos seus processos de transição saúde-doença, como aponta Meleis (2010b). Purnell enfatiza a este propósito, a necessidade de que os enfermeiros se “percebam como culturalmente competentes” (2011, p.529). A importância desta percepção pelos profissionais, surge enfatizada nos estudos de Vega (2010) e Ray et al. (2013) que apontam, tal como Leininger o fez anteriormente (1991, 1994, 1998) – os subsídios da antropologia como suscetíveis de desenvolver nos enfermeiros uma maior capacidade reflexiva sobre si mesmos e as suas práticas. Assumimos este suporte na orientação conceptual e interpretativa da investigação. Propomo-nos que isto aconteça numa lógica de interdisciplinaridade pois que esta favorece, nas palavras de Pimenta “um entrelaçamento de saberes” (2006, p.13) na produção de um espaço epistemológico que se subsidia mutuamente.

Valorizamos as díades de participantes do estudo – enfermeiros e imigrantes – como promotoras de potencial evolução mútua, uma vez sujeitas à diversidade cultural como fonte de motivação, estimulação e apoio como sugere a perspetiva do modelo ecológico de desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (2002). O potencial evolutivo dos enfermeiros nos cuidados com imigrantes regista-se, de acordo com Leininger (1994, 2001) e Meleis (2010a, 2010b) ao nível da construção das suas competências culturais. De acordo com estas autoras, com o desenvolvimento de esforços dos profissionais, na procura ativa de estratégias facilitadoras dos processos de adaptação na saúde e na doença dos imigrantes, registar-se-á simultaneamente a promoção da coerência cultural na prática clínica.

Relevamos por outro lado, a importância da autorreflexão dos valores culturais nos enfermeiros (Campinha-Bacote, 2002, 2003; Purnell, 2002, 2011). Importa no mesmo sentido, que consciencializem a influência da cultura e subculturas do contexto organizacional na forma como planeiam e implementam cuidados a imigrantes, considerando tal como Bronfenbrenner que o comportamento e o desenvolvimento humanos estão diretamente

relacionados com a forma como o ambiente é “percebido e não conforme ele poderia existir na realidade «objetiva»” (2002, p.6). Considerando a coexistência multicultural nas unidades de saúde como contextos sociais, refletimos nas díades de cuidados relacionando-as com a necessidade enfatizada pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura [UNESCO](2002) na Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural, posteriormente reforçada na Declaração de Amsterdão (2004), de que é essencial a manutenção da harmonia em todos os processos de interação desenvolvidos em sociedade.

Tendo em conta os diferentes aspetos apresentados, as situações multiculturais de cuidados identificadas nos contextos, constituíram-se como fonte de reflexão, capitalizando o nosso conhecimento (e desconhecimento) culturais, no “caos original” definido por Quivy & Campenhoudt (2008). Partimos para a necessidade de clarificar “o que acontece” com vista à produção de conhecimento científico. Para a reflexão da realidade social multicultural em causa, enfatizamos de entre outras as seguintes constatações:

- Contextos da prática de cuidados caracterizados por uma afluência significativa de pessoas de várias origens e culturas que solicitam um olhar para diferentes formas de conceptualização da saúde e da doença em processos de transição das pessoas culturalmente diversas (Abreu, 2009; Chick & Meleis, 2010). Observamos na realidade multicultural nas unidades de saúde de hoje, tal como salienta Abreu, situações complexas em que “os profissionais de saúde são obrigados a transferir conhecimento para a sua prática clínica” e a “desenvolver competências para a resolução de problemas e tomadas de decisão” (2009, p. 16).

- Coexistência entre quem cuida e quem é cuidado, de diferentes crenças de saúde e normas de conduta na experiência da interação. A dimensão cultural emerge como ponto de discussão de natureza epistemológica na enfermagem como ciência humana, colocando a necessidade de produzir e justificar conhecimento específico, tornando viável um “acesso cognitivo ao mundo real” (Soares, 2004, p.8).

- Identificação de diferentes expectativas mútuas nas díades, culturalmente determinadas e geradoras de incompreensões, conflitos e choques culturais no

processo de cuidados (Leininger 1994, 1998; Campinha-Bacote, 2003, 2011; Purnell, 2002, 2011).

-O contexto da formação em enfermagem, na dimensão do ensino clínico, (em que trabalhamos há mais de uma década), confronta-nos com a relevância da interação com pessoas imigrantes para a interiorização de novos conceitos e reenquadramento de valores, em estudantes e enfermeiros. O valor da “descoberta” cultural parece associar a experiência a que Costa se refere como do “insight e da estrutura cognitiva” (2008, p.87) em contexto de cuidados, à construção de competências culturais de quem cuida ou aprende a cuidar.

-Contacto com diferentes culturas em país estrangeiro – a assunção do estatuto de emigrante que vivenciámos num outro país bem como a constatação de diversas práticas de saúde, motivaram-nos para a clarificação das competências culturais nos enfermeiros. A importância da preparação de unidades de saúde “culturalmente recetivas” para pessoas imigrantes, de acordo com proposta apresentada em Portugal (Silva & Martingo, 2007; Machado et al., 2010) e na União Europeia (Durieux-Paillard, 2011; Ingleby, 2011; Rechel et al., 2011), constituiu também fonte de questionamento.

Ao longo do processo de reflexão e de pesquisa teórico-conceitual com vista à definição do objeto de estudo, considerámos a necessidade de que o “olhar construído” sobre a realidade constatada fosse consistente com os fenómenos de interesse dos enfermeiros (Streubert e Carpenter, 2013).

Definimos a orientação do processo reflexivo desenvolvido com base em três eixos de questionamento, que consideramos complementares entre si:

- Como se constroem as competências nos enfermeiros, para se produzirem cuidados coerentes em contextos multiculturais?
- Que contribuições dão os enfermeiros nos processos de transição que acompanham nas trajetórias de vida, quando cuidam de pessoas imigrantes?
- Que perceção têm os imigrantes, da forma como são acompanhados pelos enfermeiros, nos seus processos de saúde e de doença? Cabe aqui a clarificação do conceito de *multiculturalidade*. Enquadramo-lo nos contextos de cuidados dada a diversidade cultural que se vive atualmente em Portugal, constatando-se como uma “situação de fato, um estado de coisas”, de acordo com a sugestão de Mendes (2010, p. 30) em alusão às características das

sociedades desenvolvidas contemporâneas. Refletimos a sociedade portuguesa como contexto de integração das pessoas imigrantes. Optámos por mobilizar o conceito de *Pessoa* ao longo do estudo em associação com o de imigrante e de enfermeiro, obviando desta forma a profusão de outros termos nas fontes consultadas, explicitando-o de acordo com o enquadramento conceptual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem como “um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos de natureza individual” (OE, 2001, p.6). No que se refere à conceptualização de *contextos multiculturais* na prática clínica de enfermagem, associámo-la à perspetiva de Nunes de “quando as pessoas e grupos multiculturais são destinatários dos cuidados” (2009, p.53), na especificidade dos imigrantes legais, tal como referenciámos anteriormente (SEF, 2012; Decreto-Regulamentar nº 2/2013 de 18 de março).

Identificámos dificuldades na gestão das diferenças culturais nos cuidados produzidos por enfermeiros. Fez-nos sentido a perspetiva de Bennett (1986, 2004), da área das ciências da comunicação e da educação: este autor propõe um movimento gradual para a construção das competências culturais, alicerçando-se numa perspetiva evolutiva na experiencia da própria cultura. Define uma postura inicial etnocêntrica (de fechamento dos profissionais sobre si mesmos, assumindo sobretudo as próprias crenças e valores culturais) para uma outra posterior de *ethnorrelativism*² (de abertura, flexibilidade e integração face a outras referências culturais), que explorámos e contextualizámos na análise da prática clínica dos enfermeiros nas unidades de saúde do estudo. O olhar sobre os cuidados de enfermagem a imigrantes emerge como importante na definição do nosso objeto de estudo. Refletir sobre os contextos de cuidados multiculturais clarificando os referenciais de interação e cuidados, identifica o sentido das transições vividas pelos imigrantes, bem como das necessidades profissionais que se colocam aos enfermeiros que deles cuidam. Por outro lado a orientação etnográfica de investigação permite “descrever as perspetivas e ações dos atores retratados”(Strauss & Corbin, 2008, p.33), em

² Optamos por utilizar o termo em inglês: *ethnorrelativism*, por não dispormos de tradução adequada na língua portuguesa.

situações de interação e cuidados no caso de enfermeiros e imigrantes, com os subsídios conceptuais de informantes privilegiados (um médico e uma mediadora cultural).

Neste enquadramento definimos o objeto de estudo – construção das competências culturais nos enfermeiros – na perspetiva apontada por Streubert & Carpenter (2013), de reconhecimento de que uma realidade é dinâmica e se constitui como a primeira etapa para estabelecer uma perspetiva humanista da investigação. Clarificamos o conceito de objeto de estudo remetendo-o ao conhecimento científico resultante de uma construção definida que “ultrapassa o conhecimento espontâneo de uma dada época histórica” (Pimenta, 2006, p.13).

Consideramos a diversidade relacional, os contextos de cuidados de saúde em constante mudança, a necessidade de coerência e a harmonia na produção dos cuidados, como dimensões orientadoras dos focos de atenção dos enfermeiros e tal como referiu Abreu dos seus “saberes constituídos” (2011, p.43). É nesta linha de pensamento que assumimos este percurso de investigação como resultante do entrosamento da enfermagem com bases antropológicas, de acordo com a perspetiva de Leininger (1994, 1998, 2001). Na mesma orientação valorizamos a coerência cultural nos cuidados desde a entrevista de avaliação inicial realizada – anamnese de acordo com Abreu (2009, 2011) até à avaliação das intervenções dos enfermeiros, como inerente à prática clínica com imigrantes (Davidhizar & Giger, 2001; Giger et al. 2007).

Na aceção epistemológica, a reflexão desenvolvida constituiu a nossa “matéria-prima” no processo de investigação, com recurso à matriz teórico-conceptual da disciplina de enfermagem, que assumimos como conceção ideológica de referência (Leininger, 1977, 1994; Meleis, 1987b, 2010a).

Valorizamos a coerência cultural nos cuidados com imigrantes como oportunidade de reflexão transversal na prática clínica em enfermagem. Situamos de acordo com Costa a noção de cuidado “como prática e não como técnica”, relevando a sua dimensão cultural no que a autora define como “ajudar a enfermagem a recuperar na atualidade o alvo identitário dos cuidados” (2008, p.85), quer no âmbito das intervenções autónomas (com base

na prescrição do enfermeiro) quer no das interdependentes (iniciadas na prescrição de outro técnico de saúde) (OE, 2001).

Para assunção do objeto de estudo confrontamo-nos nesta fase com o problema definido nas ciências sociais de que só se torna possível encontrá-lo no universo de “versões já existentes no terreno ou nas que são construídas em comum ou em concorrência pelos sujeitos, na sua interação” (Flick, 2005, p. 32). Optámos então por recorrer aos “relatos dessas experiências” por outros investigadores. Empreendemos numa primeira fase do estudo as diversas pesquisas e leituras de ordem teórico-conceptual de que damos conta, bem como recorreremos a um processo de revisão sistemática da literatura e a entrevista exploratória a mediadora cultural em organização prestadora de cuidados de saúde, na região da grande Lisboa.

Tais processos viabilizaram-nos o acesso na fase exploratória do estudo a elaborações de dois tipos: subjetivas, da sujeita entrevistada que considerámos uma informante privilegiada na área da interação e cuidados de saúde a imigrantes, e científicas na mesma área por outros investigadores, nos estudos consultados (Flick, 2005; Quivy & Campenhoudt, 2008).

1.1- DAS EVIDÊNCIAS SOBRE A PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM

Da revisão sistemática da literatura recolhemos algumas evidências a partir de estudos desenvolvidos por enfermeiros na área da prática clínica em contextos multiculturais, a nível nacional (três dissertações de mestrado) – a partir do Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCCAP) e a nível internacional, cujas principais fontes de pesquisa foram as bases de dados eletrónicas: Cinhal Plus with Full Text / British Nursing Index/ Nursing & Allied Collection Comprehensive (nove estudos primários e três revisões sistemáticas da literatura), de acordo com descritores e protocolo definidos.

Visámos o acesso ao conhecimento científico disponível na área da prática clínica de enfermagem com pessoas imigrantes, para focalização da nossa questão de investigação de acordo com Perry, Potter e Elkin (2012). Preocupou-nos a clarificação desta questão e neste sentido, as evidências que

poderíamos recolher de forma lata face aos significados das interações, conteúdos, modos como elas se organizam e resultados das mesmas para os participantes, em situações de cuidados, na linha de Livta e Jacoby (2004) e Flick (2005).

Explicitaremos de seguida as evidências encontradas nesta pesquisa, buscando a compreensão do mundo real onde enquadramos o sentido indutivo da nossa investigação ao procurarmos a compreensão de outros investigadores, sobre as características da prática clínica que os enfermeiros planeiam e desenvolvem com pessoas imigrantes (Flick, 2005; Campinha-Bacote, 2010). Assegurámo-nos, na linha de Livta e Jacoby (2004) que os estudos consultados se enquadravam em critérios³ de apreciação compatíveis com *validade* (em que os sujeitos se reconhecessem nos dados recolhidos), *transferabilidade* (relativamente ao ajuste dos resultados pesquisados, a outros contextos de investigação), *fidelidade* (face à plausibilidade dos dados mesmo na instabilidade dos contextos sociais) e *verificação* (contemplando a influência do investigador nos resultados). Assim, tivemos em consideração estes critérios para que nos fosse possível criticar, sintetizar, combinar e determinar os achados que nos conduziram à estabilização da problemática, como sugeriram diversos autores (Letts et al., 2007; Perry et al., 2012).

Dos artigos pesquisados:

O estudo de Sousa (2006) centra-se na particularidade dos imigrantes ucranianos em Portugal, salientando a necessidade de se equacionarem as suas fragilidades e ruturas a nível afetivo, psíquico e cultural, relacionadas com solidão e separação da família. Identifica a partir do discurso dos profissionais de saúde (em geral, pois que não surge particularizada a situação dos cuidados planeados por enfermeiros), o choque cultural e as diferenças sociais com reflexos no processo de cuidados de saúde. Refere-se sobretudo à barreira linguística e na comunicação assumindo-a no comprometimento de uma relação terapêutica eficaz na equipa de saúde, na linha da

³Cf. ponto 3.3.2 (pág.102) sobre o respeito dos mesmos critérios neste estudo, de acordo com as características da investigação qualitativa que produzimos.

proposta conceptual de Leininger (1994, 1998). Por outro lado identifica como principal determinante de saúde a ter em conta na personalização dos cuidados nos contextos, a necessidade de integração social dos imigrantes na sociedade de acolhimento portuguesa. Salienta a importância de cuidados culturalmente competentes com estes sujeitos, extensiva aos diferentes profissionais na equipa de saúde.

Nos estudos de Anes (2006) e Pereira (2008) as reflexões sobre as dificuldades nos cuidados de saúde aos imigrantes são semelhantes entre si, embora na investigação de Pereira se particularize a imigrantes chineses. Identificam como dificuldades na prática clínica (transversal às diferentes áreas disciplinares em saúde): o desconhecimento da língua e os sentimentos de desespero e inadaptação dos imigrantes em contexto de cuidados, as barreiras burocráticas no acesso a organizações de saúde e a discriminação social e institucional, ligadas a estereótipos e preconceitos dos diferentes profissionais. Salientam que estas dimensões não são associadas pelos imigrantes ao seu equilíbrio de saúde, parecendo evidenciar-se nestes uma limitada e dual conceção de saúde e de doença. Salientam ainda que o processo de validação pela equipa de saúde, na comunicação durante os cuidados, fica frequentemente aquém do necessário pela incompreensão mútua da língua, recorrendo-se à solicitação de intérprete durante o processo de cuidados, como estratégia de comunicação.

As evidências encontradas em estudos internacionais, no que concerne à caracterização da prática clínica de enfermagem com pessoas imigrantes, remetem-nos para os seguintes aspetos:

Griffiths, Emrys, Lamb, Eagar e Smith (2003) na Austrália, identificam dificuldades relacionadas sobretudo com a ocorrência de choques culturais entre enfermeiros e pessoas de cultura diversa, por divergentes conceções e crenças de saúde-doença e diferentes crenças religiosas. Sugere a necessidade de “treino” de competências culturais nos enfermeiros, prévio às interações em contextos multiculturais de cuidados.

Coffman (2004), no seu estudo nos Estados Unidos, salienta a importância da avaliação dos imigrantes na sua matriz cultural familiar, tornando possível um olhar para as pessoas “dentro” das suas nações e história. Por outro lado,

refere-se à importância de que os enfermeiros aprendam a comunicar de forma específica com quem é culturalmente diferente, através de comunicação verbal e não verbal. Releva a importância do desenvolvimento do processo da descoberta cultural pelos enfermeiros nos cuidados a imigrantes.

A divergência de sentidos no processo de saúde-doença é refletida por Hanssen (2004), na Noruega. Identifica conflitos culturais entre enfermeiros e imigrantes num contexto de pouca clarificação face aos entendimentos bilaterais de saúde e de doença.

Benckert, Pohl e Coleman-Burns (2004), estudaram díades de cuidados no feminino – enfermeiras e sujeitas de cuidados (mulheres afro-americanas), nos Estados Unidos. Evidenciam-se diferentes perspetivas do conceito de “relação” no processo de cuidados.

Cortis (2004), no Reino Unido aponta diferenças nos sentidos culturais atribuídos entre quem cuida e quem é cuidado (no caso deste estudo – imigrantes paquistaneses) e salienta a importância da valorização da espiritualidade, na prática clínica multicultural.

Plowden, John, Vasquez e Kimani (2006), estudaram homens afro-americanos, em comunidades urbanas dos Estados Unidos. Referem-se aos divergentes entendimentos de saúde e doença entre sujeitos no processo de cuidados e aos comportamentos de saúde desadequados, apenas ultrapassáveis quando os enfermeiros mobilizam personagens-chave da comunidade negociando “pontos de aproximação” entre as partes.

Toofany (2007) no Reino Unido refere-se a constrangimentos na evolução das competências culturais nos enfermeiros, tais como: a estereotipia de pessoas de culturas diversas, a sua marginalização e descrédito nos contextos de cuidados, sentimentos de frustração e stress dos enfermeiros quando trabalham com outras culturas, colegas “negativos” e a insuficiência do suporte organizacional.

Peckover e Chidlaw (2007) no Reino Unido identificam nas enfermeiras participantes do estudo uma aparente inibição, na referência à prática de

cuidados com pessoas de cultura diversa. Estas participantes apontam como aspetos dificultadores na sua prática clínica: a barreira da língua e o próprio sentido crítico dos profissionais no planeamento e desenvolvimento dos cuidados.

Halcomb, Gholizadeh, DiGiacomo, Phillips, e Davidson (2007) na Austrália, apontam a possibilidade de utilização de *grupos de discussão* como importante na prática clínica de enfermagem com grupos multiculturais. Sustentam que esta estratégia permite a mobilização de um vasto conjunto de dados bem como a identificação de eixos conceptuais nestes momentos, a serem posteriormente mobilizados, tais como: comportamentos de saúde e doença, perceção e avaliação sobre serviços de saúde.

A ambivalência referida pelos enfermeiros entrevistados quanto ao envolvimento da família dos imigrantes nos cuidados, ora sentido como facilitador ora como dificultador, na Irlanda como país de acolhimento, surge no estudo de Tuohy, McCarthy, Cassidy e Graham (2008). Tal achado emerge sobretudo ligado às dificuldades experimentadas pelos enfermeiros nos momentos de interação e cuidados, em que elementos da família são utilizados como intérpretes. Estes investigadores questionam-se ainda sobre a segurança na prática clínica de enfermagem, quando não é estabelecida comunicação eficaz, quer pelo envolvimento emocional dos familiares dos imigrantes, quer pelas dificuldades sentidas no acesso aos serviços de intérpretes.

Wikberg e Ericksson (2008) na Finlândia enfatizam as competências culturais nos enfermeiros, como garantia de redução de assimetrias relacionais com pessoas culturalmente diversas, bem como da capacidade de individualização nos cuidados produzidos.

Finalmente, a complexidade multicultural em zona suburbana da Suécia determinou para os enfermeiros uma reorganização dos espaços físicos na prática clínica e a definição de “contextos de cuidados”. Estes achados surgem no estudo de Skott e Lundgren (2009), enfatizando-se a necessidade do estabelecimento de regras comuns entre quem cuida e quem é cuidado.

Uma vez identificadas as evidências através de revisão sistemática da literatura, procurámos na linha proposta por Miles e Huberman (1984,1994), trabalhá-las para compreender mais profundamente os seus sentidos em resposta ao fenómeno em estudo.

Pretendemos no seu conjunto, *insights* e momentos de iluminação para as etapas subsequentes da “pesquisa de terreno”, utilizando o conceito de cultura como condutor e organizador neste processo (LeCompte, 1995; Burgess, 1997; Hammersley & Atkinson, 2007; Brink, 2013). Entendemos este conceito tal como propõe Ingleby (2011), como um “exótico atributo”, cuja posse de alguma forma induz à distinção das pessoas cuidadas, face à matriz cultural dos profissionais de saúde, nativos do país de acolhimento – Portugal.

Valorizámos a obtenção de um elevado manancial de informação a partir dos estudos pesquisados, para a compreensão do mais importante a clarificar nesta fase: o que era relevado nas diferentes investigações, no âmbito da prática clínica de enfermagem com imigrantes. Na Figura seguinte apresentamos a síntese destas evidências, na pesquisa reportada nesta fase, ao friso cronológico entre os anos 2000 e 2010.

ESTUDOS NACIONAIS	ESTUDOS INTERNACIONAIS
Sousa, J.E.X.F.(2006); Anes, C.M.L.S.(2006); Pereira, M.A.D.A.(2008) Dos imigrantes: - Fragilidades emocionais por separação das famílias - Desespero e inadaptção - Diferentes conceções de saúde e doença Dos enfermeiros: - Dificuldades com a barreira da língua - Choque cultural - Dificuldades na personalização dos cuidados - Necessidade de saber construir cuidados culturalmente competentes - Estereótipos e preconceitos - Diferentes conceções de saúde e doença	Griffiths, R., Emrys E., Lamb, C., Eagar, S. & Smith, M. (2003); Coffman, M.J. (2004); Hanssen, I.(2004); Benckert, R.; Pohl, J. M. & Coleman-Burns, P. (2004); Cortis, J. D. (2004); Plowden, K. O. , John, W., Vasquez, E. & Kimani, J. (2006); Toofany, S. (2007); Peckover, S. & Chidlaw, R. G. (2007); Halcomb, E. J., Gholizadeh, L., DiGiacomo, M., Phillips, J. & Davidson, M. P. (2007); Tuohy, D., McCarthy, J., Cassidy, I. & Graham, M. M. (2008); Wikberg, A. & Eriksson, K. (2008); Skott, C. & Lundgren, M. (2009) Dos imigrantes: - Diferentes conceções de saúde e doença - Diferentes conceções de relação nos cuidados Dos enfermeiros: - Diferentes conceções de saúde e doença - Dificuldades na equipa de cuidados - Identificação de personagens-chave para melhor adesão aos cuidados - Diferentes conceções de relação nos cuidados - Delimitação dos contextos de cuidados de enfermagem - Gestão dos intérpretes familiares - Inseguranças pela comunicação ineficaz

- Não obtenção de validação nos cuidados desenvolvidos	- Dificuldades no uso de serviços de intérpretes
	- Dificuldades no desenvolvimento de competências culturais
	- Pouco sentido autocrítico
	- Possibilidade de utilização de grupos de discussão

Figura 1. Síntese das Evidências obtidas, na Pesquisa efetuada entre os anos de 2000 e 2010, em Bases de Dados Eletrónicas.

1.2- DA MEDIAÇÃO CULTURAL EM CONTEXTOS DE CUIDADOS

Relativamente à entrevista que desenvolvemos com a mediadora cultural, enquadrámo-la na fase exploratória do estudo. Procurámos o conhecimento e o envolvimento mais “estreitos” com o terreno ao definirmos esta estratégia (Burgess, 1997; Flick, 2005). Tomámos inicialmente conhecimento da existência deste tipo de profissionais nalgumas unidades de saúde na região da grande Lisboa, através de estudantes do 2º ciclo em Enfermagem e posteriormente em fontes consultadas (Molina, 2006; Rifà Ros et al., 2006; Resolução do Conselho de Ministros nº63-A/2007 de 3 de maio). Apercebemo-nos desta forma da ação dos mediadores culturais na área da interpretação clínica e da comunicação entre profissionais de saúde e imigrantes. A sua importância tem sido enfatizada por diferentes autores a nível nacional e internacional (Silva & Martingo, 2007; Nunes, 2009; WHO, 2010a; Degazon, 2011), encontrando-se enquadrada legalmente em Portugal (Resolução do Conselho de Ministros nº63-A/2007 de 3 de maio).

No Anexo I apresentamos os objetivos e o guião que nos conduziram na entrevista exploratória (Quivy & Campenhoudt, 2008), buscando a imersão enquanto investigadora no contexto sociocultural construído pelos diferentes participantes, nos momentos de interação e cuidados de saúde a imigrantes (Gauthier, 2003). A entrevista foi desenvolvida com uma estrutura semidirética, de acordo com Poirier et al. (1999), procurando a focalização desta informante privilegiada na sua vivência de situações com imigrantes e enfermeiros, em contextos de cuidados de saúde. Desta forma procurámos como investigadora,

um equilíbrio na condução da entrevista, entre os indicadores estabelecidos no guião e a sua simples “função de enquadramento” (Poirier et al., 1999, p.51).

Da análise de conteúdo desenvolvida a partir do *corpus* obtido interessou-nos, de acordo com Bardin “a manipulação das mensagens (conteúdo e expressão desse conteúdo), para evidenciar os indicadores que permitam inferir sobre uma outra realidade que não a da mensagem” (2011, p.48). Na Figura 2 apresentamos os principais indicadores emergentes e contributivos para a clarificação da problemática de investigação, reduzindo a variedade dos dados e estruturando progressivamente o campo de estudo, como sugeriu Flick (2005)⁴.

INDICADORES EMERGENTES	CONTRIBUTOS PARA A ESTRUTURAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO
- Sente-se como apoio concreto	- Necessidade manifestada pelos imigrantes de ter alguém que faça a “ponte” com os profissionais de saúde, inclusivamente com os enfermeiros
- Sente que deveria ser maior apoio para os profissionais de saúde	- Apesar do apoio cultural aos profissionais de saúde fazer parte do seu conteúdo funcional, só acontece pontualmente essa solicitação
- Importância da presença	- A solicitação que os imigrantes fazem da sua presença não tem por vezes uma razão objetiva
- Promoção da saúde	- Intervenção de âmbito social, psicológico e emocional
- Importância das redes sociais no reequilíbrio da saúde	- Elo de ligação entre imigrantes, famílias, apoios sociais e comunitários
- Elemento neutro entre as partes na organização prestadora de cuidados de saúde	- A mediação entre enfermeiros e imigrantes, assenta na necessidade de um estatuto de neutralidade
- Trabalho de intérprete	- “Vista e utilizada” pelos profissionais de saúde, essencialmente como intérprete
- Identifica estereótipos nos profissionais de saúde	- Desconstrução de estereótipos junto de alguns profissionais de saúde
- Identifica pouca sensibilidade cultural nos profissionais de saúde	- Procura de espaço e reconhecimento da sua área de ação e conhecimento para desenvolvimento de sensibilidades culturais

Figura 2. Indicadores Emergentes para a Clarificação da Problemática de Investigação, partindo da Análise de Conteúdo da Entrevista com Mediadora Cultural em outubro de 2010.

Na indecisão inicial do estatuto a atribuir aos achados obtidos pelas duas diferentes técnicas nesta fase do estudo (revisão sistemática da literatura e entrevista), bem como dos seus relativos graus de importância, optámos por considerar que num primeiro momento todos eles eram importantes (Miles & Huberman, 1994). Num segundo momento, de acordo com a estrutura conceptual seleccionada e o nosso objeto de estudo, entrámos num processo mais seletivo, de estabilização da questão de investigação tendo em conta os nossos interesses e as particularidades do contexto histórico e social em causa, de acordo com o que apontam Gingras (2003a) e Flick (2005). Utilizámos ainda nesta etapa como sugerem Strauss e Corbin (2008), a “capacidade criativa” para o desenvolvimento da investigação, posto que a partir dos dados trabalhados por diferentes investigadores, reorientámos o questionamento de acordo com – o saber desejável e a pertinência social e científica, apontadas por Chevrier (2003), como caraterizadoras da relevância do problema de investigação.

Na perspetiva deste autor, questionámo-nos sobre: *o que podemos trazer de novo face ao que já está estudado?* E olhámos para a importância da construção das competências dos enfermeiros para cuidar pessoas na sua especificidade cultural, num país de acolhimento.

Na realidade nacional, de acordo com o que a Ordem dos Enfermeiros define quando estabelece as competências do enfermeiro de cuidados gerais, podemos identificar que “os enfermeiros têm presente que «bons cuidados» significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com estas diferenças” (OE, 2003, p.6). No Regulamento para o Exercício da Prática de Enfermagem (OE, 2012) sublinha-se a importância do exercício profissional dos enfermeiros sem imposição dos “próprios critérios e valores” e de saber-se respeitar as opções “culturais, morais e religiosas” das pessoas cuidadas,

⁴Para este autor o resultado da formulação das questões de investigação surge após uma recolha de dados processual, que passa pela redução da sua variedade e consequente estruturação e clarificação do campo de estudo, de acordo com o objetivo que tínhamos na fase exploratória.

na linha do que está previsto a nível europeu relativamente ao perfil de competências dos enfermeiros de cuidados gerais, quando integram os contextos de cuidados (Projet Cresi, 2008; WHO, 2010a; 2010b).

De acordo com a perspetiva apontada, encontrámos sentido na necessidade social da construção das competências culturais nos enfermeiros, estabilizando a questão de investigação:

Como são construídas as competências culturais nos enfermeiros para cuidar imigrantes?

A identificação desta situação processual, concreta, apontou-nos uma lógica indutiva e interpretativa de estudo, comportando de acordo com a referência de McMillian e Schumacher “um fenómeno que pode ser descrito e compreendido a partir dos significados que os participantes dão aos acontecimentos” (1989, citado em Chevrier, 2003, p.83). Formulámos nesta perspetiva as seguintes questões específicas:

- *Que análise interpretativa é possível realizar a partir dos resultados do estudo?*
- *Que significados são atribuídos em situações de cuidar imigrantes?*
- *Como se caracterizam as interações estabelecidas entre quem cuida e quem é cuidado?*
- *Em situações multiculturais de cuidados que tipificação é possível estabelecer?*
- *Que dificuldades e mais-valias são identificadas nos cuidados em contexto multicultural?*

Como já referimos, optámos pelo desenvolvimento do processo de investigação em cuidados de saúde primários na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, em contextos de cuidados de enfermagem à população imigrante – uma unidade de saúde familiar e duas unidades de cuidados na comunidade em situações de cuidados domiciliários. Esta opção prendeu-se com a possibilidade de ser desenvolvido na região da escola onde trabalhamos,

existindo protocolos com as diferentes organizações prestadoras de cuidados de saúde, assegurando a possibilidade do decurso da investigação.

Colocado este estudo num paradigma qualitativo de pesquisa, propusemo-nos reconstituir com os participantes, os significados sociais e culturais do processo de construção de competências culturais nos enfermeiros (Flick, 2005; Purnell, 2011; Brink, 2013). Adotámos desta forma, tal como definiram LeCompte e Preissle (1994), uma perspetiva hermenêutica de descoberta dos significados e ações das pessoas nos seus contextos culturais.

No capítulo seguinte apresentaremos aspetos relevantes da seleção teórico-conceptual, enquadradora do estudo do nosso objeto.

2- ENFERMEIROS E IMIGRANTES: DO ETNOCENTRISMO AO ETHNORRELATIVISM E AS COMPETÊNCIAS CULTURAIS

*“Quanto mais se juntam vozes diversas e contrárias,
mais maravilhoso também, ressoa o concerto”*

Angelus Silesius

Daremos agora conta dos alicerces teórico-conceituais selecionados, que foram sustentando, tal como apontou Chevrier a “formulação interativa de questões” (2003, p.81), sobre a realidade constatada. Como referimos anteriormente as características do objeto de estudo remetem-nos para uma perspectiva indutiva e processual da sua “compreensão cultural” (Spradley, 1980, p.122). Pretendemos a clareza e a profundidade deste processo, ao selecionarmos os conceitos que foram a partir da literatura, emergindo como lógicos e coerentes. Entendemos por isso, a seleção teórica que empreendemos como “versões ou perspectivas, através das quais se vê a realidade” (Flick, 2005, p.44), em concordância com o percurso de “descoberta” pretendido. Não elaboramos um quadro teórico sistematizado e hermético. Optamos por identificar as opções conceituais que consideramos compatíveis com a análise interpretativa dos sentidos, funções e consequências das ações desenvolvidas pelos participantes – enfermeiros e imigrantes – em contextos multiculturais de cuidados (Hammersley & Atkinson, 2007; Brink, 2013).

Selecionamos a perspectiva teórica da diversidade e universalidade do cuidado cultural de Leininger (1994, 1998), uma vez que parte da “descoberta” das diferenças e semelhanças culturais no cuidado humano tal como pretendemos na análise da construção das competências culturais nos enfermeiros, quando cuidam imigrantes. Esta autora define o cuidar como domínio central do conhecimento em Enfermagem, perspectivando a evolução cultural das pessoas como inerente ao seu desenvolvimento humano. A sua teoria apresenta-se como suporte e orientação de estudos no âmbito de cuidados culturalmente competentes (Purnell, 2011; McFarland et al., 2012). A *congruência cultural* nos cuidados é conceptualizada por Leininger (1985,

1998) como o conjunto de ações e decisões que são definidas pelos enfermeiros de forma adaptada aos estilos de vida das pessoas e entendidas como promotoras de bem-estar ou de uma morte digna, por quem é cuidado. Adotamos o conceito de *cuidado* tal como é assumido por Leininger (1994, 1998, 2001), como foco e essência da disciplina e das práticas de Enfermagem, valorizando a necessidade da sua profunda relação com as características dos sujeitos, tais como: a visão do mundo, a estrutura social em que se movem e os valores culturais que os caracterizam. Tal como enfatiza a autora, os enfermeiros precisam de munir-se de conhecimento cultural específico, na sua área disciplinar com vista ao planeamento e implementação adequados à especificidade das pessoas cuidadas.

A teoria de Leininger assenta em quatro princípios clarificadores dos significados e expressão do cuidado cultural, que mobilizamos para a interpretação do fenómeno em estudo:

- A forma como pode manifestar-se, os sentidos que lhe podem ser atribuídos, os seus padrões e práticas que por sua vez se caracterizam pela diversidade e universalidade entre culturas.
- As diferentes visões do mundo possíveis, os múltiplos fatores das estruturas sociais onde as pessoas se movem, a etno-história que as caracteriza, o seu contexto ambiental, os cuidados genéricos e profissionais que identificam. Leininger (1994, 1998) sugere que esta identificação pode influenciar profundamente o estado de saúde e bem-estar das pessoas cuidadas.
- Os cuidados genéricos (apreendidos e transmitidos pela matriz cultural em que cada um se insere e baseados na tradição), bem como os profissionais (formalmente ensinados e aprendidos e caracterizadores dos conhecimentos mobilizados pelos enfermeiros), são fundamentais para a manutenção da saúde e do bem-estar.
- Define três modos essenciais de decisão na implementação de cuidados culturalmente congruentes: de preservação ou manutenção, de acomodação ou negociação e de (re)padronização ou reestruturação (Leininger, 1985, 1991, 1998).

Os cuidados de preservação/manutenção são caracterizados pela autora como de suporte, facilitadores das ações profissionais, contribuindo para a

preservação e manutenção de crenças culturais que beneficiam as pessoas cuidadas em situação de desequilíbrio de saúde e/ou de preparação da morte. Em relação aos cuidados de acomodação/negociação, são definidos pela capacidade criativa de quem cuida, na implementação de ações ou na tomada de decisões que ajudem pessoas culturalmente diversas a adaptarem-se e/ou a negociarem as que são efetivamente seguras e culturalmente congruentes com a sua cultura. Estas ações visam a saúde e bem-estar de quem é cuidado ou a maximização da sua capacidade para lidar com a doença ou com a morte. Relativamente aos cuidados de (re)padronização/reestruturação, consistem na implementação de ações profissionais de suporte, facilitação e de decisão mútua nas díades de cuidados, que ajudam as pessoas a reorganizar, modificar ou reestruturar os estilos de vida para benefício dos seus padrões, práticas e resultados de saúde.

Na lógica de Leininger, distinguimos entre “cuidados” e “cuidar”, contextualizando estes conceitos à referência discursiva e analítica que mobilizamos em cada momento. O primeiro conceito implica a provisão dos “necessários e personalizados serviços que ajudam o homem a manter o seu estado de saúde ou a recuperar da doença” e o segundo usado como verbo, implica “um sentimento de compaixão, interesse e preocupação pelas pessoas” (Leininger, 1994, p.30)⁵.

Esta autora focou-se desde os anos 60, no desenvolvimento da enfermagem transcultural, fazendo na altura a seguinte afirmação: “algum dia os enfermeiros estarão preparados para a prática de cuidados culturalmente congruentes, seguros e responsáveis” (Leininger, 2001, p.16). Decorridos estes anos a afirmação proferida continua atualizada. Importa apercebermo-nos da clareza desta necessidade para os enfermeiros, nas suas interações e cuidados

⁵ Utilizaremos neste estudo um e outro termos de acordo com a respetiva contextualização semântica no decurso do texto. Desta forma nalgumas situações, poderemos recorrer à associação de conceitos; cf. “multiculturalidade” atrás explicitado de acordo com Mendes (2010), associado a “cuidados” (Leininger, 1994) – “multiculturalidade em cuidados”.

com imigrantes, bem como das suas capacidades para a relativização das características étnicas “presentes” nas díades de cuidados.

A adoção da perspectiva teórica de Leininger, clarificou-nos a compreensão das especificidades culturais nos cuidados entre enfermeiros e imigrantes participantes. Valorizámos a sua visão holística e compreensiva em contextos multiculturais de cuidados, em torno do conceito de cultura. Na perspectiva da mesma autora, a *cultura* surge conceptualizada no estudo como “específico padrão de comportamento que distingue qualquer sociedade de outras e dá sentido às expressões humanas do cuidar” (2002, citado em Purnell, 2011). Em complementaridade a esta forma de “olhar” o conceito de cultura considerámos também a perspectiva anteriormente descrita por Ingleby (2011) ao valorizarmos o “exotismo” na distinção da matriz cultural de cada sujeito. Relevamos desta forma a possibilidade de que a diversidade cultural e a identidade étnica, possam funcionar nas díades em contextos de cuidados, como potencial positivo e reforço do bem-estar de quem é cuidado (Bronfenbrenner, 2002; Campinha-Bacote, 2002, 2003). Na mesma linha de pensamento Kelleher enfatiza que “a coerência cultural, as nossas perceções de saúde e de doença, como respondemos ao tratamento da doença” (1996, citado em Culley, 2009, p.88), são potencialmente influenciadas pela nossa cultura. Esta valorização pelos enfermeiros, torna-se visível nos cuidados com imigrantes, ao monitorizarem os seus projetos de saúde de forma culturalmente congruente.

Na lógica conceptual de Leininger (1994, 1998, 2001), desenvolvemos um olhar “cultural” sobre os cuidados aos imigrantes, compatível com o movimento etnográfico da investigação, valorizando a identificação dos padrões de comportamento bilaterais neste processo (Streubert & Carpenter, 2013). Procuramos a mobilização destas dimensões, como suporte ontológico de explicações, interpretações e entendimentos que enformam as visões do mundo dos sujeitos, no fenómeno em estudo como sugerem Fawcett (2005) e Ray et al. (2013).

Recorremos à teoria das transições de Meleis (1987a, 1987b, 2005, 2010b), procurando o suporte relativo à análise das relações humanas e das suas mudanças – transições nas pessoas cuidadas ao longo do tempo, em situações de contextos de cuidados, como ocorre com os imigrantes. Esta

autora enfatiza a necessidade de um olhar particular para a situação destas pessoas no país de acolhimento, bem como para as especificidades da prática clínica dos enfermeiros, em contextos multiculturais de cuidados. Meleis et al. (2000) e Meleis (2005, 2010a, 2010b) consideram as transições como períodos de desequilíbrio na vida das pessoas e das comunidades, que marcam momentos de “viragem” no decurso de processos mais ou menos longos. Para os autores uma transição pode começar com um encantamento/fascínio, excitação, ou medo e desgosto, definindo-se como a diferença entre um “estado anterior” e um outro que se encontra em desenvolvimento. Referem-se à possibilidade de que o processo de transição possa resultar em *empowerment* (sentido como crescimento individual), ou pelo contrário em “enfraquecimento” pessoal resultando numa visão do mundo igualmente “enfraquecida” (Meleis et al, 2000; Meleis, 2010a). Nesta lógica, o grupo profissional dos enfermeiros deve focalizar-se na promoção da saúde das pessoas cuidadas e do seu *coping* (entendido como estratégia de reforço no seu autocuidado) num contexto enquadrado pelas experiências de doença e de recuperação (Meleis, 2010a). A mesma autora salienta a importância do acompanhamento e suprimento das necessidades das pessoas durante o seu percurso de vida, distinguindo diferentes tipos de transição. Focalizamo-nos nas *transições de saúde-doença* no percurso de vida dos imigrantes, enquadradas nas suas diferentes dimensões: *transição única ou associada a outras transições, entrada e saída claras ou ambíguas, existência ou inexistência de impedimentos, maior ou menor perturbação, perturbação particular ou especialmente profunda, duração breve ou extensa, temporária ou permanente, valorizada positiva ou negativamente, agradável ou desagradável, desejada ou indesejada e previsível ou imprevisível* (Chick & Meleis, 1986, 2010). Ao valorizarmos a apropriação e mobilização das dimensões mencionadas, consideramos o acompanhamento das transições de saúde-doença nos imigrantes pelos enfermeiros, como uma oportunidade relevante na construção das suas competências culturais.

Refletimos no contexto do estudo, de acordo com Meleis (2005, 2010a), sobre o modo como as transições de saúde - doença se sucedem nos imigrantes e se desenvolvem adaptações nos enfermeiros, a partir da interação

e cuidados com estes sujeitos. Consideramos a clarificação deste processo como facilitadora da interpretação das vivências de saúde e de doença nos imigrantes bem como das ações de enfermagem apontadas pela investigação de Meleis et al. (2000), como de *nursing therapeutics*. Entendemos este conceito, de acordo com os mesmos autores, como um conjunto de ações planejadas e implementadas pelos enfermeiros, com vista à promoção consciente de respostas saudáveis e culturalmente congruentes nos sujeitos cuidados. Faz-nos sentido a mobilização desta perspectiva uma vez que, tal como referem os autores, a consciência das transições nos imigrantes, permitirá aos enfermeiros o planeamento de cuidados que previnam ou reequilibrem estas pessoas nos seus processos de saúde-doença.

Na especificidade do suprimento das necessidades de saúde dos imigrantes pelos enfermeiros, focámo-nos na referência de Meleis, de que estes profissionais devem assegurar a clareza no processo de comunicação que estabelecem, como “mecanismo através do qual o sentido é construído” (2010a, p. 20) pelos sujeitos. De acordo com esta perspectiva, consideramo-lo como um elemento central na interpretação nas interações estabelecidas, nos contextos estudados.

Na procura do suporte conceptual para a compreensão da realidade social onde se inscreve o fenómeno em estudo, seleccionamos a perspectiva evolutiva de Bennett (1986, 2004) na construção das competências culturais. A adoção deste autor está ligada à assunção de que os profissionais de saúde em geral (nos seus contextos e áreas específicas), e particularmente os enfermeiros, experienciam diferentes fases na construção das suas competências culturais (Bennett, 1986, 2004). São definidas num continuum do etnocentrismo ao *ethnorrelativism*. O processo inicia-se com uma fase de *negação*, manifestando desinteresse pelas diferenças culturais nas interações estabelecidas. De acordo com esta perspectiva esta fase evolui para uma outra de *defesa* “contra” as diferenças culturais que os profissionais identificam, caracterizando-se a fase seguinte pela *minimização* da importância dessas diferenças. As etapas posteriores são designadas por *aceitação* (construção de uma atitude autorreflexiva), *adaptação* (registando-se mudanças efetivas nos comportamentos) e finalmente de *integração* (capacidade de experienciar

outros tipos de “visão do mundo”), com adoção de uma postura de *ethnorrelativism* (Bennett, 1986, 2004). Enquadramos o desenvolvimento deste *status* caracterizado pelas últimas três fases referenciadas, como compatível com a congruência, flexibilidade e harmonia identificadas com a coerência cultural nos cuidados (Leininger, 1994, 1998; Campinha-Bacote, 2002, 2010; Abreu, 2009, 2011).

De acordo com Degazon, as características étnicas dos sujeitos (entendemo-las bilateralmente na perspectiva das díades de cuidados), remetem-nos para a importância de sentimentos de pertença ao refletirem a partilha de padrões culturais, tais como “crenças, valores, costumes, comportamentos e tradições” (2011, p.153), que coexistem nas situações de interação e cuidados. No mesmo sentido, contextualizamos o conceito de *ethnorrelativism* à capacidade dos enfermeiros relativizarem os seus valores culturais pessoais, profissionais e organizacionais, quando cuidam imigrantes, procurando ativamente e de forma flexível semelhanças, entre pessoas culturalmente diversas, como sugerem Leininger (1994, 1998) e Campinha-Bacote (2011).

Campinha-Bacote (2003, 2011) propôs igualmente uma base evolutiva, processual, para a construção de competências culturais nos enfermeiros que nos fez sentido nos cuidados aos imigrantes. A autora caracteriza as competências culturais nestes profissionais como um processo em que procuram disponibilizar-se de forma contínua para o desenvolvimento da capacidade de trabalho efetivo “dentro” do contexto cultural da pessoa, família ou comunidade (Campinha-Bacote, 2003). Valoriza a motivação inicial que designa como – *desejo cultural* – na interação com os sujeitos de cuidados. O constructo é definido pela automotivação e flexibilidade dos enfermeiros. Estes profissionais deverão construir ativamente semelhanças culturais com as pessoas, aprendendo com elas, garantindo desta forma a coerência cultural nos cuidados. A adoção desta postura de aprendizagem enquadra para os enfermeiros a conotação de “informantes culturais” nas pessoas cuidadas (Campinha-Bacote, 2002). A autora referencia também os constructos de *consciência cultural* – envolvendo a exploração e o autoexame da própria formação cultural dos enfermeiros; de *conhecimento cultural*, na procura e obtenção de saberes sobre valores, crenças e comportamentos de outras

culturas; de *habilidade cultural*, consistindo na capacidade de que os enfermeiros recolham dados relevantes sobre problemas culturalmente baseados e de como executar uma avaliação física por exemplo adequada a especificidades étnicas; e finalmente o *encontro cultural*, referenciado pela autora como o processo que coloca em interação e “face a face”, quem cuida e quem é cuidado, com as suas diferenças culturais. Estes encontros pressupõem uma perspectiva de avaliação da capacidade linguística das pessoas na comunicação estabelecida e a ponderação da utilização de intérpretes. A autora salienta a necessidade da tomada de consciência pelos enfermeiros de que o recurso a familiares/amigos/conhecidos na interpretação da mensagem, pode colocar problemas relacionados com o adequado enquadramento da terminologia utilizada ou com a preservação da privacidade e intimidade de quem é cuidado (Campinha-Bacote, 2002), que consideramos particularmente relevante no contexto do estudo. Adotámos estes constructos como referente inicial nesta investigação.

Os encontros nas díades em contextos multiculturais de cuidados são por vezes caracterizados pela vivência de confrontos, conflitos e desafios culturais, identificados como momentos de tensão, resolúveis com a adequada negociação entre partes como referencia Leininger (1997, 1998). Campinha-Bacote (2011) valoriza estes momentos como oportunidades de desenvolvimento da *compaixão* nos enfermeiros, pela possibilidade de compreensão das situações do ponto de vista do “outro” cuidado e de reflexão sobre si mesmos. Estas autoras identificam constrangimentos nas tomadas de decisão dos enfermeiros relacionados com estereótipos de pares ou outros profissionais, relativos aos imigrantes e ao seu processo de saúde-doença. Vega (2010) enfatiza a frequência destas constatações nos contextos de cuidados, expressas de forma implícita ou explícita. Entendemos aqui por estereótipos “a representação de (...) pessoas mais ou menos desligada da sua realidade objetiva, partilhada pelos membros de um grupo social com alguma estabilidade” (Bardin, 2011, p.53), incluindo o registo nos profissionais de saúde de, em concordância com a *American Academy of Nursing* “uma conceção, imagem, opinião ou crença simplificadas e *standardizadas* acerca de pessoa ou grupo” [AAN] (2000, citado em Giger et al., 2007). Consideramos

a maior ou menor probabilidade destes constrangimentos nos enfermeiros, de acordo com a sua consciência cultural. Ao entenderem esta como um processo deliberado e reflexivo que deverão desenvolver na sua ação com imigrantes o risco de mobilização de estereótipos ou de imposição cultural será rapidamente prevenido (Campinha-Bacote, 2011; Purnell, 2011).

Refletimos sobre o processo de diferenciação pessoal e profissional dos enfermeiros, em contexto e a partir do contexto, como promotor da construção de identidade(s) entre quem cuida e quem é cuidado – “o nós e os outros” (Josso, 1991, 2002; Dominicé, 1996). Cabe aqui a perspetiva de Amendoeira, na reflexão do *processo de cuidados*, como transversal à prática clínica de enfermagem. Na lógica deste autor as interações nas díades, produzem-se no processo de cuidados, onde o foco de atenção do profissional é a pessoa e onde o enfermeiro possui “conhecimentos específicos que lhe permitem fazer o diagnóstico e o planeamento do cuidado que ele próprio executa e controla” (Amendoeira, 2000, p.73). Questionamo-nos como poderemos contextualizar o desenvolvimento deste processo de “uns” para os “outros”, ou “uns com os outros”, quando falamos de multiculturalidade em cuidados? Como se desenvolve o planeamento, a execução e o controle dos cuidados, quando o “centro de interesse” são pessoas imigrantes? A que especificidades precisamos de olhar para a produção de cuidados culturalmente eficazes? Como deve ser direcionada e desenvolvida a avaliação inicial no processo de cuidados com estas pessoas?

Colhemos os subsídios de Abreu (2011), na importância da problematização da natureza do trabalho dos enfermeiros remetida à realidade social do nosso objeto de estudo – construção das suas competências culturais com sujeitos imigrantes. Para este autor, é possível identificarem-se essencialmente quatro componentes na vivência dos processos de transição nos sujeitos individuais, respetivas famílias e nas próprias vivências dos profissionais que nos fazem sentido: a *cognitiva* (conjunto de saberes do enfermeiro sobre a pessoa de quem cuida e a sua situação de saúde - doença), a *processual* (de acordo com a informação obtida, gestão e transposição para a prática clínica), a *avaliativa* (processos de reflexão e análises comparativas nas intervenções) e a

emocional (relativa à gestão das suas emoções e à forma como mobiliza e investe na avaliação da condição e evolução da saúde das pessoas).

Giger e Davidhizar na década de noventa, desenvolveram um modelo de avaliação transcultural essencialmente focalizado nos cuidados prestados a partir de uma perspetiva de enfermagem culturalmente congruente. Enfatizam a possibilidade de que este modelo possa ser utilizado transversalmente pelos diferentes profissionais da equipa de saúde, igualmente sublinhada por outros autores (Tortumluoglu, 2006; Purnell, 2011). Para Abreu, este modelo “detém como propósito central proporcionar o acesso a informação suscetível de ser negligenciada devido a barreiras culturais” (2011, p. 83). Nesta perspetiva, valorizamos as suas potencialidades neste estudo, relativamente à análise interpretativa dos dados obtidos nas unidades de saúde, com os participantes. Giger e Davidhizar partem da premissa de que a diversidade de culturas socialmente constatadas se caracteriza por fatores comuns de organização entre si. Identificam seis fenómenos culturais básicos que entendem influenciar a experiência de saúde-doença e consequentemente a implementação de cuidados de enfermagem transculturais: *comunicação* (verbal e não verbal; consideram como elementos suscetíveis na sua avaliação – dialeto, estilo, volume e silêncio, toque, contexto do discurso, gestos e direção do olhar); *espaço* (referente à manutenção da distância adequada entre indivíduos na interação, respetivos níveis de conforto e noção de intimidade); *organização social* (como meio onde as pessoas crescem, vivem e desempenham os seus papéis sociais culturalmente determinados, com especial relevância no desenvolvimento da sua consciência étnica e organização das atividades pessoais no quotidiano); *orientação temporal* (na forma como o tempo é valorizado na organização das vidas das pessoas: podendo ser associado ao crescimento e desenvolvimento pessoais ou visto como uma “entidade” externa ao controle pessoal no seu percurso biográfico); *controle ambiental* (relativo à capacidade de controlar, planear e intervir nos fatores ambientais, com as respetivas possibilidades de recurso a diferentes práticas terapêuticas nos processos de saúde - doença) e finalmente as *variações biológicas* (incluindo a estrutura física das pessoas, a cor da pele, variações enzimáticas e genéticas, padrões eletrocardiográficos, suscetibilidade a doenças, preferências e

deficiências nutricionais e características fisiológicas) (Dowd, Giger & Davidhizar, 1998; Davidhizar & Giger, 2001; Giger et al., 2007). Concordamos com Tortumluoglu (2006), ao sugerir que apesar da exaustividade das dimensões descritas por estes autores face aos conceitos que registamos, dificilmente elas cobrirão a diversidade cultural passível de ser encontrada em contextos multiculturais de cuidados.

Abreu (2011), procedeu a uma evolução da perspetiva de Giger e Davidhizar, após algumas experiências na sua mobilização. Desenvolveu um modelo explanatório onde valoriza “ as representações, as opiniões e as experiências pessoais de saúde e de doença; tenta-se indicar um conjunto de interrogações que permitam caracterizar as transições – a sua natureza, as temporalidades, a forma como são percebidas pelo sujeito – e expectativas face à intervenção profissional” (Abreu, 2011, p. 87). A mobilização desta abordagem fez-nos sentido na construção das competências culturais nos enfermeiros. Este autor identifica diversos itens para a recolha de dados no momento de avaliação inicial designando-o de “anamnese cultural” (Abreu, 2009, 2011). Salienta a importância de que esta recolha de informação seja contextualizada às particularidades das unidades de cuidados de saúde, relevando a necessidade de que os enfermeiros saibam gerir “o que, quando e como” questionar as pessoas. Enfatiza a “relação de confiança recíproca”, para uma colheita de dados culturalmente adequada. Esta linha de pensamento vai ao encontro de Leininger (1994, 1998), que referencia a importância da “confiança” como base da relação terapêutica na enfermagem transcultural.

De acordo com o ideal de procura de uma gestão adequada na recolha de informação para uma intervenção culturalmente específica pelos profissionais de saúde, enfatiza-se atualmente em Portugal e na Europa o conceito de “unidades de saúde culturalmente recetivas” (Silva & Martingo, 2007). O desenvolvimento destas unidades assenta numa base de competências culturais nos técnicos de saúde. Com profissionais culturalmente competentes, perspetiva-se a evolução gradual destes contextos de cuidados tornando-os mais abertos, adaptados às diversidades culturais, com mais fácil e mais rápido acesso a intérpretes (WHO, 2010a, 2010b; Rechel et al., 2011; Durieux-Paillard, 2011). Em Portugal, a especificidade deste tipo de intervenção parece

contudo encontrar-se aquém da visibilidade esperada, registando-se de entre outras possíveis razões, o “insuficiente treino e sensibilidade cultural entre os profissionais” (Nunes, 2009, p. 55).

Acreditamos tal como Abreu, que a visibilidade da avaliação cultural nos imigrantes, poderá dar um importante contributo na sensibilização dos enfermeiros, ao proporcionar-lhes “um meio para compreender as experiências dos utentes na vivência das transições de saúde – doença” (2011, p.92). Na mesma lógica, relevamos as potencialidades da investigação da prática clínica na multiculturalidade, como um contributo relevante para o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina.

De acordo com Costa, valorizamos a ação de cuidar como contributiva na construção das competências dos enfermeiros em contextos multiculturais. Esta ação surge definida pela autora como “mediada por processos de negociação (os sujeitos podem negociar modos e meios de ação, de partilha e de interação, cujas fronteiras eles mesmo estabelecem)” (Costa, 2008, p.83), cuja contextualização nos faz sentido na especificidade da coerência cultural nas díades de cuidados com imigrantes.

A procura do processo de construção das competências culturais nos enfermeiros neste estudo, coloca-nos numa perspetiva bidimensional por via dos diferentes sujeitos envolvidos, “uns” – os enfermeiros, porque são responsáveis pelo planeamento, desenvolvimento e avaliação dos cuidados, e os “outros” – os imigrantes porque são foco da atenção profissional dos primeiros. Esperámos identificar a partir destes participantes, a “face visível” das competências culturais dos enfermeiros, quando ajudados no seu processo de “experiências humanas de transição, no qual a saúde e o bem-estar podem ser considerados resultados da intervenção” (Abreu, 2011, p.23).

Valorizamos de acordo com Burgess (1997), Josso (1991, 2002) e Costa (1998, 2008), as vivências e percursos de vida dos enfermeiros como podendo refletir as suas trajetórias profissional e educativa. Burgess (1997) sublinha que estas trajetórias transmitem a história socioprofissional dos sujeitos, numa perspetiva dinâmica, constituindo-se numa interessante fonte de produção de dados neste estudo.

Neste capítulo interessou-nos explorar as dimensões que considerámos intimamente relacionadas com a coerência na prática clínica nas díades de cuidados, para consciencialização e teorização sobre o fenómeno da construção das competências culturais nos enfermeiros.

Visámos um suporte na análise e interpretação dos dados face aos sentidos das ações inquiridas e observadas e à sua contextualização aos momentos em que foram desenvolvidas pelos sujeitos (Poirier et al., 1999; Hammersley & Atkinson, 2007; Ray et al., 2013). Nesta lógica, procurámos referenciais essenciais que suportassem a forma como “olhamos” o objeto de estudo, definindo as inter-relações teórico-conceptuais que apresentamos na Figura 3.

No capítulo seguinte damos conta da estrutura e sequência de produção de dados que desenvolvemos de acordo com o movimento indutivo e interpretativo da investigação.

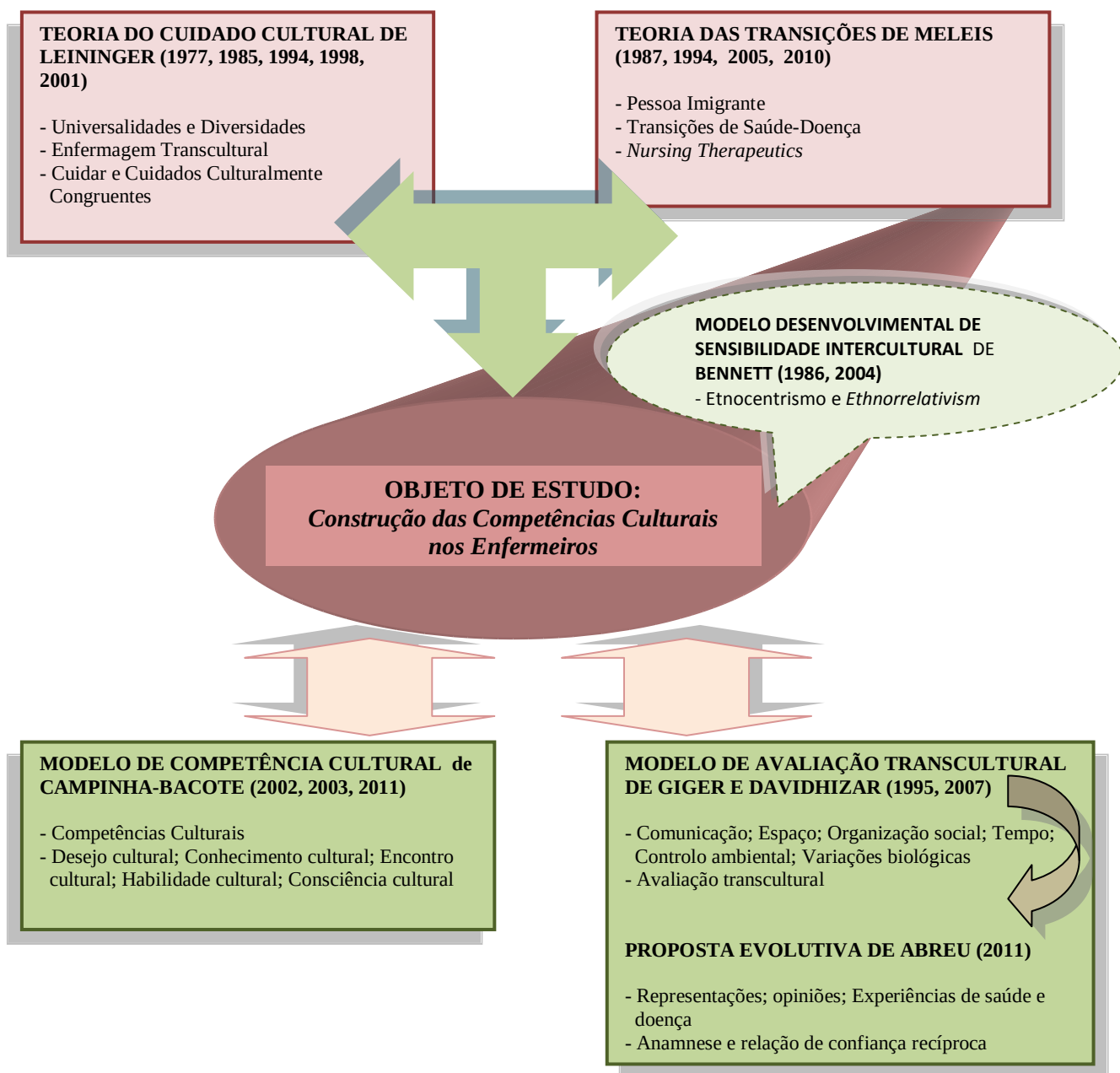


Figura 3. A Seleção Teórico-Conceptual para Estudo da Construção das Competências Culturais nos Enfermeiros

PARTE II

**A APROPRIAÇÃO DOS SIGNIFICADOS NA CENA
CULTURAL DOS CUIDADOS**

3- VISANDO A ESTRUTURA DE PRODUÇÃO DE DADOS COM ENFERMEIROS E IMIGRANTES

“Aqueles que só caminham muito lentamente podem avançar muito mais depressa se seguirem o caminho direito do que aqueles que correm afastando-se dele”

René Descartes

De acordo com a perspetiva teórica descrita, em resposta à problemática desta investigação e considerando a lógica indutiva e interpretativa que adotámos, valorizámos os significados atribuídos pelos sujeitos nos contextos de interação, como sugerem Hammersley e Atkinson (2007).

Assumido o paradigma qualitativo e etnográfico de investigação, propusemo-nos reconstituir com os participantes, num total de cinquenta e dois (vinte e três enfermeiros, vinte e sete imigrantes, uma mediadora cultural e um médico), os significados do processo de construção das competências culturais nos enfermeiros. Na Figura 4 representamos a caracterização destes participantes, códigos atribuídos para a mobilização da respetiva produção de dados de acordo com as técnicas utilizadas na sua recolha e os períodos temporais *in situ*, à exceção dos dois grupos de discussão que desenvolvemos, cuja caracterização faremos especificamente nos pontos 3.3, 3.3.1 e 3.3.2. Os onze participantes destes grupos (enfermeiros e imigrantes), integram o número total apresentado na Figura, na proporção que adiante explicitaremos nos pontos mencionados.

Embora tal como apontou Gerrish, estivéssemos conscientes de que a concretização da nossa “tarefa como etnógrafa” desejavelmente se compatibilizaria com “um mínimo possível de ideias pré-concebidas” (2005, p.93), considerámos ainda assim e em favor da clareza da análise interpretativa do fenómeno em estudo, que a reconstrução da realidade social das competências culturais nos enfermeiros, se articularia para nós com a lógica processual descrita por Campinha-Bacote (2002, 2003, 2011).

Enfermeiros, Mediadora Cultural e Médico (voluntários para o estudo)								
Sexo/Nº de Participantes		Idade	Anos de Profissão	Formação Profissional	Unidade de Saúde	Situação Observada em Observação Participante (O.P) Entre setembro de 2011 e outubro de 2012	Entrevistas Obtidas (E.Enf.; E.Med.; E.MC) Entre outubro de 2010 e setembro de 2012	Narrativas Obtidas (Na.Enf) Entre outubro de 2011 e janeiro de 2012
M	F	32>55 anos	8>28 anos	Enfermagem: › 1º ciclo › 2º ciclo: - Saúde infantil e pediátrica - Saúde materna e obstetrícia - Enfermagem comunitária ----- Medicina Familiar Mediação Cultural	2 UCC	Visitas Domiciliárias (famílias cabo-verdiana, paquistanesa e romena)	a)E.Enf.I até E.Enf.IV 3 Enfermeiros portugueses; 1 moldava + b)E.Med.I 1 Médico espanhol + c)E.MC.I 1Mediadora cultural cabo-verdiana	8 de Enfermeiros Portugueses Na.Enf.I até Na.Enf.VIII
2	23							
					1 USF	Consultas de enfermagem no âmbito de: -Planeamento familiar -Saúde Materna -Saúde infantil		
					Sub total das O.P: 14 Enfermeiros			
Imigrantes (voluntários para o estudo)								
Sexo /Nº de participantes adultos		Idade /participantes adultos	Unidade de Saúde	Situação Observada em Observação Participante (O.P) Entre setembro de 2011 e outubro de 2012	Entrevistas formais Obtidas (E.Im.I até E.Im.IV) Entre outubro de 2011 e setembro de 2012	Narrativas Obtidas (Na.Im.I até Na.Im.IV) Entre outubro de 2011 e janeiro de 2012		
M	F	19>54 anos	UCC	Visitas Domiciliárias a famílias (cabo-verdiana, paquistanesa e romena)	2 Imigrantes moldavas	2 Imigrantes ucranianos		
6	21		USF	Consultas de enfermagem no âmbito de: -Planeamento familiar -Saúde materna -Saúde infantil	2 imigrantes brasileiras	2 imigrantes brasileiras		
			Subtotal O.P: 23 imigrantes					

Figura 4. Caracterização dos Participantes do Estudo – recolha de dados e períodos temporais.

Pretendemos descrever as cenas culturais nos contextos de cuidados já referenciados, utilizando o investigador como instrumento e aprendendo com as pessoas (Spradley, 1980; Streubert & Carpenter, 2013; Brink, 2013), conscientes da tensão inerente aos estudos etnográficos entre “investigador enquanto investigador” e “investigado enquanto membro da cultura”, produtora de reflexividade. Esta lógica é também apontada no estudo de Gerrish (2005)⁶ e por Hammersley e Atkinson (2007), na própria conceção de etnografia.

Ao definir no desenho do estudo as diferentes técnicas de recolha de dados para a investigação, visámos a construção de uma corrente lógica de evidência numa perspetiva recursiva de recolha e análise de dados, tal como sugerem Miles e Huberman (1984, 1994) e Streubert e Carpenter (2013), que nos permitisse a elaboração de uma heurística compatível com a caracterização das competências culturais nos enfermeiros para cuidarem imigrantes.

Os sujeitos – enfermeiros e imigrantes, foram-se voluntariando para o estudo, “abrindo caminho ao investigador” através de “bola de neve” de uns para os outros de acordo com o que apontam Burgess (1997) e Flick (2005), à medida que permanecíamos no terreno e que íamos experienciando progressivamente no contexto, os diferentes papéis de estranho a membro, na linha do que referem estes autores.

A mobilização de outros participantes, na recolha de informação – mediadora cultural de organização prestadora de cuidados de saúde e médico de unidade de saúde familiar, proporcionou-nos a garantia de validade interna do estudo, pelo domínio conceptual sobre o fenómeno, tal como sugerem Durand e Blais (2003). Estes dois participantes foram assim mobilizados com um estatuto de “informante- privilegiado”, posto que de acordo com Poirier et al., os considerámos como “personalidades «charneira» (...) cuja posição social e circunstâncias de vida os dotaram de relações numerosas e diversas, nos diferentes sectores da sociedade” (1999, p.103). Considerámo-los desta

⁶Esta autora reporta-se especificamente ao seu papel “duplo” enquanto enfermeira e enquanto investigadora etnográfica em situação de visita domiciliária a pessoas de grupos étnicos minoritários, com uma experiência no terreno semelhante à que vivenciámos.

forma nos contextos de cuidados de saúde a pessoas imigrantes, neste estudo. Relativamente à entrevista da mediadora cultural, atribuímos-lhe um duplo estatuto, uma vez que foi igualmente mobilizada na fase exploratória desta investigação⁷.

Utilizámos como técnicas de recolha de dados no desenho etnográfico deste estudo: a análise de narrativas escritas de enfermeiros e imigrantes das referidas unidades de saúde, observação participante de momentos de interação e desenvolvimento de cuidados de enfermagem a imigrantes, entrevistas etnobiográficas a enfermeiros, a imigrantes e também aos informantes privilegiados referidos, cujo planeamento colocamos em Anexos II, III e IV, de acordo com as suas especificidades (respetivamente: a enfermeiros, imigrantes e médico, para além da mediadora cultural, cujo guião já referenciámos anteriormente, podendo ser consultado em Anexo I); utilizámos ainda na fase final de análise dos dados, dois grupos de discussão (um de enfermeiros e um de imigrantes).

Relativamente à utilização de diferentes técnicas fizemo-la em concordância com Streubert e Carpenter, uma vez que considerámos tal como estes autores que “o uso de múltiplos métodos de colheita de dados é importante pois aumenta a credibilidade dos resultados” (2013, p. 206). Suportámo-nos ainda na perspectiva de Poirier et al. (1999) que sugerem a importância da confrontação de diferentes fontes documentais pelo investigador, na busca de um “pano de fundo” para referência, assegurando a validade do processo de pesquisa.

O trabalho de campo ocorreu por períodos intermitentes entre setembro de 2011 e outubro de 2012, à exceção da entrevista à mediadora cultural, uma vez que esta se concretizou anteriormente – em outubro de 2010, pelas razões ligadas à fase exploratória da investigação atrás mencionadas.

Optámos pelo desenvolvimento do estudo em cuidados de saúde primários pelas possibilidades constatadas, de melhor acesso e desenvolvimento da investigação.

⁷Cf. ponto 1.2 (págs. 35-36) onde explicitamos os contributos desta entrevista para o processo de estabilização da questão de investigação.

Por outro lado considerando o relatório Mighealthnet, sobre o estado da arte em Portugal (Fonseca et al., 2009) e a perspetiva de Machado et al. (2010), identificámos que os cuidados de saúde primários são frequentemente a “porta de entrada” para os imigrantes no serviço nacional de saúde, nomeadamente por via da promoção da saúde e prevenção da doença na área da saúde infantil (dos filhos dos imigrantes) numa primeira fase no país de acolhimento; assumimos esta constatação como compatível com a continuidade da adesão aos cuidados destes sujeitos ao longo do estudo e portanto com a nossa garantia de acessibilidade e continuidade na investigação.

3.1- EM OBSERVÂNCIA ÀS QUESTÕES ÉTICAS NOS CONTEXTOS

Definido o desenho deste estudo, clarificamos as preocupações éticas como investigadora, sendo que elas se prenderam em primeiro lugar com a proteção dos sujeitos envolvidos.

Sentimos necessidade de conciliação entre a clareza nos objetivos da investigação e a utilização dos diferentes métodos para a recolha de dados que nos propúnhamos utilizar, sem que se registassem constrangimentos nos sujeitos estudados nem a perda da espontaneidade desejada na obtenção do material de campo (Flick, 2005; Streubert & Carpenter, 2013).

Neste sentido cientes da delicadeza das situações de observação participante, nas situações de cuidados em casa dos imigrantes ou nas unidades de saúde, e ainda no que se referia ao tratamento dos dados relativos às narrativas e entrevistas obtidas e nas situações dos grupos de discussão, comprometemo-nos como aliás se nos impunha como investigadora e enfermeira, a respeitar plenamente:

- O sigilo e a privacidade na recolha de dados em todos os métodos utilizados, bem como o anonimato dos diferentes intervenientes em interação e nos cuidados. Fizemo-lo nos momentos iniciais de contacto com os sujeitos, recorrendo à clarificação e preenchimento do termo de consentimento informado com cada um deles tal como propôs Crête, entendendo este como “a ideia de que o sujeito eventual deve ter bastante informação – sobre o que lhe

será pedido e para que fins esta informação será usada” (2003, p.243). Anexamos os diversos tipos de documentos, de acordo com a especificidade dos sujeitos e/ou das técnicas de recolha de dados a utilizar nos diferentes momentos da sua colheita (Anexo V – termos de consentimento informado).

A forma como desenvolvemos a codificação na análise temática dos dados estabelecemo-la de acordo com Poirier et al.(1999), Bogdan e Biklen (2010) e Bardin (2011), nas narrativas e entrevistas efetuadas, como explicitaremos adiante de forma detalhada⁸, permitindo-nos que aquando da sua utilização, não fosse possível o reconhecimento dos participantes em termos individuais nem institucionais. Da mesma forma, o tratamento e a mobilização dos dados em observação participante (Spradley, 1980) e nos grupos de discussão (Gauthier, 2003; Geoffrion, 2003), acautelaram a possibilidade do mesmo tipo de reconhecimento com a codificação estabelecida.

Como investigadora em situação de observação participante beneficiando ainda do estatuto profissional de enfermeira obrigada pelo Código Deontológico, a “guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão” (OE, 2009a), sentimos reforçada a garantia para os sujeitos da discrição no acesso e na nossa postura no terreno, por estarmos desde logo obrigada ao “dever do sigilo”, previsto no artº 85º do referido documento.

Especificamente em relação ao desenvolvimento do texto introdutório do termo de consentimento informado para os imigrantes, tivemos em conta a necessidade de acautelar a complexidade excessiva para estes “destinatários”. Como sabíamos, estes sujeitos previsivelmente poderiam apresentar limitações ao nível da compreensão da língua e na apropriação cultural do próprio conceito do processo de investigação face ao envolvimento que lhes solicitávamos, como apontam diversos autores (Vega, 2010; Meleis et al., 2000; Durieux-Paillard, 2011). Foi neste sentido que previmos a possibilidade de solicitação de intérprete para a leitura do texto do documento se isso se tornasse mais confortável, embora não se tivesse registado posteriormente necessidade disso.

⁸Cf. ponto 3.2 (págs.80-85).

Comprometemo-nos com todos os sujeitos, na utilização das técnicas de observação participante, entrevista, narrativa escrita e grupo de discussão, com absoluto respeito pela sua liberdade individual e intimidade, de acordo com o artº 86º do Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2009a) “do respeito pela intimidade”, com o rigor no tratamento dos dados que já referenciámos. Acordámos com os participantes o cumprimento dos seguintes princípios:

- Em qualquer dos momentos de colheita de dados haveria lugar a interrupção, se tal vontade fosse manifestada, de forma direta ou indireta (quer no caso de sujeitos imigrantes, quer no de enfermeiros, quer no dos informantes privilegiados).
- Se registássemos qualquer manifestação de indecisão ou não adesão aos momentos de desenvolvimento das técnicas de investigação referidas, não avançaríamos com a recolha de dados.

Nenhuma das situações descritas se registou sendo que, cientes da necessidade de manutenção de todos os princípios éticos no decurso do processo de investigação, concentrámos todo o esforço no sentido da clareza do nosso objetivo como investigadora, da clarificação da finalidade do estudo e da garantia do sigilo e anonimato de sujeitos, serviços e dados.

Solicitámos parecer da Comissão de Ética da Universidade do Porto, para o desenvolvimento do estudo em abril de 2011, após autorização da Direção Executiva do Agrupamento de Centros de Saúde selecionado (Anexo VI) que havíamos obtido em setembro de 2010).

Em julho de 2011, obtivemos o parecer favorável ao desenvolvimento do estudo pela referida Comissão de Ética, que colocamos em anexo (Anexo VII), sendo que iniciámos o acesso ao terreno.

3.2- DA DEFINIÇÃO DAS TÉCNICAS À APREENSÃO DO REAL INVESTIGADO

Com a produção de dados obtida pela conjugação das diferentes técnicas utilizadas constituímos a base de dados, cuja análise nos foi possibilitando respostas à problemática em estudo.

Compôs-se assim pelos registos escritos das narrativas, registos gravados em suporte digital das entrevistas etnobiográficas, registo descritivo das notas de campo das diferentes fases de observação participante e registo igualmente gravado dos momentos dos dois grupos de discussão desenvolvidos. A transcrição foi efetuada com margens laterais alargadas (para anotações que foram sendo elaboradas a par do tratamento do material discursivo), e numerada de forma sequencial, visando a posterior descontextualização e identificação dos excertos, no *corpus* obtido.

A codificação dos dados foi sendo feita de forma progressiva e interligada, de acordo com as etapas de produção de dados desenvolvidas, desde o acesso ao terreno, em que explicitámos os nossos interesses e procurámos que os sujeitos cooperassem connosco (Bogdan & Biklen, 2010; Streubert & Carpenter, 2013), até à identificação dos padrões culturais (Spradley, 1980; Brink, 2013) na cena cultural – interação e cuidados a imigrantes – após validação e reinterpretação dos dados com os grupos de discussão (Gauthier, 2003; Geoffrion, 2003).

Sabendo que este seria um processo que se operaria em diferentes níveis de desenvolvimento e num contínuo de redução e síntese do material para um mais elevado nível de abstração (Miles & Huberman, 1984, 1994; Flick, 2005), a partir dos diferentes tipos de sujeitos e de momentos nos contextos de cuidados, perspetivámos a identificação das especificidades culturais que iriam: emergir na base de dados total até à caracterização específica das cenas culturais (Spradley, 1980) enquadradoras do processo de construção de competências culturais nos enfermeiros.

Com o desenvolvimento desta sequência cujo algoritmo apresentamos na Figura 5, designado de “diagrama sequencial de produção de dados”, visámos a construção da corrente lógica de evidência do estudo. Tal como referiram Miles e Hubermann (1984, 1994), no seu “todo” esta formou mais do que a

“soma das partes”, com ligações e estatutos que fomos a passo e passo atribuindo aos dados nas diferentes fases de análise que desenvolvemos. De acordo com o que estabelecemos no mesmo diagrama, fomos estruturando a recolha e a análise dos dados, num processo simultâneo, corporizando um movimento crescente de complexidade e profundidade analítica.

Considerámos a possibilidade desta opção a favor da análise interpretativa da organização social e da cultura dos enfermeiros e dos imigrantes, nas unidades estudadas, favorecendo a integração dos dados empíricos com a perspetiva teórica selecionada, como sugerem Hammersley e Atkinson (2007) e Brink (2013).

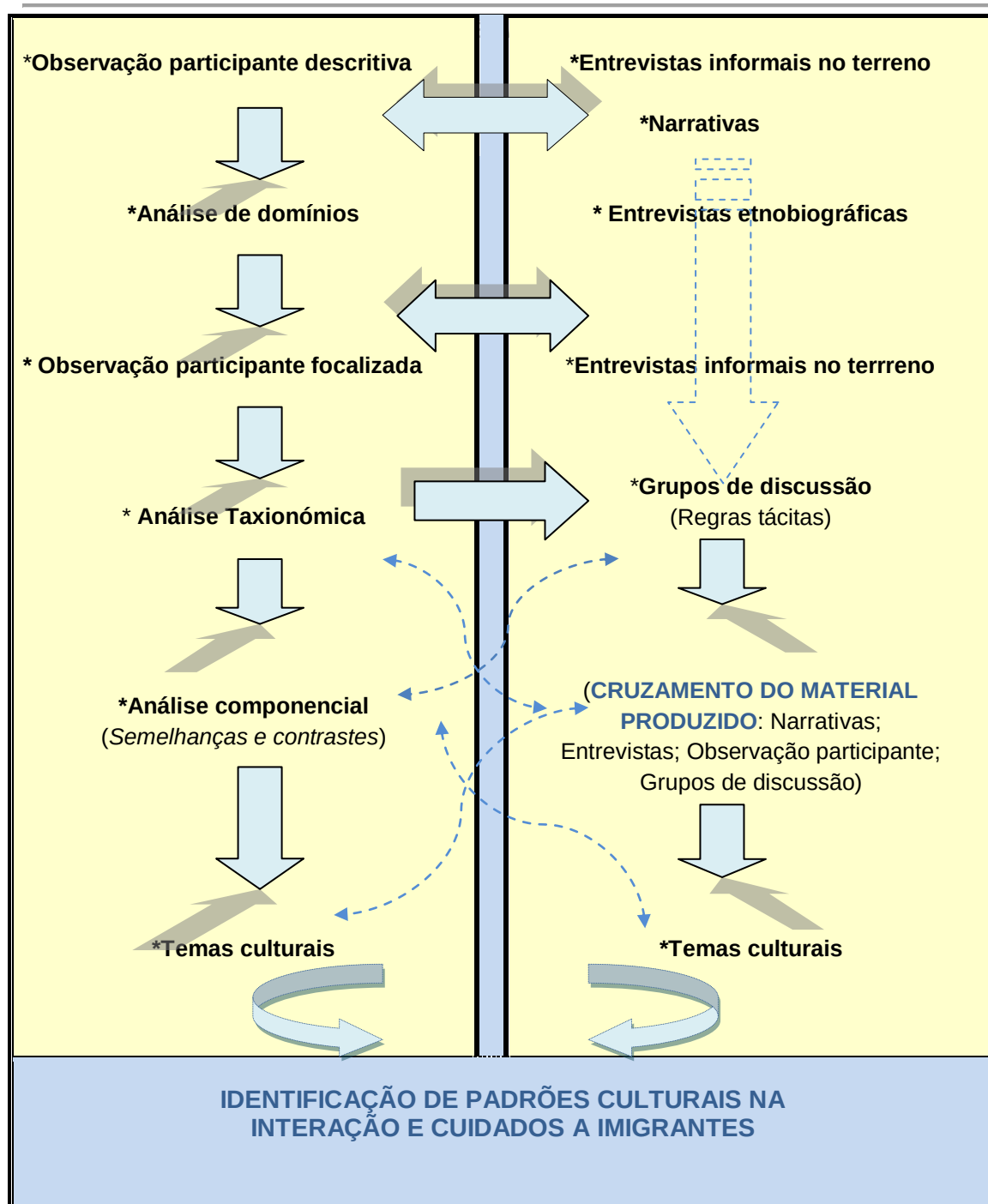


Figura 5. Diagrama Sequencial de Produção de Dados na Pesquisa de Terreno da Cena Cultural – Interação e Cuidados a Imigrantes

No terreno como observadora participante

Propusemo-nos envolver como observadora participante, no contexto das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros nas unidades de saúde seleccionadas para o estudo, percebendo o que acontecia, ouvindo o que era

dito entre sujeitos, fazendo-lhes questões (com entrevistas formais ou informais) enfim, como referiram Hammersley e Atkinson (2007), essencialmente “imerso” no terreno para recolher dados que nos trouxessem luz ao foco de estudo.

Para avaliação inicial da viabilidade da observação participante na situação social que nos propúnhamos estudar – momentos de interação e momentos de cuidados entre enfermeiros e imigrantes – tivemos em conta os critérios propostos por Spradley (1980) de: *simplicidade, acessibilidade, descrição, permissividade, frequência regular nas atividades e participação*.

Em respeito ao critério de *simplicidade*, considerámos a situação social em causa como individualizável, limitada no campo de ação dos sujeitos e suscetível de ser observável nos contextos planeados (nas unidades de saúde e nos domicílios dos imigrantes).

Quanto ao critério de *acessibilidade*, o duplo estatuto de enfermeira e investigadora que detínhamos, reconhecido pelos enfermeiros e médicos da unidade viabilizou-nos essa oportunidade, formalmente legitimada e informada pela autorização do diretor executivo do respetivo agrupamento de centros de saúde (ACES), como já referimos.

Em relação ao acesso a momentos de interação nas díades, colocava-se a questão do “onde e como encontrar tais pessoas”, uma vez que em relação aos imigrantes, não se tratava de sujeitos “naturalmente presentes em dada situação” (Flick, 2005, p. 60), ao contrário dos enfermeiros que encontrávamos naturalmente nos seus locais de trabalho. Este aspeto tornou-se importante de acordo com a necessidade de prever e planear adequadamente a nossa permanência em campo. Para ultrapassar esta questão definimos mensalmente, com as enfermeiras coordenadoras das unidades de saúde em causa, os momentos das visitas domiciliárias ou das consultas de enfermagem que iríamos observar, baseadas no seu agendamento prévio.

No que respeitou ao critério de *descrição*, optámos por manter uma bata branca vestida nos períodos de observação, tal como a que usavam os enfermeiros, quer na unidade de saúde familiar, quer nas unidades de cuidados na comunidade em visita domiciliária, que nos assemelhasse e melhor permitisse o acesso à cultura e saberes indígenas do contexto, como refere Houle (2003). No mesmo sentido, na forma como nos “vestimos” e

posicionámos no respetivo espaço físico e social da situação, procurámos lugares discretos para “posto” de observação. Nos gabinetes de consulta e em casa dos imigrantes, os enfermeiros apresentaram-nos como “uma colega enfermeira que está a desenvolver um estudo”. Tentámos desta forma como referiu Crête “evitar os artefactos criados pela intervenção do investigador com o sujeito, tais como as reações do sujeito” (2003, p. 244).

Do critério *permissividade*, referimos que para além das autorizações formais apresentadas a “instâncias superiores” já referidas, considerámos as situações onde desenvolvemos a observação, como de “entrada limitada” de acordo com a tipologia de Spradley (1980), uma vez que foi necessária a autorização prévia para condução da investigação. Conseguimos contudo facilmente o apoio dos sujeitos nas unidades, nomeadamente enfermeiros facilitando o acesso a todos eles nos contextos, “minimizando desconfianças” (Flick, 2005) e sinalizando-nos os momentos de interação e cuidados que poderíamos observar. Assumiram desta forma espontaneamente o papel de *gatekeepers* apontado por Hammersley e Atkinson (2007), tal como necessitávamos para o decurso da investigação.

Neste mesmo sentido, consideramos que fomos natural e progressivamente negociando o cumprimento dos critérios de *frequência regular nas atividades e participação* com os sujeitos em campo, desenvolvendo a aliança de trabalho entre estes e a investigadora no contexto, baseada em confiança mútua e objetivos claros para ambas as partes. A frequência regular nos contextos e o progressivo desenvolvimento de relações interpessoais entre participantes da situação social em estudo e nós mesmos, foram-nos clarificando como “olhávamos” para os outros e como “nos víamos” na cena cultural a investigar, experienciando a reflexividade no papel de investigadora bem como em diferentes atividades na própria realidade social (Spradley, 1980; Flick, 2005; Hammersley & Atkinson, 2007; Brink, 2013).

A situação social a observar prévia foi assim delimitada aos momentos de interação que ocorressem entre enfermeiros e pessoas imigrantes, identificando a interação de acordo com Marc & Picard como “um processo de comunicação interpessoal (...) um fenómeno social, firmado num quadro espaço temporal de natureza cultural, marcado por códigos e rituais sociais” (n.d., p. 12). Os momentos de cuidados de enfermagem a imigrantes foram

igualmente considerados, na perspectiva apontada por Leininger (1994, 1998) do conjunto de ações necessárias e personalizadas, planeadas pelos enfermeiros para ajudarem as pessoas a manter o seu estado de saúde ou a recuperar de processos de doença.

Desta forma desenvolvemos observação participante em diferentes espaços físicos, sendo que na unidade de saúde familiar (USF), ocorreu essencialmente em gabinetes dos enfermeiros, aquando das consultas de enfermagem (como ilustramos na Figura 6), mas também nas salas de espera e corredores. Decorreu também em casas de imigrantes, no caso das três famílias que acompanhámos em visita domiciliária, com as respetivas enfermeiras (e técnicas de serviço social) nas duas unidades de cuidados na comunidade (UCC) em que decorreu o estudo (conforme ilustramos na Figura 7).

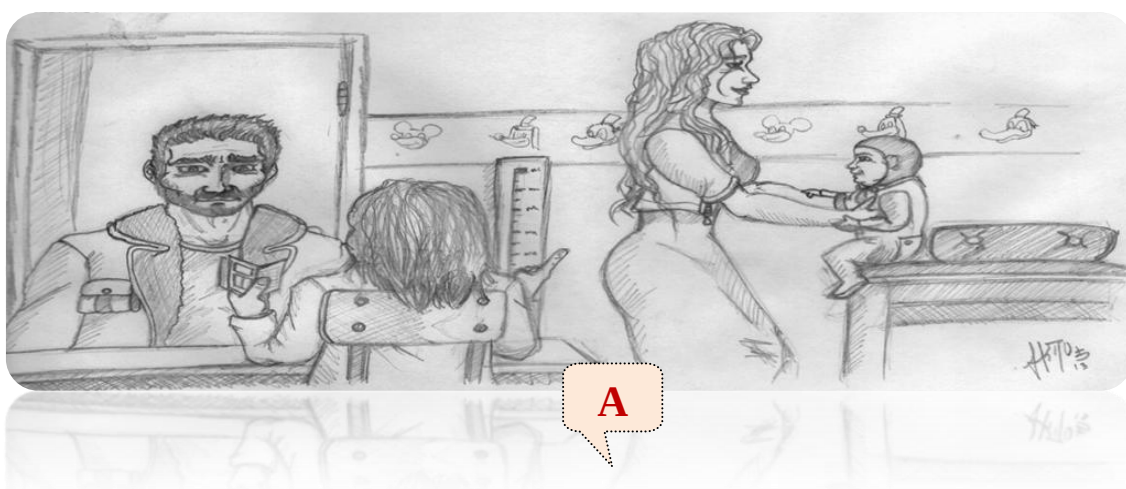


Figura 6. Ilustração de Cena Cultural Observada na Unidade de Saúde Familiar no Gabinete de Enfermagem com Família de Imigrantes – com o posicionamento “A” como observadora (sentada) durante a consulta com enfermeira.

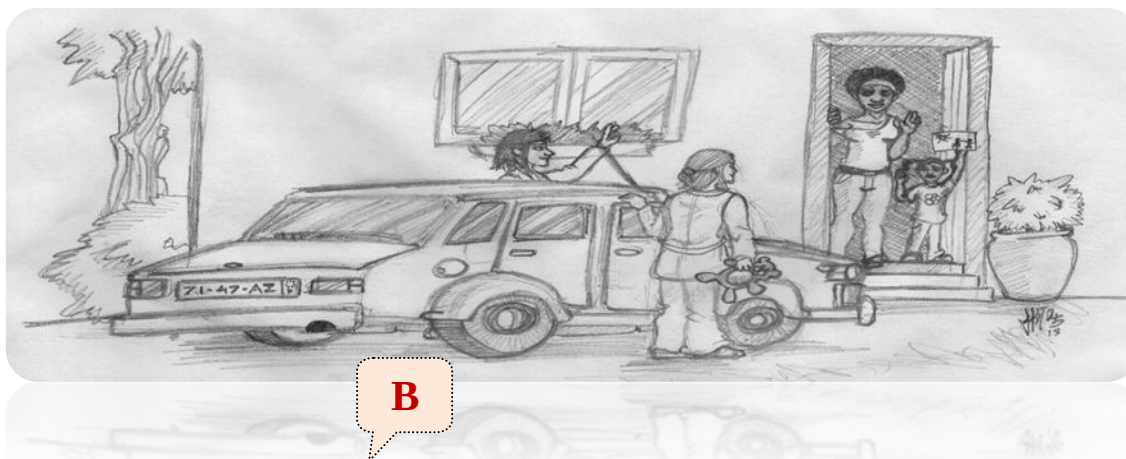


Figura 7. Ilustração de Cena Cultural Observada em Visita Domiciliária a Casa de Imigrantes, com Enfermeira (com brinquedo) e Técnica do Serviço Social – com o posicionamento “B” como observadora à chegada.

Desenvolvemos numa primeira fase observação participante descritiva, com um tipo de envolvimento na situação, que foi gradualmente evoluindo de passivo a moderado assumindo “postos de observação” nos espaços descritos; esta primeira fase permitiu-nos, de acordo com a proposta de Spradley (1980), experienciar o devido distanciamento por forma a obter o “todo” dos acontecimentos entre enfermeiros e imigrantes, procurando identificar “o sentido, a orientação e a dinâmica (...) como modo de apreensão do real” (Lapérière, 2003, p.260). Experimentámos igualmente o sentimento de *outsider* e *insider* em simultâneo (Spradley, 1980; LeCompte & Preissle, 1994; Hammersley & Atkinson, 2007), tendo partido para a observação descritiva sem questões formuladas, para além daquela que nos situava no foco do objeto de estudo, designada de “pergunta de grande volta” (Spradley, 1980; Streubert & Carpenter, 2013): *o que é que se passa aqui em relação à construção das competências culturais nos enfermeiros?*

Fomos assim comparecendo no terreno por períodos intermitentes de um máximo de vinte minutos contínuos de observação cada (condicionados pela situação observada e pelos sujeitos envolvidos), de acordo com o agendamento prévio das datas das consultas e visitas domiciliárias a imigrantes, por períodos diários que oscilaram entre três a sete horas de permanência em campo. Desenvolvemos numa fase inicial o registo descritivo das situações observadas (tendo decorrido entre setembro de 2011 e março de

2012): notas de campo, com discriminação das condições físicas dos locais, sentimentos da investigadora em relação ao que foi ocorrendo, interações estabelecidas entre os diferentes sujeitos, conteúdos e estratégias de comunicação utilizadas (Spradley, 1980; Lapérière, 2003); estes registos foram divididos na linha dos mesmos autores, em notas de campo *cursivas* (e posteriormente *extensivas*, em momentos subsequentes à situação social observada) e os *memos*, estes corporizados para Lapérière em “intuições e reflexões à medida que elas emergem” (2003, p. 272), como neste excerto que apresentamos, onde se torna visível o nosso processo de “naturalização” como investigadora, no contexto:

Já ninguém “estranha” de me ver no corredor entre consultas: para os utentes sou mais uma bata branca, a quem se dirigem frequentemente para esclarecer questões (em que gabinete é a consulta do enfermeiro ou médico tal...onde carimbar as receitas, etc); para quem trabalha nas unidades de saúde (literalmente todos: administrativos, médicos, enfermeiros e auxiliares), todos me dizem onde está o enfermeiro x ou y, se a consulta está atrasada ou não e por aí adiante. (Memo IV)

Nas observações desenvolvidas, tivemos em conta os princípios a manter na sua documentação: *de interpretação da linguagem, princípio do verbatim e o princípio concreto* (Spradley, 1980; Streubert & Carpenter, 2013).

Relativamente ao primeiro princípio – *interpretação da linguagem*, tínhamos consciência de que facilmente na utilização dos diferentes tipos de notas, sobretudo em registo cursivo, corríamos o risco do uso da “linguagem amalgamada” entre a nossa linguagem e a dos atores, pelo que fomos identificando as “entradas” de discurso dos diferentes intervenientes na ação, no registo extensivo.

Da mesma forma, em atenção à necessidade de respeitar o princípio do *verbatim*, procurámos manter a fidelidade das expressões nativas utilizadas pelos sujeitos na ação, o que por vezes se tornou num verdadeiro desafio, sobretudo pela heterogeneidade de formas de expressão linguística das pessoas imigrantes.

Ainda sobre o *princípio concreto*, procurámos, nos registos extensivos, a utilização do máximo detalhe que nos viabilizasse da melhor forma o “acesso a

descobertas valiosas sobre a cultura” (Streubert & Carpenter, 2013, p.186), que se produz entre enfermeiros e imigrantes.

DA PRIMEIRA FASE DA ANÁLISE

Iniciámos assim sobre o material produzido na fase das observações participantes descritivas, a análise de “grande volta”.

Visámos com este processo de análise, de acordo com a proposta de Spradley (1980), a orientação de como as observações seriam feitas em seguida no terreno e a progressiva identificação das dimensões definidoras da situação social em estudo; estas dimensões no seu conjunto permitir-nos-iam uma primeira leitura da realidade, pelos dados produzidos na observação participante: *lugares, ambiente/cheiro, objetos, atores, objetivos, ações, conhecimentos, expressão de sentimentos, crenças, liberdade individual e ideias dominantes*. Sentimos necessidade de “acrescentar” as três últimas dimensões (*crenças, liberdade individual e ideias dominantes*) nesta fase de análise, à proposta de Spradley (1980), uma vez que a emergência dos dados observados apontava nesse sentido, e tal como sugerem Streubert e Carpenter, considerámos legítimo fazê-lo para conseguirmos “obter uma visão mais completa da cultura” (2013, p.189), das interações e cuidados entre enfermeiros e imigrantes. De acordo com Miles e Huberman (1994) a mobilização das referidas dimensões no seu todo, tornou-nos possível a análise contínua da robustez dos nossos *insights* como investigadora.

Prosseguindo com a perspetiva analítica etnográfica proposta, visámos para posterior caraterização dos padrões culturais do fenómeno em estudo – construção das competências culturais nos enfermeiros – a identificação nesta fase, dos “domínios culturais” num movimento recursivo “da grande às pequenas voltas” (Spradley, 1980; Streubert & Carpenter, 2013).

De acordo com Spradley (1980) e Laperrière (2003), a “pequena volta” conduziu-nos à necessidade de operacionalização da “análise de domínios”, isto é da nossa colocação como investigadora na descoberta dos sentidos da cena cultural observada e da avaliação subsequente da “plausibilidade” dos

dados como sugeriram Miles e Hubermann (1984, 1994). Os domínios culturais identificados foram onze nesta fase da análise: *lugares de encontro, espaço físico de interação e cuidado, utilização de objetos na situação, envolvimento dos atores, objetivos dos encontros, condução dos encontros, mobilização de conhecimentos pelos enfermeiros, expressão de sentimentos, mobilização de crenças, manifestação da liberdade individual e ideias dominantes nos encontros*. Nesta fase registámos ainda, em associação com estes domínios, trinta e quatro categorias. Assim, identificámos os “domínios culturais” e respetivas categorias emergentes a partir do material analisado, bem como as “questões estruturais” formuladas após clarificação das relações semânticas nas categorias a partir das notas de campo efetuadas, e de acordo com os objetivos intermédios traçados.

As questões estruturais e os objetivos então definidos, apresentamo-los na Figura 8, sendo que nos serviram na fase subsequente para reentrada no terreno, orientando-nos para a “observação focalizada”, como propõe Spradley (1980).

Baseámo-nos igualmente nas categorias identificadas para esta “reentrada em campo”, cuja importância é também enfatizada por Hammersley e Atkinson (2007).

OBJETIVOS INTERMÉDIOS	QUESTÕES ESTRUTURAIS
-Identificar influência do lugar nas características da interação 	*Que outros lugares possíveis de interação e cuidados entre enfermeiros e imigrantes?
-Identificar a ligação das condições do espaço com o decurso da interação 	*Que outras características do espaço físico podem ser encontradas?
-Percecionar os estatutos possíveis dos artefactos usados 	*Quais são as finalidades possíveis para a utilização de artefactos?
-Compreender a dinâmica da interação entre atores 	*Que tipos de interação se podem observar?
-Identificar dimensões valorizadas do processo saúde-doença entre partes 	*Que sentidos bilaterais podem existir quanto à saúde e à doença?

-Identificar sentidos do processo saúde-doença		*Que conhecimentos são mobilizados pelos enfermeiros em relação à saúde e à doença?
-Percecionar a ligação dos sentimentos e crenças ao longo dos cuidados		*Que manifestação de sentimentos e de crenças são mobilizadas?
-Identificar características dominantes nos encontros		*Que outras ideias dominantes se registam nos encontros?

Figura 8. Questões Estruturais e Objetivos Intermédios para Reentrada em Campo na Observação Focalizada.

A fase de focalização da observação participante, ocorreu nos mesmos contextos e com recurso às estratégias anteriormente referidas de agendamento com as enfermeiras coordenadoras das unidades do estudo, tendo decorrido entre abril e outubro de 2012, sendo que alguns dos participantes (enfermeiros e imigrantes) foram nesta fase observados pela segunda vez. Pretendemos recolher mais material, tendo orientado nesta etapa a observação a partir das questões estruturais formuladas e da matriz de observação utilizada.

Sentimos nesta altura que nos consideravam já “membro” integrante no terreno: enfermeiros, médicos, pessoal administrativo e auxiliares nas unidades, sendo que vários dos imigrantes nos reconheceram de momentos anteriores de observação e entrevista. Esta constatação se por um lado nos facilitou progressivamente o acesso às situações sociais, obrigou-nos por outro frequentemente a um exercício introspetivo, em favor da manutenção desejável do papel de “estranho” do ponto de vista antropológico, cuja importância é sublinhada por Hammersley e Atkinson (2007, p. 9). Consideramos que o desenvolvimento deste progressivo “à-vontade” entre investigadora e sujeitos no terreno foi importante na prossecução da análise dos dados, sobretudo em momentos de “entrevista informal” mais facilmente criados nesta base de relação interpessoal desenvolvida, como sugeriram Spradley (1980) e Burgess (1997). Estas entrevistas ocorreram sobretudo em momentos imediatamente anteriores ou subsequentes à observação, tendo-nos permitido uma maior complementaridade, reorganização e profundidade nos dados produzidos.

DA SEGUNDA FASE DA ANÁLISE

Identificados os domínios culturais, que apresentámos com as respetivas categorias, de acordo com Spradley (1980) colocou-se a possibilidade de que, continuando o aprofundamento da análise dos dados, redescobríssemos a organização destes domínios, reorganizando-os hierarquicamente nuns mais alargados, face a outros mais restritos a partir da “análise taxionómica”. Atendemos ainda ao proposto por Miles e Hubermann (1984, 1994), que sugerem no mesmo sentido do aprofundamento da análise, a passagem de um movimento de “indução enumerativa” colhendo dados sobretudo na mesma direção, a um outro de “indução eliminativa”. Desta forma, na análise dos dados, começámos a procurar cuidadosamente, as qualificações e particularidades da situação social em estudo, para posteriormente chegarmos à identificação das suas características únicas. Este foi o movimento iniciado com a observação focalizada e na fase subsequente com a análise taxionómica, em que as ligações entre os dados começaram a “fluir” de forma lógica entre os antecedentes e os *outcomes* (Miles & Hubermann, 1984, 1994). Na análise taxionómica desenvolvida, emergiram de forma mais clara, estruturada e reorganizada, os domínios e as categorias culturais, como dimensões integrantes e relacionadas entre si, caracterizando as cenas culturais entre enfermeiros e imigrantes no contexto de cuidados das unidades de saúde do estudo.

Identificámos nesta fase dez domínios culturais, vinte categorias e cento e dezanove atributos. Utilizando a terminologia de Spradley, atribuímos a designação de “atributo” a “qualquer elemento de informação regularmente associado às categorias culturais” (1980, p.131) que são o resultado da procura do “todo” da realidade social em estudo (Streubert & Carpenter, 2013). Os *domínios culturais* reorganizados nesta fase foram os seguintes: *espaço físico de encontro, uso de artefactos, envolvimento na ação, objetivos nos encontros, condução dos encontros pelos enfermeiros, mobilização de conhecimentos pelos enfermeiros, expressão de sentimentos, mobilização de crenças, manifestação da liberdade individual e ideias dominantes nos encontros*.

Desenvolvemos a análise taxionômica com todos os atributos identificados e relacionados do ponto de vista semântico, como propôs Spradley (1980).

Na Figura 9, exemplificamos este tipo de análise relativamente ao domínio cultural “objetivos nos encontros”, codificado com a letra “D”.

DOMÍNIO CULTURAL: D - OBJETIVOS NOS ENCONTROS		
CATEGORIAS: D.1; D.2		
D.1- Imigrantes na procura de cuidados (PARA)		D.2- Enfermeiros para intervenção planeada (PARA)
ATRIBUTOS DEFINIDOS: D.1.1- Pedido de consulta médica D.1.2- Obtenção de Anticoncepcionais D.1.3- Introdução de novos Alimentos D.1.4- Acompanhamento na Gravidez D.1.5- Avaliação do desenvolvimento infantil D.1.6- Regularização do calendário de vacinação		ATRIBUTOS DEFINIDOS: D.2.1- Avaliação do desenvolvimento infantil D.2.2- Cuidados na gravidez D.2.3- Avaliação das competências parentais D.2.4- Consulta de planeamento familiar

Figura 9. Exemplo de Domínio Cultural com respetivas Categorias e Definição de Atributos, a partir da Análise Taxionómica

Em seguida, empreendemos outra etapa de análise dos dados em que procurámos identificar padrões, compreendendo a organização do comportamento cultural dos sujeitos, caracterizando a função dos artefactos e o conhecimento cultural em torno do processo de construção das competências culturais nos enfermeiros e da sua visibilidade para os imigrantes.

Procurámos que esta clarificação nos fosse acessível a partir de nova “imersão nos dados” em bruto e nos codificados.

Examinámos de novo todos os domínios identificados na análise taxionómica e respetivos atributos, mas também os sistemas de categorias das entrevistas etnobiográficas e das narrativas dos sujeitos, visando o desenvolvimento da “análise componencial” como sugerem Spradley (1980) e Streubert e Carpenter (2013). Visámos também a preparação do momento seguinte no terreno com os sujeitos: nos grupos de discussão que havíamos planeado.

Nesta fase da análise procurámos semelhanças e contrastes nos dados e especificamente nos *clusters* formados pelo conjunto de atributos em cada categoria de cada domínio, entre sujeitos enfermeiros e imigrantes; fizemo-lo cientes de que tal como referiu Spradley, os significados culturais “resultam em parte destes atributos” (1980, p.131), tal como no exemplo que apresentamos na Figura 10.

Procurámos mobilizar a nossa reflexividade, de acordo com o paradigma de investigação que adotámos: olhando para a lógica teórico-conceitual emergente da codificação dos dados, buscando a compreensão do objeto de estudo nas perspetivas *etic* e *emic* (Ray et al., 2013).

Reagrupámos e conceptualizámos dados com características semelhantes, com a procura simultânea de uma leitura coerente e integrada do fenómeno, ora mobilizando questões idênticas entre sujeitos, ora questões que nos trariam informação complementar entre eles.

Em concordância com Miles e Hubermann (1984; 1994), procurámos essencialmente na análise componencial, atingir dois objetivos: reduzir o número de dados e encontrar padrões nos dados; para isso, tal como sugeriram estes autores, fomos colocando diferentes questões na busca do desenvolvimento do processo heurístico que pretendíamos: *que associações*

poderemos fazer? O que é que estes dados fazem aqui? O que significam estes dados? Porque há tantos dados aqui e tão poucos ali? Estes contrastes fazem alguma diferença nos sentidos ou não?

ENFERMEIROS	IMIGRANTES
 Procurando semelhanças e contrastes entre sujeitos, mobilizando a mesma questão 	
Questão de contraste¹: *As vossas crenças e valores profissionais, como são conjugadas com os dos “outros” nos momentos de cuidados de enfermagem?	Questão de contraste¹: *As vossas crenças e valores específicos, como são conjugadas com os dos “outros” nos momentos de cuidados de enfermagem?
Categoria¹: *Conjugação de crenças e valores nas díades	Categoria¹: *Conjugação de crenças e valores nas díades
Cluster/Atributos¹: *Dependência do espaço físico de encontro; dependência de dados anteriores; envolvimento espontâneo; simetria relacional; delimitação de espaço pessoal; reconhecimento de especificidades culturais; mobilização de saberes; assunção de frustrações; outros	Cluster/Atributos¹: *Dependência do espaço físico de encontro; dependência de dados anteriores; envolvimento espontâneo; simetria relacional; delimitação de espaço pessoal; reconhecimento de especificidades culturais; mobilização de saberes; assunção de frustrações; outros
 Procurando semelhanças e contrastes entre sujeitos, mobilizando questões complementares 	
Questão de contraste²: *Existem dados culturais que sintam necessidade de conhecer nos imigrantes? De que tipo?	Questão de contraste²: De que modo os enfermeiros tentam corresponder às vossas necessidades de cuidados?
Categoria²: *Conhecimento cultural	Categoria²: *Conceção de cuidados de enfermagem
Cluster/Atributos²: -Manutenção de hábitos alimentares do país de origem; crenças religiosas; uso de substâncias não farmacológicas; estatuto dos diferentes elementos da família; identificação de estereótipos; outros	Cluster/Atributos²: -Prolongamento temporal da interação; elo de ligação; procura de afinidades; gestos e mímicas universais; uso do desenho; uso de palavras-chave; uso de familiares/conhecidos como intérpretes; crianças como mediadoras; uso de artefactos; outros

Figura 10. Da Análise Taxionómica à Análise Componencial – exemplificando a procura de Semelhanças e Contrastes entre Sujeitos com duas das Categorias.

DA QUARTA FASE DE ANÁLISE

Planeámos na sequência deste questionamento, a quarta fase de análise dos dados, visando a clarificação concretizada nos exemplos da figura anterior: das categorias de semelhança e de contraste e dos seus significados. Fizemo-lo planeando dois “grupos de discussão” (um para enfermeiros e um para imigrantes), valorizando as potencialidades desta técnica, na facilitação da compreensão do comportamento e das atitudes dos sujeitos, de acordo com Geoffrion (2003). Procurámos a validação e a reinterpretação dos dados pelos dois tipos de participantes, no sentido enfatizado por LeCompte (1995) de que as questões colocadas permitissem a obtenção de dados de forma ativa e redundante, para a clarificação do fenómeno em estudo.

O planeamento destes grupos de discussão⁹ corporizou a análise componencial que resultou da reflexividade sobre as referidas categorias de semelhança e de contraste identificadas nesta fase, na procura dos respetivos significados culturais entre sujeitos enfermeiros e sujeitos imigrantes.

Com a identificação das categorias de semelhança e de contraste emergentes nesta fase de análise dos dados, visámos a determinação dos sentidos face ao fenómeno em estudo, por via das visões do mundo dos dois tipos de sujeitos, obtida com base nos planos referenciados para cada grupo. Destacamos estas categorias na Figura 11, para clarificação do processo de análise desenvolvido.

⁹ Planeámos cada um dos grupos de discussão, com discriminação de todas as questões de contraste, categorias e *clusters*. Estes planos foram estruturados a partir da orientação teórico-conceitual de Campinha-Bacote (2003, 2011) no caso dos enfermeiros, e de Meleis (2005, 2010b) no caso dos imigrantes. Cf. pontos 3.3; 3.3.1 e 3.3.2 (págs.85-102) onde explanamos o percurso de validação e interpretação com os sujeitos, nos respetivos grupos.

ENFERMEIROS	IMIGRANTES
CATEGORIAS (semelhança / contraste)	CATEGORIAS' (semelhança / contraste)
A.1-Consciência cultural A.2-Conjugação de crenças e valores A.3-Gestão dos diferentes valores B.1-Diferenças na saúde e na doença B.2-Identificação de crenças B.3-Conhecimento cultural C.1-Estratégias na interação C.2-Adequação de estratégias D.1-Planeamento dos encontros D.2-Resultados das interações D.3-Risco de estereótipos nos cuidados E.1-Motivações nos cuidados	A'.1- Consciência cultural A'.2-Conjugação de crenças e valores A'.3-Imposição de crenças e valores nos cuidados B'.1-Diferenças na saúde e na doença B'.2-Estratégias nos cuidados C'.1-Vivências nos cuidados C'.2-Conceção de cuidados C'.3-Cuidados individuais e familiares

Figura 11. Categorias de Semelhança e de Contraste Emergentes nos dois tipos de Participantes

Após discriminação dos procedimentos metodológicos mobilizados na solicitação das narrativas escritas e na consecução das entrevistas etnobiográficas – que faremos em seguida – retomaremos a sequência dos grupos de discussão¹⁰ que desenvolvemos, visando a identificação dos temas culturais (Spradley, 1980), nos dois grupos de sujeitos.

¹⁰Cf. ponto 3.3 (págs. 85 e seguintes).

Solicitando as narrativas escritas

A par dos momentos de observação participante descritiva que fomos desenvolvendo na situação social em estudo, onde fomos recolhendo dados em torno do nosso objeto, sentimos necessidade de outras fontes de dados que nos fornecessem complementaridade para trabalharmos na clarificação das visões do mundo dos sujeitos ao nível dos eventos nas suas vidas relacionados com a experiência de interagir e cuidar ou ser cuidado, entre enfermeiros e imigrantes.

Neste sentido procurámos também obter documentos pessoais dos sujeitos, em que eles mesmos e na primeira pessoa, pudessem descrever ações, experiências e crenças reveladoras da sua visão de si mesmos e da valorização relativa do acontecimento “interação e cuidados” entre enfermeiros e imigrantes, nos seus respetivos percursos de vida (Poirier et al., 1999; Bogdan & Biklen, 2010), na forma de narrativas escritas que fomos solicitando. Registámos uma exceção relativamente à situação de interação com imigrantes, que integrámos ainda assim no *corpus* considerado (relativamente a um enfermeiro que relatou a sua vivência como enfermeiro estrangeiro, no Afeganistão), uma vez que a interação narrada se reportou igualmente a uma situação de planeamento e desenvolvimento de cuidados num contexto multicultural. Alguns dos enfermeiros reportaram-se a experiências anteriores noutras unidades de cuidados, que não em cuidados de saúde primários, que foram igualmente integradas no material analisado, por reunirem os critérios inicialmente definidos (momentos de interação e cuidados com imigrantes), com vista à clarificação do objeto de estudo.

Concordámos assim com a valorização heurística atribuída ao conjunto deste material, apontada por Bogdan e Biklen (2010), considerando que esta solicitação nos tornou possível dirigir o foco escrito do discurso dos dois tipos de sujeitos para o mesmo evento nas suas vidas.

À medida que nos íamos naturalizando como indígena com os períodos de observação no terreno, em que progressivamente foi decorrendo o processo de “imersão cultural” (Spradley, 1980; Flick, 2005; Houle, 2003; Streubert & Carpenter, 2013), tornou-se assim naturalmente acessível para nós a

solicitação de narrativas escritas. Fizemo-la imediatamente após o decurso dos momentos de observação – final das consultas de enfermagem na USF e perto do momento de despedida nas visitas domiciliárias nas duas UCC, obviando qualquer tipo de perturbação que inadvertidamente pudéssemos induzir aos sujeitos na ação.

Pela mesma ordem de razões e ainda porque a solicitação a um e outro tipo de participantes requereu pontualmente algumas explicitações, fizemo-las com base no texto preliminar do consentimento informado cujo preenchimento solicitámos para cada momento de observação (conforme Anexo V, já mencionado), separadamente a enfermeiros e imigrantes, bem como aos informantes privilegiados.

Na sequência do pedido das narrativas escritas, assegurámos a confidencialidade e o anonimato das fontes de dados da investigação e reforçámos o carácter voluntário da elaboração deste documento pelos participantes no estudo.

Obtivemos quatro narrativas de imigrantes (duas delas manuscritas), que nos foram facultadas por eles mesmos em novos momentos de observação; dos enfermeiros obtivemos oito narrativas.

Desta forma, e uma vez que pela orientação etnográfica do estudo se perspectivou o seu desenvolvimento em torno da exploração do conceito de cultura, considerámos que os dados obtidos a partir das narrativas biográficas de enfermeiros e imigrantes, nos abririam caminho à compreensão do processo de aquisição cultural, desenvolvido pelos sujeitos de uma forma mais ativa do que passiva, no que se refere aos valores e crenças da sua cultura dominante (LeCompte & Preissle, 1994; Streubert & Carpenter, 2013).

Utilizámos assim a análise destes documentos escritos de duas formas: para a preparação da estruturação dos guiões das entrevistas etnobiográficas, como referimos e como parte integrante do *corpus* da investigação.

Fizemos o tratamento dos dados obtidos através desta técnica a partir de análise de conteúdo temática, em tudo semelhante ao que descrevemos em seguida para o *corpus* das entrevistas, posto que de acordo com Flick “a

análise de conteúdo é um dos procedimentos clássicos de análise do material escrito, independentemente da sua origem” (2005, p.193), uma vez que falamos básica e transversalmente da análise de material produzido em textos.

As entrevistas etnobiográficas

Planeámos no desenho inicial do estudo, a concretização de entrevistas etnobiográficas, uma vez que assumimos que os dados obtidos a partir da análise das narrativas orais dos sujeitos, se constituiriam como fontes de informação privilegiadas de acordo com Poirier et al.. Coadjuvaram as outras técnicas de recolha de dados descritas, considerando que para a construção do guião etnobiográfico “é indispensável utilizar um esboço da entrevista mais ou menos estruturado e mais ou menos pormenorizado”(1999, p. 105). Os planos para esta técnica de recolha de dados foram sendo elaborados com orientação semidiretiva, uma vez que pretendemos “encorajar” os sujeitos a falar, retomando e reorientando os tópicos em torno da possibilidade de compreensão da sua visão do mundo, relativamente à cena cultural das interações e cuidados entre enfermeiros e imigrantes, de acordo com a proposta de Spradley (1980). Estes planos foram desenvolvidos com recurso às dimensões emergentes na análise dos dados na fase da observação participante descritiva, bem como da análise das narrativas escritas. Procurámos desta forma, de acordo com Flick um “equilíbrio permanente entre o desenrolar da entrevista e do guião” (2005, p. 94).

Considerámos na recolha destes depoimentos ainda como refere Spradley, que todos os informantes, “são observadores participantes sem o saberem” (1980, p.124) sendo que numa investigação como esta pretendemos apreender o seu conhecimento, a forma como experienciavam o acontecimento e a sua visão do mundo particular, relativamente à cena cultural descrita, o que enformou a orientação da entrevista etnobiográfica na perspetiva de Poirier et al., desenvolvendo-se em torno da “focalização no acontecimento” (1999, p.50) no percurso de vida das pessoas entrevistadas. Este desenvolvimento da narrativa oral dos sujeitos com a análise posterior do *corpus* das entrevistas,

permitiu-nos o aprofundamento e orientação da interpretação dos dados e a valorização do sentido da ação social da multiculturalidade em cuidados, atribuída pelos sujeitos que os planeiam e implementam (enfermeiros) e por aqueles que são foco desses cuidados (imigrantes), como sugere Gingras (2003b).

A seleção dos sujeitos a entrevistar foi ocorrendo à semelhança das narrativas escritas, de forma voluntária, por amostragem tipo bola de neve (Flick, 2005), sendo que efetuámos quatro entrevistas a enfermeiros (três portugueses e uma moldava), quatro entrevistas a mulheres imigrantes (duas brasileiras e duas moldavas) e duas entrevistas a informantes privilegiados, como já referimos (uma mediadora cultural cabo-verdiana e um médico espanhol); tal como descrevemos anteriormente, o desenvolvimento de maior proximidade relacional entre investigadora e sujeitos no terreno, durante a observação participante, facilitou-nos a recolha dos dados através de entrevista com os diferentes tipos de participantes, como sugerem Spradley (1980) e Hammersley e Atkinson (2007).

Fizemos registo em suporte digital e transcrição integral do discurso produzido, com a formatação anteriormente descrita.

Relativamente à análise de conteúdo, optámos pela análise temática, posto que pretendemos “descobrir núcleos de sentido” (Bardin, 2011, p.131), interpretando a sua presença no *corpus* obtido a partir das narrativas dos sujeitos, utilizando o tema enquanto “regra de recorte” de acordo com a problemática em estudo.

Na linha definida pela mesma autora, desenvolvemos inicialmente a pré-análise do *corpus* obtido, com a sua leitura flutuante, relendo o material diversas vezes, alternando “releituras e interpretações dos dados”(Bardin, 2011, p.142).

Orientámo-nos posteriormente para o decurso da análise, de acordo com a perspetiva de Poirier et al., definindo que “a unidade de registo coincida com a unidade de sentido” (1999, p.120), como critério orientador, no processo de descontextualização da produção discursiva. Definimos ainda como unidades de contexto no processo de codificação desenvolvido, as respostas obtidas às questões formuladas, servindo como aponta Bardin como “unidade de compreensão para codificar a unidade de registo (...) cujas dimensões (...) são

ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registo” (2011, p.133). Em concordância com a mesma autora definimos o “título conceptual” das categorias, apenas no final da classificação das diferentes unidades de registo e respeitando as qualidades de *exclusão mútua* (cada elemento foi apenas classificado numa categoria), *homogeneidade* (respeitando um único princípio para classificação e organização das categorias), *pertinência* (adequação das categorias ao referencial teórico mobilizado), *objetividade e fidelidade* (respeito pela matriz e forma de codificação de todos os elementos) e por último de *produtividade* (possibilidade de novas inferências), no sistema de categorias estruturado (Bardin, 2011).

Durante o desenvolvimento do processo de codificação deste material discursivo, fomos colocando numa perspetiva de questionamento sobre os significados culturais atribuídos pelos sujeitos, sugerida por LeCompte e Preissle, de acordo com a orientação etnográfica do estudo que desenvolvemos:

–“O que está a acontecer aqui? Como é que está a acontecer? Porque é que está a acontecer? Com que fins está a acontecer?” (1994, p. 141).

Baseámo-nos ainda de acordo com Poirier et al. (1999), na pesquisa interpretativa da valorização relativa dos momentos de interação e cuidados entre enfermeiros e imigrantes como “momentos-charneira” nos seus percursos de vida, tentando perceber, como sugeriu Houle o “valor heurístico deste material” (2003, p.308).

Desenvolvemos dois sistemas de categorias – para enfermeiros e para imigrantes – quase sobreponíveis entre narrativas escritas e orais, à exceção das categorias “peso do silêncio” (apenas foi encontrada nas narrativas orais dos sujeitos enfermeiros) e “recurso a práticas leigas”, “necessidade de validação de saberes” e “elo de ligação com outros técnicos” (apenas encontradas nas narrativas orais dos sujeitos imigrantes). Valorizámos aqui, de acordo com Bardin (2011), a importância da opção pelo recurso a diferentes técnicas de produção de dados, para clarificação do discurso dos sujeitos. Ainda de acordo com a mesma autora, relevámos o fato de que por vezes “o acontecimento, o acidente e a raridade, possuem (...) um sentido muito forte

que não deve ser abafado” (Bardin, 2011, p.143), induzindo-nos como investigadora no exercício do distanciamento estratégico após elaboração dos sistemas de categorias, na análise interpretativa das particularidades sinalizadas pelos sujeitos, para que se nos tornasse acessível o “todo” do fenómeno em estudo.

O material produzido e analisado a partir destas entrevistas foi posteriormente conjugado com outros materiais, que recolhemos de diferentes técnicas – narrativas escritas (como referimos), observação participante e grupos de discussão. Visámos com esta conjugação, obter “sucessivas aproximações” e significações do fenómeno, na perspectiva *emic* dos sujeitos, permitindo-nos o aprofundamento na análise interpretativa em torno do nosso objeto de estudo (LeCompte & Preissle, 1994; Hammersley & Atkinson, 2007; Brink, 2013).

No capítulo seguinte abordaremos o percurso desenvolvido com vista ao planeamento e consecução dos dois grupos de discussão.

3.3- DA INTERPRETAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS CULTURAIS COM OS GRUPOS DE SUJEITOS

A opção de utilização de dois grupos de discussão – com enfermeiros e com imigrantes – nesta fase de análise dos dados, deveu-se à perspectiva de que, tal como referem Miles e Huberman (1984,1994), as situações de interação entre sujeitos ajudam na promoção de novas reflexões, ideias e perspetivas. Nesta lógica, procurámos adicionar à discussão um carácter de aparente informalidade que a poderia favorecer, mantendo de acordo com Geoffrion “um bom sentido de humor” e a capacidade de reduzir “tensões” (2003, p.342) com os participantes. Considerámos, tal como salienta Purnell (2011), que as dimensões culturais têm nas pessoas que interagem em situações de cuidados (quem cuida e quem é cuidado), um impacto inconsciente, potencialmente inibidor de uma expressividade completa no discurso falado individual (como no caso das entrevistas e durante a observação participante realizada) ou escrito (nas narrativas). Considerámos que proporcionar um clima “bem humorado” na

discussão com ambos os grupos (por tipo de sujeitos) sem colocar em causa a necessária distinção como animadora entre “o emotivo versus o racional” (Geoffrion, 2003, p. 340), seria propiciador da sinergia visada, logo da clareza dos resultados produzidos. De acordo com Gauthier (2003), foi-nos possível nestes momentos perceber se havia uma significação comum ou diferente das questões colocadas a um e outro grupos (semelhanças e contrastes)¹¹, valorizando as possibilidades de, por um lado “obter resultados rapidamente”, e de por outro utilizar a flexibilidade de uma técnica que permite a inversão e/ou reformulação das questões colocadas pela investigadora.

Confrontámo-nos, nos dois momentos de discussão em grupo com a nossa perspetiva *etic*, interpretativa dos factos anteriormente observados e analisados (pelas técnicas já mencionadas), com a perspetiva *emic* dos sujeitos que os vivenciam, como nos sugerem diferentes autores (Leininger, 1994, 1997, 1998; Silveira, Martins, Lunardi & Filho, 2009). Nesta lógica, devolvemos os dados aos dois tipos de sujeitos, procurando simultaneamente a validação das interpretações feitas e a saturação dos dados, concretizada com as informações redundantes obtidas. Procurámos fazê-lo estimulando respostas inicialmente a questões gerais e progressivamente mais focadas na problemática em estudo (Tong, Sainsbury & Craig, 2007; Bryman, 2012), baseadas na identificação anterior de padrões de semelhança e de contraste e nos respetivos significados culturais intra e inter grupos de sujeitos (Spradley, 1980).

Procurando a clarificação da opção por esta técnica, referimo-nos à importância do investigador qualitativo dever mobilizar no seu “cerne”, as potencialidades do ato de observar as pessoas em interação, agindo como catalisador do confronto de ideias e experiências (Gauthier, 2003). Acreditámos que deste confronto surgiria para nós como investigadora, a possibilidade de obter novos dados que confirmariam, infirmariam ou

¹¹Cf. Figuras 10 e 11, atrás referenciadas de acordo com análise componencial desenvolvida (págs.77 e 79).

complementariam, a análise anterior em resposta ao objeto de estudo definido – construção das competências culturais nos enfermeiros – visando a caracterização dos “padrões culturais” da cena cultural: interação e cuidados entre enfermeiros e imigrantes.

Aquando da seleção dos dois diferentes grupos de discussão e da sua calendarização, tivemos ainda em conta que estes eram momentos de observação e discussão desenvolvidos em contextos artificialmente criados por nós enquanto investigadora. Neste sentido deveríamos valorizar a nossa “aprendizagem” no que se referia à maior rentabilização das suas vantagens, também descritas por Geoffrion, tais como poder fazer-nos adequadamente “compreender o porquê das coisas” (2003, p.324). Refletindo sobre o nosso papel na utilização deste tipo de técnica de pesquisa e sabendo das possibilidades apontadas por Burgess (1997), de que poderíamos facilmente influenciar a produção dos dados no terreno, optámos por calendarizar em primeiro lugar o grupo de discussão dos enfermeiros. Considerámos que neste a nossa presença seria mais facilmente conotada com a cultura “indígena”, favorecendo-nos uma mais rápida apropriação da realidade social destes participantes e a possibilidade de ser posteriormente rentabilizada com os sujeitos imigrantes, tal como apontaram Houle (2003) e Bryman (2012).

Sabendo da necessidade de que cada sujeito se “perceba” na sua cultura de acordo com a perspetiva de Purnell (2011), individualmente e em contexto coletivo e uma vez que nos interessou clarificar as especificidades, semelhanças e contrastes apontadas pelos diferentes tipos de participantes, definimos na perspetiva do mesmo autor e de acordo com a problemática do estudo, uma questão – base para cada um dos grupos:

- Grupo dos enfermeiros “até que ponto se reconhecem como construtores das vossas competências culturais quando cuidam de pessoas imigrantes?”
- Grupo dos imigrantes “até que ponto os enfermeiros vos ajudam nos processos de saúde e de doença?”

Procurámos obter o número de elementos integrantes para os grupos de discussão, entre seis e doze elementos de acordo com Geoffrion (2003), planeando aceitar um mínimo de quatro como apontaram Tong et al. (2007), ponderando eventuais dificuldades de captação dos imigrantes para este

momento, que se deslocariam à unidade de saúde com este objetivo específico. Solicitámos mais uma vez de acordo com os princípios éticos adotados, o preenchimento do consentimento informado atrás referido, e para o seu registo em suporte digital, lembrando a confidencialidade dos dados produzidos e o anonimato dos sujeitos integrantes. Posteriormente transcrevemos na íntegra os discursos dos sujeitos durante a discussão, visando a identificação e análise dos temas culturais que pretendíamos, de acordo com a proposta de Spradley (1980)¹², com a mobilização de frases significativas dos participantes.

A imprevisibilidade e a complexidade desta técnica, colocaram-nos como investigadora diferentes necessidades de clareza: face ao respeito pelos princípios éticos cujo compromisso assumimos, aos objetivos de estudo a que nos propusemos e à possibilidade de que a nossa presença pudesse interferir na produção de dados pelos sujeitos, à semelhança da observação participante (Spradley, 1980; Geoffrion, 2003).

Tivemos em mente, na opção pelos grupos de discussão, que tal como referiram LeCompte e Preissle (1994), nem todos os participantes teriam presentes os “elementos culturais” de que são detentores. Concordando com esta afirmação, perspectivávamos com especial interesse, se acaso obtivéssemos (uma vez colocadas as questões nos grupos), respostas tais como “sim, nunca tinha pensado nisso antes, mas é como nós sempre fazemos”(LeCompte & Preissle, 1994, p. 146). Esta perspectiva colocou-se uma vez que estas nos assegurariam o desejável reforço na interpretação e validação dos dados previamente analisados, para posterior identificação dos padrões da cena cultural do fenómeno em estudo.

Baseámo-nos em LeCompte (1995), para a elaboração da estrutura de dois diferentes guiões de registo (para enfermeiros e imigrantes)¹³, associando a planificação dos procedimentos de recolha de dados nos grupos de discussão com uma matriz baseada em questões-estímulo de âmbito mais genérico.

¹²Cf. pontos 3.3.1 e 3.3.2 – Figuras 12 e 14 (págs. 92-93 e 98-100), em que apresentamos os temas culturais identificados sob a forma de “regras tacitamente aceites”, cuja possibilidade foi prevista pelo mesmo autor.

Estas foram desdobradas em outras – resultantes do tratamento prévio do corpus das narrativas de ambos os tipos de sujeitos, entrevistas (sistemas de categorias), e da análise taxionómica desenvolvida a partir dos dados do período de observação participante focalizada. Baseámo-nos na orientação conceptual do modelo de competências culturais de Campinha-Bacote (2003, 2010, 2011), com os constructos: *consciência cultural*, *conhecimento cultural*, *habilidade cultural*, *encontro cultural* e *desejo cultural*, para o grupo dos enfermeiros e nas dimensões – *percepção*, *consciência* e *padrões de resposta*, do conceito de transição saúde-doença para os imigrantes identificadas por Chick e Meleis (1986) e por Meleis et al. (2000).

3.3.1- Dos imigrantes

Ao contrário do que havíamos planeado, o agendamento do dia e hora previstos para os dois diferentes grupos de discussão foi, por necessidade dos participantes enfermeiros alterado, embora as marcações se tivessem mantido para o mesmo dia. Desta forma ocorreu no período da manhã o grupo dos imigrantes e o grupo dos enfermeiros no período da tarde.

Na sequência de contactos feitos pelos enfermeiros da unidade de saúde familiar, e tendo sido por eles previamente explicados (a nosso pedido), os objetivos do estudo e da discussão em grupo planeada, compareceram voluntariamente quatro imigrantes: duas mulheres brasileiras jovens (com perto de trinta anos), imigrantes em Portugal há cinco e dez anos respetivamente (ambas haviam sido mães há menos de um ano); e um casal

¹³Cf. análise componencial (págs.75-79), que mobilizámos no planeamento dos grupos de discussão para elaboração de guiões de orientação e registo da produção discursiva dos sujeitos em cada grupo, conforme resultados apresentados nas Figuras 12 e 14 (págs. 92-93 e 98-100, respetivamente).

de romenos, na década dos trinta anos, em Portugal há dez anos, encontrando-se a mulher no final do período de gravidez, correspondendo ao número mínimo que havíamos planeado.

Foi-nos previamente facilitado este “acesso ao campo”, como havia acontecido anteriormente, pelos respetivos enfermeiros de família dos imigrantes presentes, que tal como referem Bogdan e Biklen (2010) nos “desbravaram o caminho”, com uma captação eficaz destes sujeitos para o momento da discussão em grupo. Sentimos desta forma na realidade social destas unidades de saúde, a figura dos enfermeiros, mais uma vez como *gatekeepers*, uma vez que nos franquearam as “portas” para os imigrantes, ultrapassando a eventualidade de uma captação menos eficaz destes sujeitos (Hammersley & Atkinson, 2007).

Em cena com o grupo dos imigrantes

Encontrámo-nos na USF, numa sala à volta de uma mesa, em ambiente informal, antecedendo o momento da discussão com breves palavras de introdução em que nos apresentámos e solicitámos o mesmo aos participantes (Geoffrion, 2003).

Colocámos uma taça com doces à disposição de todos, para acentuar a informalidade do momento e convidar à partilha de ideias de forma mais descontraída¹⁴. Todos se entreolharam inicialmente, com um fâcies de curiosidade e bem-humorado. Percebemos que só o casal de romenos tinha uma relação prévia e congratulámo-nos pela concordância com o estatuto de “estranhos entre si”, em relação aos outros elementos do grupo, o que na perspetiva de Flick (2005) se tornava mais adequado à explicitação das ideias e dos significados atribuídos em interação grupal. Esta é uma importante “marca distintiva dos grupos focalizados”, de acordo com a proposta de Morgan (1988, citado por Flick, 2005, p. 122), que nos sustentou no desenvolvimento

¹⁴Tal como havíamos planeado, pretendemos acentuar a informalidade e o bom humor na linha da proposta de Miles e Huberman (1984, 1994) e de Geoffrion (2003), relativamente à produção de dados em interação.

da discussão. À medida que foram sendo colocadas as questões foco, várias foram as ideias expressadas livremente pelos participantes.

Da análise das respostas obtidas pretendíamos na linha de orientação de Spradley (1980), obter temas culturais – elementos dos padrões culturais dos participantes imigrantes, contributivos para a validação e saturação dos dados obtidos a partir dos métodos de recolha de dados anteriores. Com este grupo específico a questão central e as questões foco seguintes, foram sendo colocadas de forma a acedermos a uma produção de dados sobre o fenómeno em estudo, nas suas dimensões mais “visíveis” e portanto mais compreensíveis aos participantes, de acordo com Fachada (2003), pelo que substituímos o termo “transição”, pela expressão “ajuda nos processos”.

Na sequência de planificação anteriormente referenciada, apresentamos os temas obtidos, em resposta aos objetivos definidos na Figura 12, sob a forma de “regras tácitas” de acordo com a proposta de Spradley (1980), uma vez que estas estruturam de modo não explícito, os comportamentos aceites no grupo de discussão e bem assim na cena cultural – interação e cuidados entre enfermeiros e imigrantes.

Data: 7 de Março de 2013	Hora de início e término: 11.30 – 12.20 h (40') Previsão inicial: 50'
Finalidades: -Validar a interpretação dos dados relativa ao processo de construção de competências culturais nos enfermeiros -Obter a saturação dos dados e suplementação do corpus obtido através de técnicas anteriores	Objetivos: A'- Caraterizar a consciência dos imigrantes face à influência dos enfermeiros nos seus processos de saúde-doença B'- Identificar padrões de resposta que relacionam com encontros com enfermeiros C'- Identificar percepção dos contributos dos enfermeiros para a estabilidade nas suas transições de saúde doença
Questão central (estímulo no início da discussão): - Até que ponto os enfermeiros vos ajudam nos processos de saúde e de doença? - <i>Não sentimos constrangimento inicial, apenas curiosidade pelo tipo de estudo; após colocação da questão central, iniciou-se a discussão com as duas mulheres brasileiras; a mulher romena entrou logo depois e o homem, quando solicitado por nós.</i> - <i>O estímulo funcionou bem desde o início, parecendo emergir alguma “satisfação” pela oportunidade de poderem emitir opinião sobre os cuidados desenvolvidos pelos enfermeiros no país onde se encontram.</i>	
Objetivo A': Caraterizar a consciência dos imigrantes face à influência dos enfermeiros nos seus processos de saúde-doença  “REGRAS” tacitamente aceites: *Os enfermeiros transmitem conhecimentos importantes aos imigrantes nas suas situações de saúde e de doença, tal como o fazem com as pessoas portuguesas *Quando as dúvidas dos imigrantes não ficam completamente esclarecidas, também deve apurar-se a forma como foram colocadas aos enfermeiros *O nível de proximidade entre enfermeiros e imigrantes, ajuda-os na tomada de decisão nos processos de saúde-doença individuais e de outros elementos da família *O uso do humor pelos enfermeiros nos cuidados, ajuda sobretudo as crianças a perderem medos e fortalece a relação com os imigrantes	

Objetivo B': Identificar padrões de resposta que relacionam com encontros com enfermeiros



“REGRAS” tacitamente aceites:

- *Os imigrantes comparam e valorizam os cuidados de enfermagem em Portugal, face aos do país de origem
- *As diferenças nos cuidados de enfermagem só são sentidas em situações pontuais de ajuste como na adaptação do calendário de vacinação
- *Os imigrantes sentem-se alvo de mais atenção e cuidados pelos enfermeiros, exatamente por estarem na condição de imigrantes

Objetivo C': Identificar percepção dos contributos dos enfermeiros para o desenvolvimento da estabilidade nas suas transições de saúde-doença



“REGRAS” tacitamente aceites:

- *Os enfermeiros são para os imigrantes, sinónimo de segurança, proximidade, afetividade e partilha
- *Os enfermeiros “funcionam” para os imigrantes como uma extensão da sua família, a quem se colocam questões com à vontade
- *Os enfermeiros são para os imigrantes, garantia de ligação com os outros elementos da equipa de saúde
- *Os cuidados de enfermagem em Portugal, têm espaço e visibilidade, na estabilização dos processos de saúde-doença dos imigrantes

- Que sujeitos do grupo respondem? *Os quatro elementos do grupo foram interventivos na discussão, mostrando-se disponíveis, atentos e interessados.*

- Que particularidades observamos nas interações? *O homem romeno respondeu essencialmente quando estimulado, com um discurso que complementou e aprofundou as mensagens veiculadas pelos outros três elementos. A maior dificuldade consistiu em não centralizar a discussão na pessoa do enfermeiro A, B ou C e na vontade de “reclamar” ou de não ter razões para o fazer.*

Figura 12. Resultados do Grupo de Discussão com os Participantes Imigrantes.

No quadro seguinte, apresentamos algumas notas reflexivas, ilustrando a forma como fomos torneando dificuldades pontuais no registo dos dados e na condução do grupo, posto que nos norteámos pela importância de animar o debate e de identificar os significados atribuídos pelas pessoas aos temas que

iam sendo discutidos (Geoffrion, 2003; Flick, 2005). Esta animação foi sendo informada pela noção da cultura subjacente ao fenómeno do processo de construção das competências culturais nos enfermeiros – base da análise etnográfica do estudo (LeCompte & Preissle, 1994; Brink, 2013).

Quadro.1

Notas Reflexivas produzidas durante a Animação do Grupo de Discussão com Imigrantes (G.D.Im)

-No momento da apresentação, para quebrar o “gelo inicial” e para conquistar espaço de aproximação entre nós e os participantes, aludimos de forma bem-humorada ao fato dos nomes próprios dos quatro (inclusivamente do casal romeno), serem por coincidência também frequentes em Portugal.

-Sentimos que esta alusão veio reforçar a captação dos participantes para a discussão.

- Para aceder à informação de forma dissociada da pessoa individual do enfermeiro A ou B ou de si mesmos (imigrantes), perguntámos também sobre “outros” imigrantes que talvez conhecessem, cujos exemplos pudessem ser mobilizados.

- Quando perguntámos se os “outros” também pensam como eles em relação aos cuidados de enfermagem, sentimos algum “alívio” traduzido numa maior espontaneidade de expressão dos participantes;

- Todavia pouco mudou o conteúdo da mensagem: “os enfermeiros em Portugal tratam melhor os imigrantes, por serem imigrantes; “se as coisas às vezes não correm tão bem com os cuidados de enfermagem, temos que pensar que também pode estar relacionado com a forma como os imigrantes se dirigem aos enfermeiros”.

- Numa fase inicial (primeiros 10') sentimos alguma dificuldade de “desconstruir” a necessidade de dizerem que “tudo estava bem”.

- À medida que o tempo foi decorrendo a interação no grupo tornou-se “mais leve”; “os doces” pareceram ajudar a possibilidade de se expressarem no momento de forma mais informal, surgindo reforçada a espontaneidade no discurso.

Os aspetos enumerados no Quadro 1, respeitantes ao desenvolvimento do grupo de discussão com participantes imigrantes (G.D.Im), dão também conta da forma como fomos ultrapassando algumas limitações desta técnica (Flick, 2005; Bryman, 2012); no caso deste estudo prenderam-se sobretudo com a

nossa conotação como investigadora mas também como enfermeira e à situação específica de vulnerabilidade destes sujeitos num país de acolhimento que não é originalmente o seu, cuja importância nos é apontada por diferentes autores (Silva & Martingo, 2007; Durieux-Paillard, 2011).

Em seguida apresentaremos os dados relativos ao grupo de discussão com os participantes enfermeiros (G.D.Enf).

3.3.2- Dos enfermeiros

À hora prevista encontravam-se os sete enfermeiros que haviam confirmado a disponibilidade para o grupo de discussão: cinco da unidade de saúde familiar, onde fizemos observação participante e entrevistas, e dois das diferentes unidades de cuidados na comunidade, cujas visitas domiciliárias acompanhámos desenvolvendo observação participante.

Ao contrário dos integrantes do grupo anterior, sabíamos que, na linha de Burgess (1997), nestes sujeitos os sentidos atribuídos às ações e aos acontecimentos sociais circundantes, resultavam de uma “confluência” da lógica organizacional dos seus contextos multiculturais de cuidados, com as suas lógicas de aprendizagem individuais. Neste sentido tivemos em conta que a sua interpretação das questões colocadas e a estrutura das próprias interações no grupo, se por um lado asseguravam os critérios de “experiência, conhecimentos e capacidade intelectual”, previstos por Geoffrion como desejáveis, por outro lado e na linha do mesmo autor “as pessoas que se conhecem causam problemas particulares” (2003, p.329). Desta forma preparámo-nos com a adequada flexibilidade e criatividade previstas como necessárias de acordo com as circunstâncias da colheita de dados e movimento indutivo da investigação (Miles & Huberman, 1994; Bogdan & Biklen, 2010; Streubert & Carpenter, 2013).

Em cena com o grupo de enfermeiros

Foi-nos disponibilizada uma outra sala, compatível com a dimensão deste grupo de participantes; desta vez e posto que este espaço se inseria numa das unidades de cuidados na comunidade, disponibilizaram-nos também uma mesa retangular coberta com uma toalha vermelha, conferindo ao ambiente um carácter acolhedor e “quase festivo”, que novamente completámos com a taça de doces, aludindo simbolicamente à partilha (também de ideias como pretendíamos), constituindo-se para nós como importantes artefactos naquele momento (LeCompte & Preissle, 1994; Streubert & Carpenter, 2013). A fotografia que apresentamos em seguida (Figura 13), refere-se à sala preparada na unidade de saúde, no momento que antecedeu a entrada dos participantes para a discussão em grupo.



Figura.13 - Fotografia de Sala preparada para o Grupo de Discussão com Enfermeiros

Sentámo-nos indiscriminadamente à volta da mesa. Estávamos conscientes de que durante todo o tempo em que ocorrera o trabalho de campo, fizéramos o exercício necessário de lidar, tal como refere Gerrish com o “papel duplo enquanto uma investigadora e enquanto uma colega de enfermagem” (2005, p. 90), e que este era mais um momento em que essa distinção tinha que ser claramente feita.

Assumimo-nos como animadora propondo as apresentações prévias (duas das enfermeiras não se conheciam), agradecendo a presença no grupo, relembrando da confidencialidade dos dados, anonimato dos participantes e solicitando autorização para registo em suporte digital para posterior transcrição dos dados (Bogdan & Biklen, 2010; Geoffrion, 2003), tal como no grupo dos participantes imigrantes.

Após breve introdução, lançámos a questão central – estímulo inicial da discussão: “Até que ponto se reconhecem como construtores das vossas competências culturais quando cuidam de pessoas imigrantes?”. Gerou-se algum constrangimento inicial, alicerçado na interpretação do conceito de “competências culturais”, na sequência do que esperávamos da análise do material discursivo das entrevistas anteriores.

Desta forma, por um lado validámos logo inicialmente a interpretação a este nível, mobilizando por outro a flexibilidade necessária na animação do grupo com a reformulação da questão (Bogdan & Biklen, 2010; Bryman, 2012), contextualizando os participantes aos momentos das suas interações e cuidados com imigrantes. As questões foco seguintes, foram sendo colocadas ao grupo de acordo com a planificação já mencionada.

Na Figura 14, tal como para o grupo anterior, apresentamos os temas culturais obtidos em resposta aos objetivos definidos, desta vez formulados com base nos constructos enunciados por Campinha-Bacote (2003, 2010, 2011) para a construção das competências culturais nos enfermeiros. Os temas culturais obtidos a partir da análise do material produzido no grupo de discussão (G.D.Enf), são apresentados, de acordo com a perspetiva de Spradley (1980), sob a forma de “regras tácitas”, tal como para o outro grupo.

Data: 7 de Março de 2013	Hora de início e término: 13.30 – 15.00 h (90') Previsão inicial: 70'
Finalidades: -Validar a interpretação dos dados relativa ao processo de construção de competências culturais nos enfermeiros -Obter a saturação dos dados e suplementação do corpus obtido através de técnicas anteriores	Objetivos: A- Caraterizar o desenvolvimento da consciência cultural dos participantes B- Identificar áreas de conhecimento cultural C- Caraterizar habilidades culturais utilizadas em situações de interação D- Identificar os aspetos valorizados no planeamento e decurso dos encontros E- Identificar a manifestação de desejo cultural
Questão central (estímulo no início da discussão): - Até que ponto se reconhecem como construtores das vossas competências culturais quando cuidam de pessoas imigrantes? <i>- Algum constrangimento nos primeiros dois ou três minutos, após colocação da questão central, até se iniciar a discussão.</i> <i>- O conceito de “competências culturais” surge como pouco claro para os participantes, tal como esperávamos; reformulámos o estímulo pedindo que se centralizassem no desenvolvimento dos cuidados a imigrantes, tendo-se despoletado de imediato a discussão.</i>	
Objetivo A: Caraterizar o desenvolvimento da consciência cultural dos participantes (enfermeiros)  “REGRAS” tacitamente aceites: *Cuidar de imigrantes estimula o questionamento nos enfermeiros sobre a forma como estas pessoas olham para eventos como a gravidez, o aleitamento e outros, no percurso das suas vidas *A discussão em equipa de pares e multidisciplinar, ajuda a multiplicar saberes *Cuidar imigrantes ajuda a desenvolver a capacidade de empatia nos enfermeiros, porque há que saberem colocar-se no lugar do outro *Cuidar imigrantes é um desafio a superar em várias tentativas *Quando os enfermeiros cuidam imigrantes podem sentir-se inseguros	
Objetivo B: Identificar áreas de conhecimento cultural	



“REGRAS” tacitamente aceites:

- *Cuidar imigrantes estimula a pesquisa dos enfermeiros sobre o que está na base de comportamentos adotados por estas pessoas
- *Os enfermeiros precisam de conhecer como os imigrantes enquadram culturalmente a saúde e a doença para não comprometerem a qualidade dos cuidados
- *Um dos objetivos dos enfermeiros quando cuidam imigrantes é fazer-lhes entender o que lhes pode ser oferecido nas organizações prestadoras de cuidados de saúde

Objetivo C: Caraterizar habilidades culturais utilizadas em situações de interação



“REGRAS” tacitamente aceites:

- *A relação com os imigrantes constrói-se dando-lhes: segurança e mostrando atenção e preocupação
- *O planeamento da intervenção específica é feito com base na individualidade; chegar aqui nos imigrantes passa pela clareza na língua e no enquadramento cultural da mensagem
- *Cuidar imigrantes implica mais atenção e proteção do que nas outras pessoas
- *Quando há crianças nos encontros com imigrantes, há uma probabilidade aumentada de chegar mais rápido e mais perto dos pais
- *Quando o tempo não é suficiente nos cuidados planeados aos imigrantes, os enfermeiros encontram momentos informais onde colmatam as necessidades identificadas

Objetivo D: Identificar os aspetos valorizados no planeamento e decurso dos encontros



“REGRAS” tacitamente aceites:

- *É preciso mais tempo para desenvolver uma relação entre enfermeiros e imigrantes nos cuidados
- *Quando os enfermeiros começam a conhecer os imigrantes, esquecem que são imigrantes
- *Quando se cuidam imigrantes a maior dificuldade é na abordagem da intimidade pela imprevisibilidade no enquadramento cultural
- *Cuidar imigrantes implica ser-se cauteloso e mais lento
- *Quando existem intérpretes, familiares dos imigrantes, há questões que os enfermeiros não colocam por se sentirem constrangidos
- *A presença de intérpretes pode ser constrangedora para os enfermeiros pela existência da terceira pessoa nos cuidados e/ou pela demasiada proximidade dessa pessoa com o imigrante
- *A barreira da língua é fonte de dificuldades nos encontros dos enfermeiros com imigrantes

pelo que deve existir alguém que faça a tradução

*Cuidar imigrantes implica a gestão de diversidades como dificuldade acrescida nos encontros

Objetivo E: Identificar a manifestação de desejo cultural



“REGRAS” tacitamente aceites:

*Saber cuidar imigrantes assegura aos enfermeiros que sabem cuidar na diferença, em qualquer situação, com qualquer pessoa

- Que sujeitos do grupo respondem? *Todas os participantes foram aleatoriamente respondendo às questões.*

- Que particularidades observamos nas interações? *Inicialmente parecia emergir alguma discussão bipolarizada entre os dois diferentes tipos de contextos estudados, que se foi diluindo e transformando em maior enriquecimento da produção de dados ao longo da discussão.*

Figura 14. Resultados do Grupo de Discussão com os Participantes Enfermeiros.

Também à semelhança do que fizemos para o grupo dos participantes imigrantes, apresentamos no Quadro 2, algumas notas reflexivas, ilustrativas da forma como foi decorrendo a animação do grupo de discussão e de como fomos concretizando os objetivos ligados à validação e saturação dos dados, em torno do fenómeno em estudo, com os participantes enfermeiros.

Quadro 2

Notas Reflexivas produzidas durante a Animação do Grupo de Discussão com Enfermeiros (G.D.Enf)

- A mobilização do conceito de “competências culturais” na questão central não foi clara para os enfermeiros, tendo sido necessária a reformulação da questão.

- Notámos alguma agitação inicial que nos pareceu ligada ao facto da maioria dos participantes se conhecerem e trabalharem juntos.

- A hora foi sugerida pelos participantes, tendo-se iniciado a discussão ainda dentro do período do almoço e mesmo assim todos os que confirmaram estiveram presentes.

- Durante a discussão surgiu uma contradição de uma das participantes face à mensagem que nos havia veiculado na entrevista: “só vamos buscá-los (aos imigrantes) à sala de espera, se eles não tiverem comparecido à chamada inicial pelo altifalante”(G.D.Enf); a contradição surgiu após intervenção de uma

participante que referiu não achar necessidade de se interagir com estas pessoas na sala de espera.

- Considerámos importante “desfazer” a bi polarização da discussão que surgiu pontualmente até por volta dos primeiros 20’, entre os cuidados prestados nas USF e UCC.

- Recorremos para isso, à referência de dados comuns observados tais como: “relação com os adultos, mediada pelas crianças”; relebrámos também ao grupo a “nossa necessidade de ajuda na interpretação dos dados”.

- Após este momento a discussão fluiu mais descontraída e focalizada na produção dos dados em grupo.

- O número de intervenções foi equilibrado entre os participantes

- Relevaram no final a importância de poderem conduzir este tipo de colheita de dados com um instrumento adequado aos imigrantes.

- Uma das participantes relembra que: “afinal esse aspeto das competências culturais de que falava (referindo-se a nós) no início, e não nos fez muito sentido, até já fazemos muita coisa!” (G.D.Enf).

- Quando encerrámos a discussão, uma das participantes agradece a “oportunidade de discutir estas coisas” (G.D.Enf), e outros lhe seguiram o exemplo.

- O grupo no seu conjunto saiu aparentemente satisfeito com a oportunidade de discussão.

A produção de dados num grupo com estas características, revelou-se de um grande potencial interpretativo, contornadas as dificuldades com a necessária flexibilidade da investigadora (Bogdan & Biklen, 2010), nomeadamente no que se referiu à influência de opiniões no grupo de alguns participantes como identificou Geoffrion (2003). Elaborámos os relatórios subsequentes aos grupos de discussão que optámos por desenvolver, em sustentação da profundidade do movimento interpretativo que pretendíamos (Hammersley & Atkinson, 2007); estes contêm notas reflexivas complementares às que apresentamos nos Quadros 1 e 2, incluindo frases que considerámos significativas para confronto com a transcrição integral dos momentos de discussão.

Tal como apresentámos no diagrama sequencial de produção de dados anterior¹⁵, as opções que desenvolvemos, tiveram por base: a triangulação dos dados obtidos por via das análises taxionómica e componencial a partir da observação participante, a codificação dos dados emergentes por via da análise das narrativas escritas e orais produzidas e dos grupos de discussão, articulando-os com os aspetos teórico-conceituais selecionados e com os próprios participantes do estudo. Neste sentido de acordo com Livta e Jacoby (2004) e Flick (2005), corporizámos esta triangulação em diferentes dimensões: ao nível de fontes e dados – com diferentes sujeitos neste processo, ao nível dos métodos de recolha de dados, dos diferentes contextos como vimos enunciando e ao nível teórico com a mobilização de diversos autores procurando simultaneamente vários pontos de vista, bem como ainda a possibilidade de contrastes, com a análise dos dados emergentes. Nesta sequência de acordo com os critérios de apreciação que enquadram o estudo indutivo produzido, adotámos a definição de Livta e Jacoby (2004): *validade* (pela possibilidade da triangulação de fontes, dados e métodos utilizados para a sua recolha, e pela verificação dos resultados pelos participantes nos grupos de discussão); *transferabilidade* (pela triangulação teórico-conceitual assumida e pela descrição detalhada em cada passo do processo de investigação); *fidelidade* (pela flexibilidade do desenho do estudo, uso de dados registados e transcrição integral dos mesmos) e *verificação* (com a assunção da reflexividade em cada etapa do processo, acautelando os riscos inerentes à manipulação dos dados obtidos e à nossa presença nos contextos).

Com a lógica das opções adotadas, visámos o desenvolvimento da análise interpretativa na caracterização dos padrões da cena cultural – interação e cuidados culturais entre enfermeiros e imigrantes (Spradley, 1980; Miles & Huberman, 1994; Strauss & Corbin, 2008), como explicitaremos no capítulo seguinte.

¹⁵Cf. Figura 5 – ponto 3.2 (pág. 64).

PARTE III

DA CENA CULTURAL À PRODUÇÃO TEÓRICA DESENVOLVIDA

4- EMERGÊNCIA DE UM OLHAR SOBRE AS COMPETÊNCIAS CULTURAIS NOS ENFERMEIROS

“Para progredir, não basta querer-se agir, é indispensável antes de tudo saber em que sentido se pretende agir”

Gustave LeBon

Nesta fase do percurso etnográfico tal como apontou Spradley (1980), pretendemos chegar aos padrões culturais que caracterizam a cena cultural que delimitámos na realidade social do estudo. Em concordância com este autor estes padrões foram sendo “descobertos”, ao tentarmos perceber como é que os enfermeiros e os imigrantes organizam os seus comportamentos, como fazem uso dos artefactos em contextos multiculturais e porque fazem uso deles, como organizam os espaços onde decorrem as interações, os cuidados desenvolvidos entre si e que sentidos atribuem a estas experiências.

A “corrente lógica de evidência” apontada por Miles e Huberman (1984, 1994) constituiu-se nesta fase como um “todo” enformada a partir de um “fluir” dos dados que considerámos como único durante a análise que fomos desenvolvendo, permitindo-nos estabelecer ligações claras e compreensíveis como sugeriram os mesmos autores.

Estudámos até agora diferentes perspetivas teóricas, sendo que neste momento procuramos a nossa própria perspetiva sobre a construção das competências culturais nos enfermeiros, numa ligação ascendente das “constatações mais particulares” (Carvalho, 2009, p.86) observadas na cena cultural, até ao desenvolvimento da teoria a partir do método indutivo que utilizámos.

Procuramos neste capítulo o desenvolvimento da coerência conceptual e teórica, buscando a ligação do “abundante” material empírico analisado a padrões abstratos, “atravessando” as proposições de outras investigações, tentando perceber o que está por “detrás” do fenómeno em estudo.

Tendo a noção tal como advertiu Spradley de que “qualquer etnografia é uma etnografia parcial” (1980, p.159), contextualizando o nosso estudo temos também a convicção de que olhamos neste momento de uma diferente forma

para o fenómeno da construção das competências culturais nos enfermeiros a partir da “imersão” que fizemos na cena cultural – interação e cuidados entre estes e as pessoas imigrantes. Optaremos por documentar as asserções que forem sendo desenvolvidas com a análise e discussão do material empírico, a partir da apresentação de “proposições induzidas pelos resultados da pesquisa” (Carvalho, 2009, p.156) de que iremos dando conta, utilizando como organizadores (eixos centrais) da estrutura da teorização produzida os padrões culturais emergentes nos sujeitos enfermeiros.

Estes padrões foram identificados a partir de associações sucessivas de dados, por sua vez produzidos a partir das múltiplas técnicas que fomos utilizando com especial ênfase interpretativo após validação, saturação e reinterpretção nos grupos de discussão atrás mencionados.

Após esta sucessão de fases, triangulação de dados e confrontando-nos com as configurações da realidade propostas pelos diferentes autores consultados, desenvolvemos o designado “esforço de justificação”, sugerido por Miles e Huberman (1984, 1994); deste esforço daremos conta neste capítulo¹⁶, procurando a inteligibilidade dos dados de acordo com os diferentes estatutos que lhes fomos atribuindo ao longo da análise, constituindo-se progressivamente como elementos definidores dos padrões culturais no percurso de estudo etnográfico que desenvolvemos.

¹⁶ Utilizaremos diferentes códigos, para a identificação dos dados no texto, mobilizados a partir das várias fontes de sua produção. Unidades de registo de entrevistas e narrativas de enfermeiros: **E.Enf** e **Na.Enf** ; Unidades de registo de entrevistas e narrativas de imigrantes: **E.Im** e **Na.Im**; Unidades de registo de entrevistas a informantes privilegiados: **E.MC** e **E.Med** (respetivamente de mediadora cultural e médico); excertos dos momentos de observação participante: **O.P.**; excertos de grupos de discussão: **G.D.Enf** e **G.D.Im** (respetivamente de enfermeiros e de imigrantes). Utilizaremos ainda o **itálico** para as citações dos participantes; as reticências ... quando existem pausas no discurso; quando considerarmos excertos não relevantes nas citações dos participantes, utilizaremos reticências entre parêntesis (...); colocaremos ainda uma palavra ou pequena frase entre parêntesis nestas citações, quando houver lugar/necessidade de algum tipo de esclarecimento no contexto do significado da mensagem transmitida pelo participante e por nós mobilizada na investigação. Nalguns excertos referentes ao discurso dos sujeitos utilizamos também abreviaturas para designar: Enfermeir(o)a (**Enf^o/Enf^a**); Imigrante (**Im.**); Médica (**Dra.**) e Senhora (**Sra.**).

Assumidos os eixos centrais de análise e discussão – padrões culturais – desenvolveremos a triangulação dos dados a partir das diferentes técnicas usadas para a sua recolha, que em seguida explicitaremos face à forma como progredimos na discussão e na teorização.

Estruturámos o processo de análise interpretativa deste estudo com a matriz apresentada na Figura 15 sob o título – *Os sentidos atribuídos pelos enfermeiros à interação e cuidados com imigrantes: clarificando o processo de construção das suas competências culturais*, complementada a partir da Figura 16 com o título – *Os sentidos atribuídos pelos imigrantes à interação e cuidados com enfermeiros: identificando a face visível do processo de construção de competências culturais*, de acordo com a sequência que passamos a explicar:

-Articulamos os dados codificados a partir dos sistemas de categorias (*o que os sujeitos nos dizem*), especificamente das dimensões emergentes, com os dados codificados nos domínios culturais da análise taxionómica (*o que os sujeitos nos mostram*), partindo dos temas culturais identificados com os grupos de discussão (de A.1 a E.2, na Figura 15 e de F.1 a H.4, na figura 16). Assumimos os padrões culturais dos sujeitos enfermeiros como eixos centrais da discussão dos dados, constituindo-se os restantes elementos enunciados como subsidiários na lógica indutiva do estudo.

Nomeámos neste percurso analítico e interpretativo os seguintes padrões culturais para os enfermeiros: *no desenvolvimento da consciência cultural, explorando conhecimentos culturais, as habilidades específicas, particularidades dos encontros e a motivação do “particular”, pela aplicabilidade no “geral”*.

Em relação aos sujeitos imigrantes nomeámos os padrões culturais: *nas vivências da saúde e da doença, nos cuidados de enfermagem e os enfermeiros nas transições de saúde-doença*.

Daremos agora conta do processo compreensivo desenvolvido em resposta às diferentes questões¹⁷ da investigação e da sua relação com os títulos atribuídos aos capítulos subsequentes, de acordo com o índice do relatório, a saber:

- Ponto 4.1- *Os sentidos em interação e cuidados* – onde procuramos a clarificação dos significados produzidos em situações de cuidar imigrantes.
- Ponto 4.2- *A gestão das relações em contexto* – pretendemos a caracterização das interações estabelecidas entre sujeitos, na cena cultural.
- Ponto 4.3- *As estratégias na relação terapêutica multicultural* – procuramos estabelecer a tipificação das ações e comportamentos dos sujeitos em contextos de cuidados.
- Ponto 4.4- *O contributo dos enfermeiros no processo de saúde-doença dos imigrantes* – pretendemos identificar as dificuldades e as mais-valias nas interações e cuidados entre sujeitos.
- Ponto 5 (com o subcapítulo 5.1) - *Da anamnese nos imigrantes à construção de competências culturais nos enfermeiros* – onde corporizamos a análise interpretativa do fenómeno da construção das competências culturais nestes profissionais, culminando com a proposta de um esquema de interpretação do mesmo, resultante como propuseram Srauss & Corbin (2008), da integração sistemática de conceitos estudados, com a declaração das relações que estabelecemos.

¹⁷Os diferentes capítulos correspondem à discussão dos dados com base nas questões formuladas (cf. Ponto 1, pág. 38), da seguinte forma:

Ponto 4.1 – «*Que significados são atribuídos em situações de cuidar imigrantes?*»

Ponto 4.2 – «*Como se caracterizam as interações estabelecidas entre quem cuida e quem é cuidado?*»

Ponto 4.3 – «*Que tipificação é possível estabelecer em situações multiculturais de cuidados?*»

Ponto 4.4 – «*Que dificuldades e mais-valias são identificadas nos cuidados em contexto multicultural?*»

Ponto 5 – «*Que análise interpretativa é possível realizar a partir dos resultados do estudo?*».

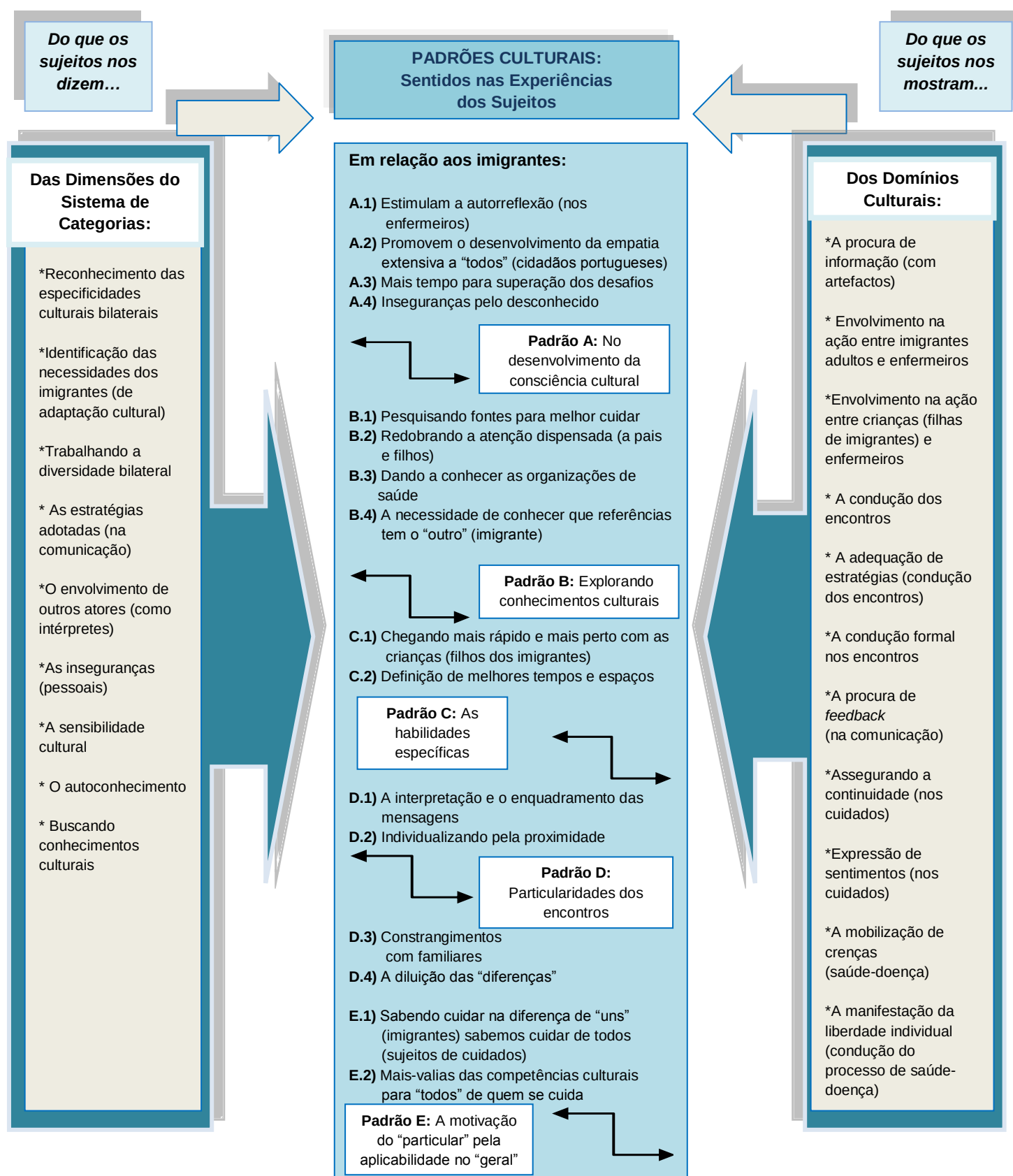


Figura 15. Os Sentidos Atribuídos pelos Enfermeiros à Interação e Cuidados com Imigrantes – clarificando o Processo de Construção das suas Competências Culturais

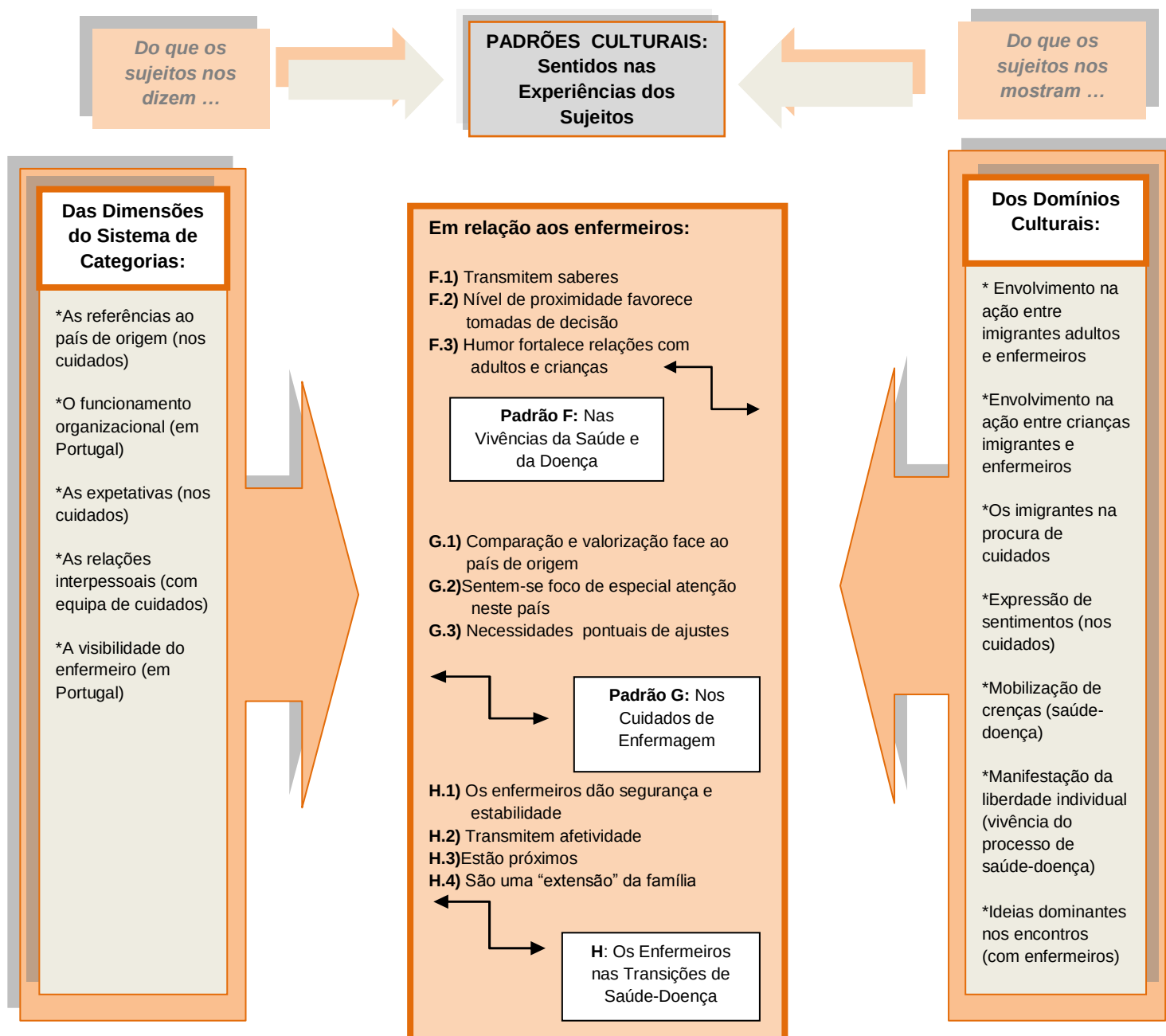


Figura 16. Os Sentidos Atribuídos pelos Imigrantes à Interação e Cuidados com Enfermeiros – Identificando A Face Visível do Processo de Construção de Competências Culturais

4.1- OS SENTIDOS EM INTERAÇÃO E CUIDADOS

Os sentidos em interação e cuidados entre sujeitos são-nos veiculados no estudo pelo padrão cultural – **No desenvolvimento da consciência cultural**. Este padrão emerge sobretudo caracterizado por *temas culturais* ligados aos enfermeiros, pois que se trata da “sua” consciência da multiculturalidade em cuidados com imigrantes – *estimulam a autorreflexão (nos enfermeiros), promovem o desenvolvimento da empatia extensiva a “todos”(cidadãos portugueses), mais tempo para superação dos desafios e inseguranças pelo desconhecido*; mas emerge também na lógica de interpretação deste padrão, um *tema cultural* ligado aos imigrantes – *comparação e valorização face ao país de origem*.

Relativamente aos enfermeiros, quando se reportam aos momentos com pessoas imigrantes identificam que estes sujeitos lhes *estimulam a autorreflexão*:

“porque há coisas que não nos fazem sentido e depois culturalmente... lembrei-me agora da questão dos bebés e daquelas coisinhas, rapar o cabelo a nós não fazia (nenhum sentido) mas, depois contextualizando vamos percebendo e até entre equipa (...) vamos discutindo” (G.D.Enf)

Este tipo de reflexão parece compatível com o processo de “conhecimento de si” estimulado nestas interações, com uma tomada de consciência de novos referenciais e do seu ajuste com outros pré-existentes, como aponta Josso (2002).

Identificam também que os encontros com imigrantes lhes *promovem o desenvolvimento da empatia*:

“Eu sinto que tenho a necessidade de questionar-me, a questão da empatia de pôr-me no lugar do outro, se eu tivesse ... eu sinto essa necessidade de perceber, depois avaliando e fazendo a reflexão da intervenção, já posterior sinto esta necessidade” (G.D.Enf)

Identificamos também noutros momentos da discussão em grupo, esta empatia como extensiva a “*todos*” os sujeitos de cuidados, inclusivamente aos cidadãos portugueses.

Os enfermeiros salientam ainda que no caso dos imigrantes, necessitam de *mais tempo para superação de desafios* nos momentos de encontro:

“É assim, apesar de não termos mais tempo a gente faz esse prolongamento (nas consultas com imigrantes) e é assim, ou pedes à outra colega (dirigindo-se a outra enfermeira do grupo) ou atrasas a outra colega” (G.D.Enf)

Parece sublinhar-se a necessidade da consciência de outro (e maior) tipo de investimento para a superação de dificuldades bilaterais, na linha apontada por Douglas et al. (2009) nos *standards* para desenvolvimento dos cuidados de enfermagem culturalmente competentes. Identificamos igualmente aqui a importância da dimensão “tempo” atribuída por Brofenbrenner (2002), face à assunção consciente desta participante, da importância da sua ponderação na reorganização das estratégias para a continuidade dos cuidados em contexto multicultural.

Os enfermeiros salientam também que estes momentos de encontro são por vezes sinónimo de *inseguranças pelo desconhecido* a que os ligam, como no excerto do grupo de discussão que apresentamos, identificando a colocação da sua capacidade de superação das resistências iniciais dos imigrantes na adesão aos cuidados propostos:

“Pronto, exatamente, mas nós aqui (USF) às vezes para fazer o teste do pezinho sentimos alguma resistência (dos pais imigrantes) que não querem e depois até vamos, continuamos e depois eles começam a vir aqui, aí é que a gente vai ganhando o terreno e criando esses laços e começando a perceber” (G.D.Enf)

Evidencia-se aqui para além da dimensão “tempo” a importância do desenvolvimento da relação de confiança, a partir de uma adaptação gradual cultural entre as partes e conscientemente desenvolvida pelos enfermeiros (Campinha-Bacote, 2002; Griffiths et al., 2003; Degazon, 2011).

Por outro lado identificámos que os imigrantes ao manifestarem-se neste momentos nas díades, em termos da importância que atribuem à *comparação e valorização face ao país de origem*, relativamente aos cuidados que lhes são prestados, têm impacto junto dos enfermeiros, consciencializando estes profissionais dos juízos de valor e da avaliação feita em função do seu desempenho; os imigrantes identificam outros sentidos no papel dos enfermeiros face às diferenças que encontram entre o país de acolhimento e o país de origem:

“Como eu tive um menino que nasceu no Brasil, que já «tá» com onze anos, aqui eu achei que ela (enfermeira da USF) faz quase a função da médica” (G.D.Im)

Aos olhos destes sujeitos os enfermeiros parecem surgir nos cuidados com um papel sobreponível ao que esperariam do médico. Referenciam-nos ao seu país de origem por comparação a uma perspetiva “medicalizada” das funções dos enfermeiros, que identificam nos contextos de cuidados no país de acolhimento, como referem os estudos de Amendoeira (1999) e Vega (2010). Ao serem alvo deste tipo de visibilidade para os imigrantes, parecem criar-se as condições para os enfermeiros que Meleis (2005) identifica como promotoras de reflexividade, compostas de distintos elementos: intrínsecos e particulares na prática clínica e na disciplina de enfermagem (preocupações individuais dos enfermeiros), e extrínsecos (trazidos neste caso pelos imigrantes e pela organização do trabalho nas unidades estudadas).

A Figura seguinte acrescenta mais elementos definidores ao padrão cultural em análise, a partir do que os sujeitos nos “disseram” e “mostraram” no terreno, para além dos temas culturais já referenciados.

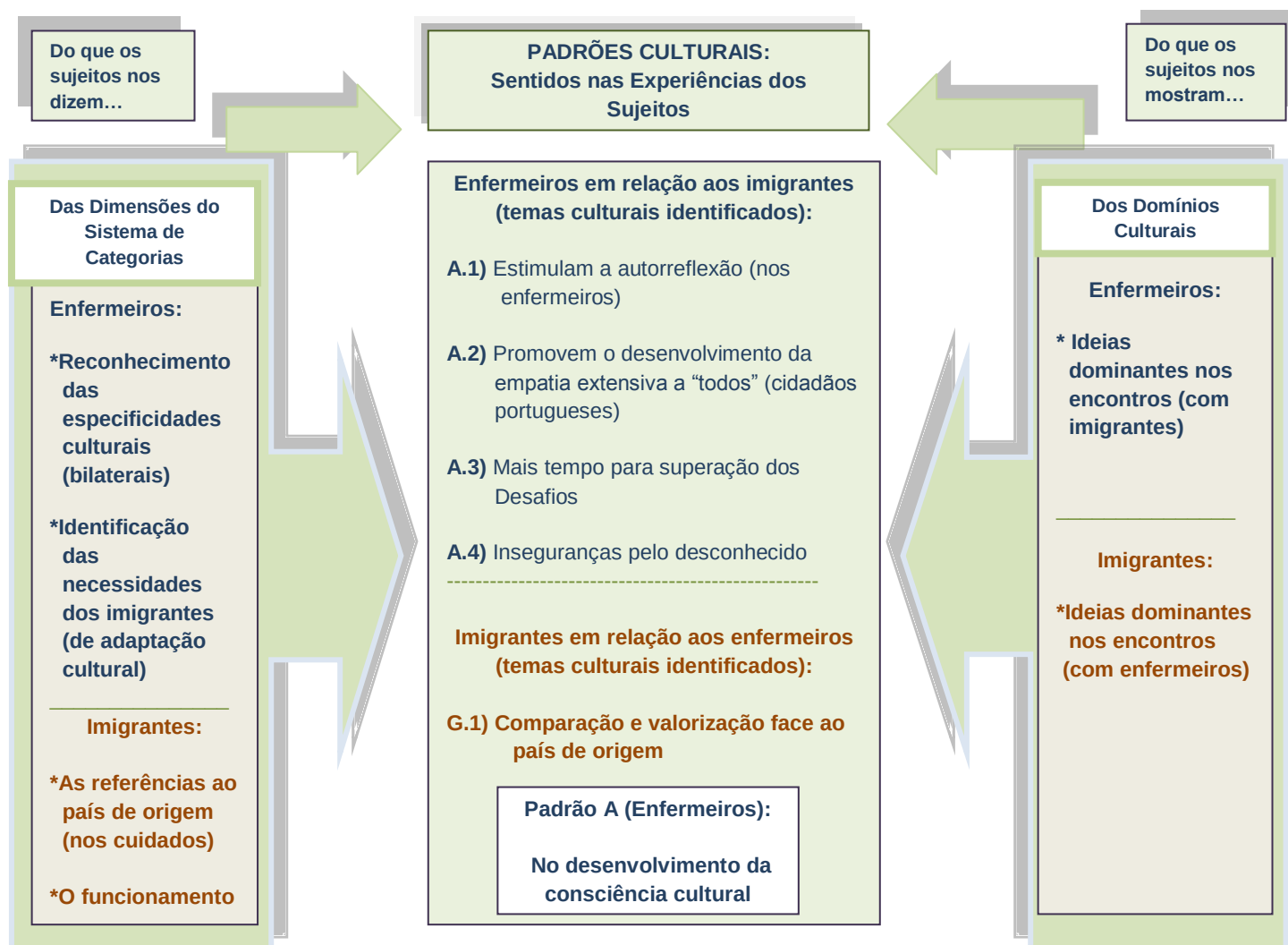


Figura 17. Elementos definidores do padrão cultural dos enfermeiros – **No desenvolvimento da consciência cultural** – dimensões dos sistemas de categorias¹⁸ e domínios culturais associados.

Relativamente a este padrão cultural considerámos as categorias emergentes na dimensão **Reconhecimento de especificidades culturais**, numa perspetiva de adaptação cultural pelos enfermeiros: *aceitação das diferenças, estratégias para a continuidade dos cuidados e a humildade*

¹⁸ De acordo com a Figura 17, as dimensões mobilizadas na discussão deste padrão cultural, referem-se ao tema do sistema de categorias das entrevistas e narrativas dos **enfermeiros**: “A adaptação cultural” (Dimensões – **Reconhecimento das especificidades culturais e Identificação das necessidades dos imigrantes**), e ao tema: “Reenquadrando culturalmente os cuidados”(Dimensões – **As referências ao país de origem e O funcionamento organizacional**), do sistema de categorias das entrevistas e narrativas dos **imigrantes**.

cultural, como explicitadoras do desenvolvimento da consciência cultural destes sujeitos.

Na unidade de registo que apresentamos torna-se clara a consciência cultural da enfermeira, face ao inesperado mas ainda assim aceite comportamento identificado:

“eles (imigrantes) tentam experimentar (introdução do peixe mais cedo nos bebés) às vezes não dizem (risos) mas já têm experimentado quando a gente começa ali depois eles: «Ah eu já experimentei e tal, pronto» e eu digo: «Ah se não fez alergia tudo bem, continue” (E.Enf.I)

Evidencia-se nesta situação uma manifestação pela enfermeira de prévia identificação e flexibilidade face à necessidade de fazer *adaptações culturais* com a mãe imigrante, uma vez identificados outros hábitos e comportamentos. A enfermeira parece procurar sobretudo a valorização de objetivos comuns na díade (acompanhar cuidados maternos ao bebé, neste caso), como sugere o estudo de Benckert et al. (2004). Revela-se simultaneamente na situação desta unidade de registo, uma atitude de tolerância e flexibilidade face às diferenças identificadas, na linha apontada por Leininger (2001) nas *guidelines* para a prática clínica da enfermagem transcultural.

Neste outro excerto ilustramos as *estratégias adotadas para a continuidade dos cuidados* na equipa pós reconhecimento da adaptação cultural necessária nos cuidados, visando uma relação de segurança para a pessoa e família, neste caso relacionada com a prática religiosa:

“(família) poderia levar o «Alcorão», para junto do seu familiar e que (a enfermeira) iria transmitir à equipa de enfermagem, a presença do mesmo.” (Na.Enf.VII)

Esta valorização vai ao encontro do estudo de Cortis (2004), apontando as crenças e prática religiosas como componentes culturais específicos e determinantes no equilíbrio de saúde das pessoas culturalmente diversas,

frequentemente desvalorizadas segundo o autor em alguns contextos de cuidados no Reino Unido, ao contrário do que aqui registamos.

Nesta outra unidade de registo evidencia-se a manifestação da *humildade cultural* pela enfermeira:

“Também ouvir, ouvi-los um bocadinho porque eles vêm com hábitos diferentes dos nossos e portanto adequar uma coisinha ou outra porque nem tudo está bem o que a gente diz nem tudo está mal o que eles dizem, portanto adequar um bocado à realidade deles e aos hábitos deles” (E.Enf.I)

Parece relevar-se uma clara sobreposição à construção de semelhanças após identificação de diferenças culturais (Leininger, 1994, 1998; Campinha-Bacote, 2003).

Quanto à dimensão **Identificação das necessidades dos imigrantes**, ela surgiu caracterizada pelos enfermeiros nas categorias: *priorização de cuidados, promoção da esperança e reenquadramento ao contexto de cuidados*, como elementos tradutores do desenvolvimento da sua consciência cultural. Na unidade de registo que apresentamos evidencia-se a necessidade e a vontade manifestadas pela enfermeira, de uma melhor adequação dos cuidados às mulheres imigrantes, apontando como condição da *priorização de cuidados*, o conhecimento prévio de especificidades culturais enquadradoras das expectativas destas pessoas:

“perceber as especificidades, algumas especificidades da cultura delas (mulheres imigrantes)... e direcionar os meus cuidados por forma a ... dentro das minhas possibilidades atender a essas mesmas necessidade” (E.Enf.IV)

Tal postura está de acordo com as investigações de Skott e Lundgren (2009) e de Vega (2010), que apontam a importância de se identificarem previamente as particularidades culturais, pré noções, pré conceitos dos sujeitos de cuidados mas também as que respeitam aos próprios enfermeiros em contextos multiculturais.

No sentido da consciência da necessidade de corresponderem a estas expectativas, os enfermeiros manifestaram-se ainda como “agentes” na *promoção da esperança* nos imigrantes como podemos identificar nesta narrativa:

“Senti-me como promotora de esperança na resolução das situações (entre imigrantes e equipa de saúde)” (Na.Enf.I)

A consciência deste papel vem na linha dos *standards* descritos por Douglas et al. (2009) para a prática de cuidados de enfermagem culturalmente competentes, especificamente no *sexto standard – Patient Advocacy and Empowerment*, onde se enfatiza a importância dos enfermeiros se responsabilizarem pelo reconhecimento, motivação e inclusão destas pessoas nos cuidados e serviços de saúde.

Ainda em relação à necessidade de *reenquadramento* cultural dos imigrantes ao contexto de cuidados pelos enfermeiros – a tomada de consciência destas pessoas é por vezes salientada como faseada, progressiva, no contexto de interação, parecendo sugerida por comparação a outros sujeitos de cuidados como nesta situação de promoção da saúde em grupo:

“De fato, à medida que as aulas iam decorrendo (curso de preparação para o parto), a percepção sobre as diferenças culturais foi aumentando” (Na.Enf.IV)

Parece salientar-se o desenvolvimento progressivo e consciente da sensibilidade cultural (Campinha-Bacote, 2002, 2003), a partir das interações estabelecidas com os imigrantes e com o enquadramento cultural das necessidades em cuidados destes sujeitos, como sugere a investigação de Tuohy et al. (2008).

O discurso dos imigrantes emerge também como esclarecedor neste padrão cultural, associado à dimensão **As referências ao país de origem**, numa perspetiva de reenquadramento cultural dos cuidados que lhes são prestados pelos enfermeiros, com as categorias: *valorização dos saberes profissionais, busca pelos direitos de cidadão e recurso a práticas leigas*. Tal como referimos

a propósito do grupo de discussão dos imigrantes, os esforços dos enfermeiros no reenquadramento e na procura da clarificação dos sentidos nas díades de cuidados, identificadas a partir das suas narrativas e entrevistas, parece corresponder às expectativas dos imigrantes na *valorização dos saberes profissionais* nos cuidados:

“são profissionais competentes (enfermeiros) e muito bem preparados” (Na.Im.II)

A prática clínica médica por outro lado, emerge simultaneamente ligada para estes sujeitos, com as referências ao seu país de origem com a reclamação de pertença e de que sejam olhados na sua diversidade, mas com *direitos* iguais aos *cidadãos* do país de acolhimento, como no excerto que apresentamos:

“Era experimentar medicamentos todas as semanas até que comecei a reclamar. Porque eu não tinha «milhares de dinheiro» para gastar num medicamento que não fazia resultado nenhum. Depois da reclamação veio o medicamento bom” (E.Im.II)

Surge subjacente a esta situação um potencial risco e receio de discriminação suscetíveis de serem sentidos pelos imigrantes nos cuidados de saúde, como aparece identificado a nível europeu (WHO, 2010a) e especificamente associado aos cuidados de enfermagem no estudo de Vega (2010), suportando a necessidade do desenvolvimento da consciência cultural destes profissionais.

Relativamente ao *recurso a práticas leigas* no processo de saúde-doença dos imigrantes, estes participantes referem:

“tentamos primeiro (moldavos), pronto atenuar a dor com os nossos métodos, depois é que vamos... no dia, dois, três que não passa vamos ao doutor. E acho que é muita... às vezes não é por nada e a pessoa (portuguesa) vai ao médico, e tira a vez do outro que é mais grave” (E.Im.II)

Emerge aqui uma conceção de autossuficiência no processo de saúde-doença que é importante que os enfermeiros considerem no planeamento dos cuidados. Esta noção deverá induzir estes profissionais a uma gestão negociada deste processo nas díades, (re)contextualizando os sentidos bilaterais nas interações como sugere o estudo de Benckert et al. (2004).

Por outro lado a capacidade de negociação é tradutora de uma forma sensível dos enfermeiros adaptarem os seus saberes e práticas profissionais; esta capacidade vem também ao encontro das *guidelines* para a prática clínica da enfermagem transcultural (Leininger, 2001), sugerindo esta autora aos enfermeiros, a manutenção de uma atitude disponível e aberta para ouvir e aprender com as pessoas outras referências, crenças e práticas culturais.

Na análise das entrevistas e narrativas dos imigrantes, para a clarificação dos sentidos em interação e cuidados face ao padrão cultural em discussão, emerge a dimensão – **O funcionamento organizacional**, com as categorias: *tempos de espera, critérios de prioridade e desarticulação entre técnicos e organizações*.

Relativamente aos *tempos de espera* emerge alguma insatisfação dos imigrantes no estudo, face ao que é considerado excessivo e desajustado por estes sujeitos, como é identificável nesta unidade de registo:

“mesmo com marcação feita (centro de saúde) esperamos muitas horas para sermos atendidos” (Na.Im.IV)

Esta insatisfação parece associar-se contudo, novamente a comparações específicas ao país de origem:

“Cá (Portugal) é mais demorado um bocadinho, para detetarem algum problema ou coisa assim” (E.Im.II)

Por outro lado os *critérios de prioridade* nos cuidados surgem questionados nas situações relacionadas com os filhos:

“não deram prioridade «a» criança que estava doente” (Na.Im.I)

Sugere-se pouca sensibilidade dos profissionais na identificação das suas necessidades. Esta “visão do mundo” relativamente às organizações de saúde pelos sujeitos imigrantes, parece apontar aos enfermeiros a necessidade de que previnam assimetrias relacionais nos contextos multiculturais de cuidados, como aponta o estudo de Benckert et al. (2004) e de que consciencializem a importância de investirem na preparação dos serviços de saúde culturalmente adaptados às necessidades dos imigrantes (Ingleby, 2011), especificamente na área dos cuidados materno-infantis como apontaram Silva e Martingo (2007).

Neste mesmo sentido, identificámos no discurso dos imigrantes a noção de *desarticulação entre técnicos e organizações*, remetendo-se sobretudo à falta de ajuda e à insegurança na gestão das dificuldades dos seus processos em situações agudas de doença:

“(conjuntivite na família) tivemos consequências graves porque começámos a perder a vista e andámos assim de um lado para o outro como «umas bolas de ping-pong» do centro de saúde para o hospital e vice-versa” (E.Im.II)

Releva-se uma sensação de insegurança e ansiedade do imigrante, apontando a invisibilidade da interação, da monitorização e sintonia neste processo pelos profissionais de saúde, na mesma linha de raciocínio do médico entrevistado, a propósito de outra situação que relata:

“Aliás «la» senhora que é paquistanesa, «no» pode, segundo a sua cultura, ser assistida por homens e então eu «le» fiz uma carta para o hospital, para no parto ser atendida só por mulher e disseram que não” (E.Med)

Surge assim reforçada a necessidade de investimento em unidades culturalmente seguras e em enfermeiros de referência para os imigrantes, nos diferentes contextos de cuidados, tal como sugere o estudo de Plowden et al. (2006) e aponta Durieux-Paillard (2011) a nível europeu.

Evidenciaram-se ainda dois domínios culturais como elementos caracterizadores do padrão cultural em causa – **Ideias dominantes nos encontros (com imigrantes)** e **Ideias dominantes nos encontros (com**

enfermeiros), por sua vez definidos por atributos que acrescentam perspectivas complementares à sua discussão.

Em relação aos imigrantes, a *ideia* do médico como figura *dominante* na equipa de cuidados de saúde surge evidenciada, parecendo registar-se tal como no estudo de Peckover e Chidlaw (2007), uma aceitação natural desta situação por alguns enfermeiros, sem questionamento evidente e/ou sentido crítico da valorização manifestada:

“sim, sim...” (diz a imigrante acenando com a cabeça, respondendo à enfermeira, mas olhando sobretudo para o chão); “mas a minha médica não vem?” (embora não pareça inquieta). (...) Enfª (respondendo à questão sobre a médica, verbalmente, porque anteriormente só acena com a cabeça afirmativamente, sublinha): “Vou só fazer algumas perguntas, porque a sua médica vai vê-la a seguir!” (O.P.4)

Coadjuvando a importância do médico como figura de decisão nos cuidados, surge o reconhecimento do enfermeiro como facilitador no acesso ao médico, como ideia valorizada nos encontros e com manifesta abertura na comunicação entre partes como no excerto que apresentamos:

O pai (da bebé) está muito tranquilo, deixando «correr» a organização daquele momento por conta da enfª (avaliação da criança pela enfª), mas pergunta: “A Dra. R. não vem? Tenho exame de estômago para mostrar” (O.P.14)

Estas conceções dos imigrantes em complementaridade com os excertos veiculados no grupo de discussão, parecem apontar para uma perspectiva “nova” para estes sujeitos – face aos seus países de origem – que vai sendo construída pelos enfermeiros de forma aparentemente intuitiva. A intuição parece aqui desenvolver-se a partir de experiências anteriores nos encontros (Benner, 2001), à medida que os enfermeiros vão “mostrando” uma postura mais próxima, de ligação entre os imigrantes, o médico e eles mesmos, gerindo simultaneamente todo o processo de cuidados nos contextos estudados.

Como *ideias dominantes nos encontros* nas díades, os imigrantes evidenciam também um sentido de necessidade de conquista de espaço pessoal com os enfermeiros, em situações em que ainda não se desenvolveu uma relação de confiança, como nesta primeira consulta de enfermagem:

Enfª (consulta de planeamento familiar): “Ah, então vou ter que fazer-lhe aqui algumas perguntas está bem?”

Im.: “Ah sim...pode fazer... eu no meu país era o que chamam aqui de inspetora da «ASAE»...conheço muitos serviços diferentes...pode fazer...”

Enfª: “ah sim ... conhece muitos ambientes...então e a sra. tem quantos anos?”(pergunta a enfª)

Im.: “42 anos...”

Enfª: “E o que faz por cá?”

A questão foi entendida em relação ao que faz profissionalmente: “Sim mas agora aqui sou chefe da limpeza do supermercado D...ando com uma máquina todo o dia” (faz o gesto de uma máquina de chão provavelmente giratória) (O.P.13)

Emerge nesta situação uma gestão da comunicação estabelecida pela enfermeira, com uma aparente consciência cultural das necessidades do sujeito de cuidados e das suas vulnerabilidades. Focaliza-se na colheita de dados inicial de forma subtil mas simultaneamente eficaz, iniciando a necessária relação de confiança nesta situação, cuja importância surge apontada por diferentes autores (Davidhizar & Giger, 2001; Abreu, 2009, 2011). Esta parece ser também a postura do médico espanhol entrevistado, revelando uma expectativa elevada em relação aos resultados dos esforços da enfermeira na comunicação e relação estabelecidas na consulta de enfermagem. Este participante parece evidenciar contudo a sua frustração por nem assim se registar a esperada adesão aos cuidados propostos, com alguns imigrantes:

“Então... «la» enfermeira fazia a consulta «en» inglês com ela. «Tentamo monte e monte» de vezes para alimentação. «Ma no», eles «son mas desligado» que nossas crianças, eles (imigrantes paquistaneses) «son desligado, no liga muito»” (E.Med)

Nesta lógica parece surgir no terreno a necessidade identificada de que sejam consertados esforços de forma consciente nas equipas de saúde, tornando possível uma “coordenada e sustentável resposta às necessidades de saúde dos migrantes” (WHO, 2010a, p.14).

Relativamente às *ideias dominantes manifestadas nos encontros* com imigrantes pelos enfermeiros, a necessidade de avaliação das competências parentais e a insegurança por desconhecimento cultural, surgem especialmente enfatizadas. Neste excerto de observação participante, aparentemente a enfermeira tenta acautelar desajustes entre o projeto de saúde da mulher imigrante em relação ao filho e os seus objetivos profissionais:

Enfª: “Já veio do hospital (medicação prescrita) e nós aqui só estivemos a dar supervisão (à mãe e ao filho). Eu vim cá e ela fez tudo perto de mim, da primeira vez, para ver se estava apta ou não a administrar a medicação, e na hora da administração. Ela fez tudo comigo e fizemos a partir daí a supervisão” (O.P.2)

Esta valorização das necessidades específicas nas pessoas imigrantes, parece contrariar os resultados de outras investigações em que estes sujeitos se sentem desvalorizados pelos enfermeiros, identificando nestes baixos níveis de compreensão cultural (Toofany, 2007; Vega, 2010).

Por outro lado registámos o enquadramento por alguns profissionais, a experiências tidas anteriormente com imigrantes conotando-os exclusivamente com o seu país de origem. Consideramos esta postura como inibidora do desenvolvimento da consciência cultural dos enfermeiros, numa perspetiva de desvalorização das diferenças individuais e portanto de risco de estereotipia (Vega, 2010; Degazon, 2011) como se torna visível no excerto apresentado:

Enf: “Com os chineses é sempre complicado estabelecer um equilíbrio na alimentação; quando fiz estágio no serviço de obstetrícia, uma das senhoras chinesas, falava bem português e explicou-me que as chinesas fazem de tudo para permanecerem magras, não sei se é só por razões estéticas e que não gostam de se

vincular muito aos bebés, porque nos primeiros anos eles têm que ir à China, aprender os costumes chineses ... por isso é que também normalmente não amamentam... se não sofriam muito para se desapegarem dos filhos e eles das mães” (O.P.7)

Campinha-Bacote (2002) sugere que para desconstruir este tipo de perspectiva que conotamos com etnocentrismo nos profissionais de saúde, teremos que recordar que nenhuma pessoa pode ser exclusivamente avaliada de acordo com a matriz cultural da qual é originária, mas antes como uma “mistura única” da diversidade que pode ser encontrada em cada cultura, com as suas próprias experiências de vida.

Relativamente ao padrão cultural analisado, de acordo com o que os participantes do estudo nos “disseram”, nos “mostraram” e “validaram”, parece emergir dos sentidos das interações a necessidade de maior exploração dos próprios valores, pré-noções e conceitos nos enfermeiros. Estes achados revelam pontos de tangência relativamente ao constructo *consciência cultural* definido por Campinha-Bacote (2002, 2003). No entanto para esta autora, o processo de consciencialização cultural deverá ser em qualquer situação de interação e cuidados com imigrantes desenvolvido de forma ativa, consistente e deliberada, o que nem sempre identificámos nos sentidos atribuídos pelos sujeitos no terreno. Os dados obtidos parecem apontar para a necessidade de um maior investimento no desenvolvimento da consciência cultural nos enfermeiros nos contextos do estudo, visando a minimização do etnocentrismo destes profissionais de saúde como apontam Bennett (2004) e Degazon (2011), particularmente da imposição dos seus valores no acompanhamento dos processos de saúde-doença das pessoas imigrantes.

4.2- A GESTÃO DAS RELAÇÕES EM CONTEXTO

Nos contextos multiculturais de cuidados do estudo, a compreensão de como é feita a gestão das relações entre sujeitos enfermeiros e imigrantes emergiu ligada à caracterização do padrão cultural – **Explorando conhecimentos culturais**.

Tal como no padrão discutido anteriormente, este outro surge também caracterizado por *temas culturais* associados aos enfermeiros, neste caso pela mobilização e/ou pesquisa específica que é feita por estes, em situações de interação e cuidados com imigrantes – *pesquisando fontes para melhor cuidar, redobrando a atenção dispensada (a pais e filhos), dando a conhecer as organizações de saúde e a necessidade de conhecer que referências tem o “outro” (imigrante)*, conforme figura anterior (B.1, B.2, B.3 e B.4 – Figura 15). Identificámos também *temas culturais* ligados a estes últimos sujeitos (imigrantes) pelos subsídios que nos trazem à interpretação de como ocorre nos enfermeiros esta exploração de conhecimentos – *sentem-se foco de especial atenção neste país e necessidades pontuais de ajustes*, conforme figura anterior (G.2 e G.3 – Figura 16).

Em relação aos enfermeiros, caracterizando os momentos de encontro com imigrantes, identificam a necessidade de *pesquisar fontes para melhor cuidar*:

“a mim surge-me a necessidade de procurar conhecer mais a cultura de cada um e agora fiz um trabalho sobre o aleitamento materno e comecei a questionar sobre o que cada cultura sabe e faz, que medos, o que é que cada um tem em relação à amamentação” (G.D.Enf)

Este tipo de reflexão sugere a necessidade e efetividade de uma busca ativa de fundamentação para uma maior coerência na prática clínica pós reflexão, procurando a adequação cultural necessária, como surge proposto por Douglas et al. (2009) no *terceiro standard – transcultural nursing knowledge*, para desenvolvimento de cuidados de enfermagem culturalmente competentes.

Os enfermeiros identificam também como estratégia mobilizada para se relacionarem em contexto de cuidados multiculturais o *redobrando a atenção dispensada* (a pais e filhos imigrantes):

“É quase como receber porque eles não estão no país deles e eu tenho que os fazer sentir bem aqui, é como receber alguém na nossa casa. Às vezes tenho essa sensação que acabo por proteger um bocadinho mais os estrangeiros do que os outros” (G.D.Enf)

Entendemos esta perspetiva como contrária à de outros estudos como o de Vega (2010) que identifica uma “normalização” nos cuidados de enfermagem a imigrantes, desvalorizando as suas necessidades específicas de atenção (naquela investigação em contexto hospitalar) e a referência de Ingleby, que alude ao desinvestimento dos profissionais de saúde na relação a estabelecer com imigrantes “retirando da prateleira o pacote pronto dos cuidados” (2011, p. 236), sem olharem às especificidades culturais destas pessoas. Na exploração de estratégias de investimento nas relações que os enfermeiros desenvolvem com pais e filhos, captam por vezes estes últimos dizendo-nos:

“Tem alturas que é muito consciente (dar lembranças). Quando nós estamos a aconselhar determinadas coisas e temos amostras ou brinquedos alguma coisa para dar... há alturas em que é... e sabemos que estamos a fazer aquilo e por que motivo, há outras que se calhar é intuitivo, principalmente quando é com as crianças é mais intuitivo. Acho que com os adultos é capaz de ser menos intuitivo” (G.D.Enf)

Identificamos na interação dos enfermeiros com as crianças (mais facilmente acessíveis do ponto de vista relacional) e com os pais através delas, uma conquista das relações simbolicamente mais firme nos contextos de cuidados, baseada nestes artefactos (pequenas lembranças). Esta aproximação parece constituir ainda que por vezes intuitivamente como refere a enfermeira, uma primeira etapa na procura de conhecimento específico para o planeamento e desenvolvimento de cuidados transculturais (Leininger, 1998, 2001). Parece ainda aqui sublinhar-se a capitalização desta enfermeira, da componente afetiva entre pais e filhos com um potencial a registar e a ser mobilizado na especificidade dos imigrantes, mas por vezes desvalorizado na prática clínica de enfermagem, como aponta o estudo de Tuohy et al. (2008).

Um outro *tema cultural* que emergiu na caracterização deste padrão dos enfermeiros, foi – *Dando a conhecer as organizações de saúde*, como ilustramos em seguida, numa situação em que a visita domiciliária para promoção da saúde foi confundida com uma visita da comissão de proteção de crianças e jovens:

“Tivemos uma situação de perigo (...) e que a mãe soube através de outra família brasileira :«então pronto, se estão a ir aí a casa é para revirar isto» – e criou um drama, mas teve de ser, foi tudo desmantelado (a equipa de visita domiciliária não ia para retirar a criança à mãe) e esta senhora hoje quando precisa de desabafar telefona-me e liga-me mas levou tempo até ela perceber os contextos; depois também teve que ver com a intervenção ao nível do Brasil porque há países em que habitualmente vamos conhecer, vamos perceber, há perigo, não há perigo, há países que não, fazem retirada e depois é que vão então analisar se há, se pode haver retorno em todos os sítios” (G.D.Enf)

Surge aqui a importância da contextualização dos sujeitos imigrantes à lógica da organização, funcionamento e articulação dos serviços de saúde prestados pelos profissionais e especificamente pelos enfermeiros (Skott & Lundgren, 2009; Durieux-Paillard, 2011), evitando sentimentos de medo e insegurança, como na situação aqui descrita.

Na mesma perspetiva dos sujeitos enfermeiros, *a necessidade de conhecer que referências tem o “outro”*, surgiu também como tema caracterizador do padrão cultural em discussão, como no excerto que apresentamos:

“fui à procura de coisas muito engraçadas e que, se calhar, num primeiro contacto com uma mãe e o bebé ou mesmo aqui com uma grávida, é importante perceber o que cada um traz consigo, a bagagem que cada um traz consigo de pequeninos e do sítio onde nasceram e onde viveram. Eu, pelo menos, sinto essa necessidade” (G.D.Enf)

Identificamos a importância atribuída à exploração inicial pelos enfermeiros prevista por Dowd et al. (1998), dos conhecimentos e referências culturais dos imigrantes, tendo em conta a variabilidade das abordagens possíveis nos cuidados transculturais e a redução das disparidades com estes sujeitos (Giger et al., 2007). Concordamos com Abreu (2011), quando sugere aos enfermeiros no mesmo sentido, que estimulem as narrativas dos imigrantes sobre as suas representações, como contribuição ativa para o desenvolvimento de cuidados culturalmente competentes.

Por outro lado quanto aos participantes imigrantes, relativamente à importância da exploração de conhecimentos culturais pelos enfermeiros, surge ligada à manifestação de que – *sentem-se foco de especial atenção neste país*, como ilustramos neste excerto:

“fui bem tratada no hospital. (...)Na Roménia não sei, ficava sem perna ou ficava aí não sei quanto tempo... por isso que... fui bem tratada sempre, todo o dia vinham as raparigas (enfermeiras)e eu dizia: «olha, eu tenho a perna partida, não são os braços, posso-me lavar sozinha»” (G.D.Im)

A manifestação por comparação ao que consideram “maus cuidados” no país de origem, parece remeter os imigrantes para uma maior valorização da atenção nos cuidados de que se sentem alvo no nosso país. Esta abertura nas díades de cuidados deverá ser valorizada como um “processo de descoberta cultural” e de “expansão de horizontes” mais facilitado aos enfermeiros que deles cuidam, como surge salientado no estudo de Coffman (2004).

As *necessidades pontuais de ajustes* identificadas pelos imigrantes nos seus cuidados, constituem-se como um outro tema cultural na caracterização do padrão em discussão, apontadas apenas em relação a situações muito concretas:

“Não, «pra» mim foi só quando eu vim, quando eu comecei a ser tratada foi só mesmo em relação à vacina, à vacinação, pra saber se eu tinha feito tudo lá ou não, agora de resto não. Pelo menos a mim não perguntam: «Ah, como é que é lá?» e assim não” (G.D.Im)

A identificação sumária das diferenças nos cuidados de enfermagem que é feita, poderá estar ligada a um fraco sentido crítico dos sujeitos imigrantes e a dificuldades em compararem formas diferentes de organização do trabalho e de visibilidade dos enfermeiros. Este parece assim poder constituir - se num fator desfavorecedor da aquisição pelos enfermeiros, dos elementos que compõem a organização das diferentes culturas e portanto do desenvolvimento do seu conhecimento cultural (Campinha-Bacote, 2002; Degazon, 2011).

A Figura 18, acrescenta mais elementos definidores ao padrão cultural em análise – *explorando conhecimentos culturais*, a partir do que os sujeitos nos “disseram” e “mostraram” no terreno, para além dos temas culturais referenciados e discutidos.

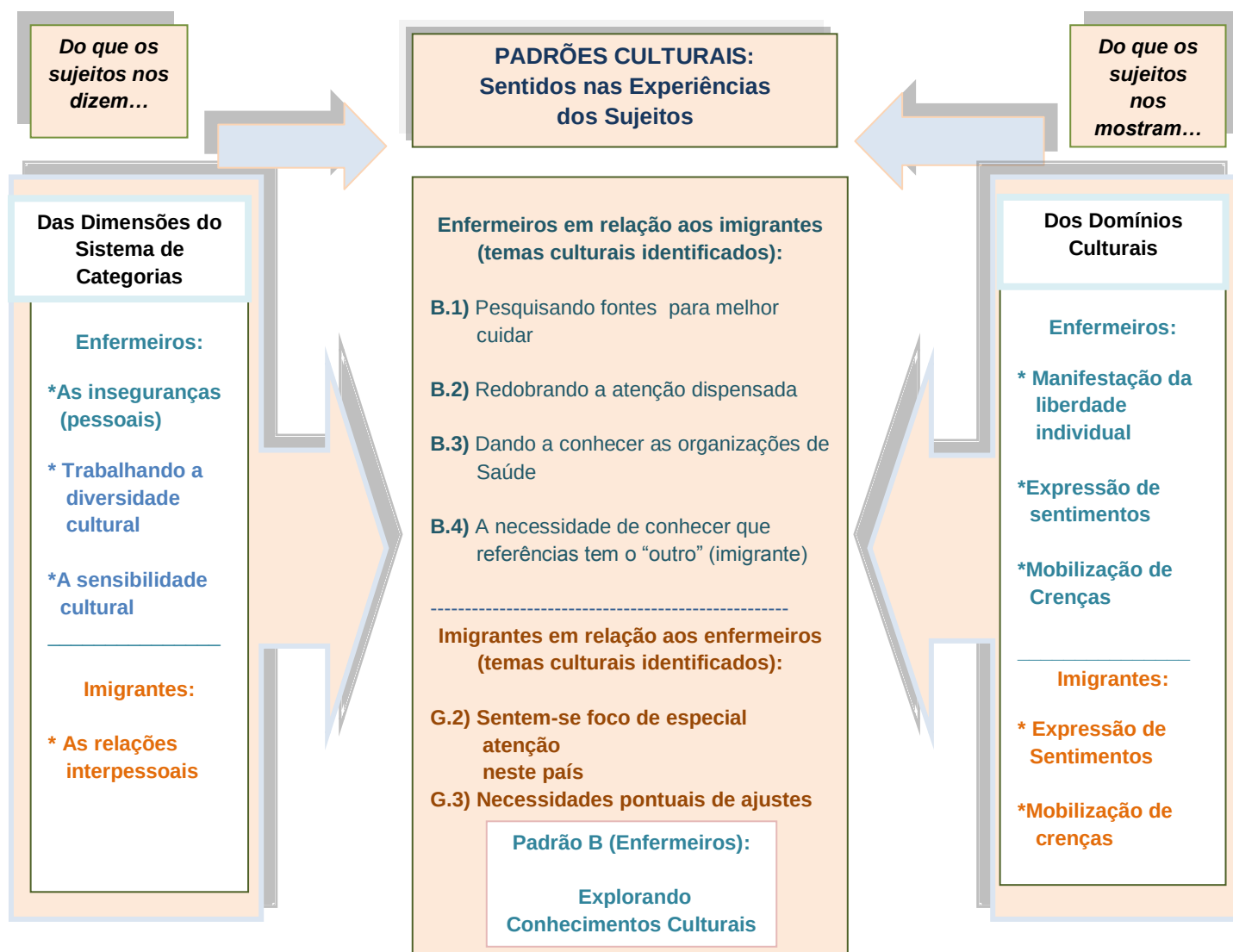


Figura 18. Elementos definidores do padrão cultural dos enfermeiros – **Explorando conhecimentos culturais**¹⁹ – dimensões dos sistemas de categorias e domínios culturais associados.

Considerámos as categorias: *prolongamento temporal da interação, o peso do silêncio e rigidez normativa na ação*, da dimensão – **As inseguranças**,

¹⁹De acordo com a Figura 18, as dimensões mobilizadas na discussão deste padrão cultural referem-se aos temas do sistema de categorias de entrevistas e narrativas dos participantes **enfermeiros**: “Aprendendo a comunicar” (Dimensão – **As inseguranças**), “A adaptação cultural” (Dimensão – **Trabalhando a diversidade cultural**) e “Em situação de cuidado cultural” (Dimensão – **A sensibilidade cultural**). O tema do sistema de categorias dos participantes **imigrantes**, para este padrão cultural é: “Sentir-se cuidado no país de acolhimento” (Dimensão – **As relações interpessoais**).

do sistema de categorias correspondente à análise do *corpus* discursivo dos enfermeiros, na discussão deste padrão cultural; estas categorias serão mobilizadas como explicitadoras das relações estabelecidas nas díades e da sua gestão nos contextos do estudo, com vista à exploração de conhecimentos culturais pelos enfermeiros.

Na unidade de registo que apresentamos em seguida, é clara a necessidade de conseguir “tempo”, tentando o *prolongamento da interação* para além dos intervalos previstos para a consulta de enfermagem nesta unidade (até vinte minutos). A enfermeira procura aparentemente neste caso a exploração de conhecimentos bilateralmente e a segurança na relação estabelecida, com a minimização das incompreensões mútuas de que fala Pereira (2008):

“tentar apresentar coisas de maneira diferente sem ser aqui o frente a frente na consulta que tem cinco ou dez minutos e estamos a despachar” (E.Enf.I)

Em relação ao *peso do silêncio* identificado como uma dificuldade na gestão das relações estabelecidas com imigrantes, surge referido no discurso dos enfermeiros (curiosamente apenas nas entrevistas, encontrando-se omissos nas suas narrativas). Ao contrário de Ramos que enquadra o silêncio na comunicação em contextos de cuidados, como ligado a situações em que “o técnico de saúde não faz nenhum esforço” (2008, p.116), entendemos que na situação em causa se regista a “necessidade” de uma abordagem diferente sem no entanto se conhecerem as alternativas concretas:

“Normalmente aquilo que acontece é que consoante o país de onde vêm a gente nota que uns são mais abertos e outros mais fechados, portanto aí a abordagem tem que ser diferente” (E.Enf.I)

E também uma outra:

“(família paquistanesa) acho que é a única com quem eu sinto que não consigo passar aquele muro, pronto” (E.Enf.I)

Evidencia-se em ambas as unidades de registo a necessidade de comunicar e mobilizar conhecimentos culturais específicos que permitam a adequação da abordagem a adotar nos cuidados. Durieux-Paillard (2011) refere-se neste sentido a que a barreira da língua é um dos maiores obstáculos nos cuidados de saúde com imigrantes, pela dificuldade em obter informação específica acerca de hábitos e crenças e de veicular outras propostas, como surge apontado no discurso do médico entrevistado:

“Há dificuldades, sobretudo, «con la» religião e «con los» hábitos alimentares” (E.Med)

Sugerindo inseguranças dos profissionais de saúde na gestão adequada da informação transmitida entre organizações prestadoras de cuidados, identificámos a utilização da *rigidez normativa na ação*, como possível fuga a dificuldades no terreno, como é visível no excerto apresentado:

“(ligação com outras organizações) Vou ser um bocadinho mazinha mas eu acho que eles (imigrantes) são despachados assim às vezes e voltam (...) de lá (hospital) para cá (USF) outra vez sem resolver” (E.Enf.I)

A dificuldade na assunção de que é necessária a mobilização de conhecimentos culturais como responsabilidade dos enfermeiros, para a gestão destes processos com os imigrantes, como seus representantes e “advogados” (Leininger, 2001; Douglas et al., 2009), poderá estar na base destas situações de desarticulação entre técnicos e organizações, dando lugar à rigidez e burocratização dos circuitos. Por outro lado a desvalorização das especificidades culturais dos imigrantes, parece-nos também associada a uma fraca reflexividade dos enfermeiros na ação com estes sujeitos. Assumimos aqui a reflexividade no processo de cuidados, de acordo com Amendoeira como algo “onde é suposto escolher no conjunto dos saberes, aqueles que lhe parecem – ao enfermeiro – os mais apropriados” (2004, p. 21), emergindo nos contextos multiculturais uma necessidade acrescida de exploração de conhecimentos específicos.

Uma outra dimensão identificada no sistema de categorias dos enfermeiros, na clarificação da gestão das relações em contexto, foi – **Trabalhando a diversidade bilateral**, reportando-nos a uma lógica interpretativa das situações de adaptação cultural nos sujeitos do estudo quando identificamos a exploração e/ou mobilização de conhecimentos culturais. As categorias associadas a esta dimensão foram: *assunção de desafios, identificação de estereótipos e procura de afinidades*.

Em relação à *assunção de desafios*, é encarada pelos enfermeiros a par de uma necessidade de mais tempo, como já vimos a propósito da discussão do desenvolvimento da sua consciência cultural. No entanto o contacto com a diversidade cultural parece colocar a alguns profissionais, a par de um certo “fascínio” e surpresa, na identificação das diferenças culturais, também uma capacidade de adaptação acrescida de “si” para “si” e com os outros, nomeadamente em contexto domiciliário. Josso esclarece o desenvolvimento desta capacidade adaptativa com a metáfora de “«se lançar à água» para aprenderem a nadar” (2002, p. 87) como sugere a unidade de registo que apresentamos:

“Muitas vezes não se saber como é que se entra da melhor maneira (em casa de imigrantes), e depois a riqueza que é nós sentirmo-nos parte, sentirmos que somos bem-vindos, porque um dos desafios da visitação domiciliária é nós conseguirmos... entrar dentro da casa da pessoa, sentirmo-nos propriamente à vontade, isto é o que eu penso, sem deixarmos de ser o profissional de saúde. Isto não é fácil e conseguir isto com imigrantes, achava eu, mais difícil ainda ia ser. Foi riquíssimo” (E.Enf.II)

As dificuldades identificadas parecem passar pela capacidade da enfermeira assumir o seu papel como profissional de saúde, centralizando os cuidados nas pessoas (Campinha-Bacote, 2011; WHO, 2010a), gerindo simultaneamente a relação com os imigrantes no espaço das suas casas, no mesmo sentido do estudo de Skott e Lundgren (2009). Paralelamente para esta enfermeira, estes momentos parecem surgir também como oportunidades de desenvolvimento profissional porque os considera “riquíssimos”, numa postura igualmente

reflexiva e de *ethnorrelativism* (Bennett, 2004), contrariamente à que é referenciada por Gerrish nos enfermeiros, no seu estudo sobre visita domiciliária a pessoas culturalmente diversas “estava consciente das críticas tributáveis à enfermagem a respeito das suas práticas e ideologias profissionais etnocêntricas” (2005, p.97).

Em relação à *identificação de estereótipos*, os enfermeiros manifestam-se essencialmente generalizando as características dos imigrantes ao país de origem. Relevamos no seu discurso uma tentativa de expressão empática e de evolução do seu etnocentrismo (Bennett, 1986, 2004; Vega, 2010), tentando colocar-se a si mesmos numa situação semelhante:

“eles são desconfiados por natureza (imigrantes de leste), estão num país diferente, falavam outra língua, com outros hábitos e portanto se eu fosse para o país deles era exatamente a mesma coisa” (E.Enf.I)

Embora não tenhamos registado no terreno, nenhuma forma de atitude discriminatória, este tipo de generalização que detetámos parece-nos potencialmente inibidora da identificação das características individuais das pessoas cuidadas “dentro” da sua cultura e história (Coffman, 2004). Poderá neste sentido constituir-se num obstáculo à procura de conhecimento cultural específico (Degazon, 2011). De acordo com Bennett (2004) a valorização da “desconfiança” nos imigrantes, poderá significar um posicionamento defensivo dos enfermeiros, relacionado com inseguranças e receios na gestão das relações nas díades de cuidados, potenciando uma postura de etnocentrismo nestes profissionais.

A *procura de afinidades* pelos enfermeiros com os imigrantes, emergiu também nos dados no terreno, como nesta unidade de registo:

“Se calhar fico um bocadinho à espera que elas (mulheres imigrantes) me... se calhar não sou eu que lhes dou as estratégias, eu espero que elas encontrem do conhecimento que têm e da realidade delas, que elas desenvolvam estratégias” (E.Enf.IV)

Identificamos a abertura e focalização da enfermeira noutras possíveis visões do mundo enformadoras da vivência dos processos de transição, neste caso em mulheres imigrantes (Meleis, 2005, 2010a). Surge também a tentativa de adaptação da profissional às particularidades culturais na situação, procurando o conhecimento e a negociação possíveis ao desenvolvimento de uma relação terapêutica na sua prática clínica (Hanssen, 2004; WHO, 2010a), a partir da identificação na avaliação inicial de universalidades entre sujeitos e entre culturas (Leininger, 1994, 1998; Giger et al., 2007).

A sensibilidade cultural foi uma outra dimensão considerada no sistema de categorias do corpus discursivo dos participantes enfermeiros, ligada às situações de cuidados culturais por eles identificadas. As categorias associadas a esta dimensão foram – *gestão de conflitos*, *promoção da adesão aos cuidados* e *processo de negociação*.

Para uma adequada *gestão de conflitos* nos cuidados emerge a necessidade clara para os enfermeiros, de uma base de mais conhecimentos relativos ao enquadramento cultural, relacionada com diferentes crenças e normas de conduta que não conseguem por vezes gerir como identificamos nesta narrativa:

“Ao tentar comunicar com o utente, muitas vezes, apontava com o dedo a demonstrar algo, sendo um gesto de má educação e agressividade na sua cultura” (Na.Enf.VI)

Este é um tipo de situação identificada internacionalmente, sugerindo a necessidade de pesquisa e mobilização de conhecimentos pelos profissionais de saúde relativos às características culturais dos imigrantes, em ordem ao desenvolvimento das suas competências culturais (WHO, 2010a). Releva-se como estratégia eficaz de gestão de conflitos o recurso a universalidades como estabelecer comunicação na mesma língua (Leininger, 2001; Degazon, 2011; Purnell, 2011), sugerindo alguns autores o benefício da presença de profissionais de saúde imigrantes nas unidades de cuidados (Durieux-Paillard, 2011). Esta estratégia visa obviarem-se “resistências” dos imigrantes aos cuidados propostos como surge referenciado no estudo de Coffman (2004) e

como parece ter conseguido a enfermeira moldava entrevistada, na situação a que se refere:

“Ele disse-me (imigrante ucraniano) que houve alturas quando algumas colegas minhas... ele não queria que elas se «aproximava» dele (não comunicavam eficazmente), depois que lhe expliquei, «isto não é nada assim, elas estão a fazer tudo para o seu bem, e você tem que perceber isto, ninguém pode forçá-lo a fazer nada contra a sua vontade, se você está aqui é porque precisa destes cuidados de enfermagem e toda a equipa está aqui «para que preste estes cuidados»” (E.Enf.III)

O recurso planeado a pessoas que falem a mesma língua ou que enquadrem culturalmente as diferenças entre quem cuida e quem é cuidado, está na base do desenvolvimento de cuidados culturalmente informados nas díades, visando ultrapassar conflitos na prática clínica, como vem acontecendo com a figura do mediador cultural nalgumas unidades de saúde no nosso país de acordo com o Plano para a Integração dos Imigrantes (Resolução do Conselho de Ministros nº63-A/2007 de 3 de maio) e em vários outros, como Espanha, França, Itália e Suíça (WHO, 2010a; Durieux-Paillard, 2011).

A mediadora cultural que entrevistámos, a propósito da gestão de conflitos nos contextos de cuidados diz-nos:

“Muitas vezes, este tipo de situações, nós consideramos como dificuldades de comunicação, não é só propriamente linguagem verbal, mas a todo o resto que tem a ver com o comportamento, com a forma de estar (profissionais de saúde e imigrantes) e que conduz a interpretações de ambas as partes e que nem sempre equivalente à realidade” (E.MC)

Referem-se aqui as dificuldades desde a avaliação inicial, na forma como são recebidas, geradas e documentadas as respostas dos imigrantes, até ao planeamento e desenvolvimento dos cuidados de saúde (Abreu, 2009, 2011), que nestas situações de desenquadramento cultural dificilmente privilegiam a centralidade da pessoa. As condições de desenquadramento podem fornecer

oportunidades aos enfermeiros que as saibam mobilizar, de desenvolverem e expressarem a sua “compaixão” pelo sofrimento das pessoas que é manifestado através de conflitos culturais, como adverte Campinha-Bacote (2011).

A *promoção da adesão aos cuidados* pelos enfermeiros, emerge nos seus discursos a partir da aproximação na relação estabelecida nas díades numa base “culturalmente sensível” (Campinha-Bacote, 2002, 2003), “consciente” do ponto de vista cognitivo, e “simpática” do ponto de vista afetivo, como propõe Orlandi (1992, citado em Degazon, 2011, p.155) e como é visível neste excerto:

“Face à relação estabelecida na primeira consulta, em que apresentou confiança verbalizando os seus sentimentos e problemas, foi também meu objetivo manter e solidificar essa confiança, quer comigo, quer face aos restantes profissionais tanto a nível hospitalar como a nível dos cuidados de saúde primários”
(Na.Enf.V)

Identificamos a mobilização de conhecimentos básicos da enfermeira sobre a forma como deve interagir num primeiro momento com os imigrantes, assumindo-se como elemento-chave no seu processo de cuidados, tal como é sugerido no estudo de Plowden et al. (2006), para o estabelecimento da relação de confiança na multiculturalidade em cuidados. Esta enfermeira antecipa conscientemente a possibilidade de estender essa confiança e a adesão aos cuidados propostos numa equipa mais alargada, assumindo uma atitude profissional na continuidade de cuidados, na linha do que aponta Costa, após ter entrado como refere esta autora em “sintonia, pela compreensão, com os desejos, as emoções e sentimentos da pessoa cuidada” (2008, p.84).

Em relação ao *processo de negociação* identificado nos dados analisados, surge associado a uma base inicial de caracterização de objetivos reconhecidos como importantes e comumente aceites nas díades de cuidados, como propõe Campinha-Bacote (2011), recorrendo os enfermeiros nalguns momentos deste estudo, ao envolvimento de outros familiares, como na situação a que se refere esta unidade de registo:

“Pedi-se para comunicar com o marido ao que anuiu. Falámos com o marido e combinámos que precisávamos falar com ele, que a sua companheira não estava bem, e que havia risco para a sua filha (bebé), pedindo-lhe por isso para vir de imediato e que os três se apresentassem no centro de saúde onde iríamos encaminhar a situação com base na nossa avaliação” (Na.Enf.II)

Evidencia-se o processo de negociação visando a captação do casal de imigrantes para os cuidados propostos, neste caso numa situação de identificação de insegurança materno-infantil. Esta captação parece partir de uma base flexível de sensibilidade e conhecimento culturais, tal como a que é sugerida por Leininger (2001) e Campinha-Bacote (2011). Deal e Prince (2003) identificam nos processos de negociação, a importância da “adaptabilidade cultural” que nos parece emergir dos dados no terreno, entendendo nós neste sentido, a capacidade dos enfermeiros negociarem com os imigrantes transversalmente às diferenças culturais entre ambos (visões do mundo, expectativas e manifestação de poder nas relações estabelecidas).

Quanto à dimensão – **As relações interpessoais** do sistema de categorias dos imigrantes, ela surge na análise dos dados, associada à forma como estes sujeitos se sentem cuidados no nosso país como país de acolhimento, portanto passível de trazer contributos à discussão da gestão das relações nas díades e dos conhecimentos culturais mobilizados pelos enfermeiros. Identificámos as seguintes categorias: *sensações de conforto, assimetrias relacionais e recontextualizações culturais*.

Quanto às *sensações de conforto* manifestadas pelos imigrantes, elas surgem associadas à individualização nos cuidados e à atenção específica de que se sentem alvo, como encontrámos expressado no seu grupo de discussão já atrás referenciado. Encontramos esta perspetiva na unidade de registo:

“Pela maneira de tratar a gente, sabe? Querer saber o que é que a C. (filha) faz, o que é que eu fiz, o que é que eu estou sentindo, está entendendo? Saber se tenho alguma queixa” (E.Im.III)

Sugere-se um “reforço” deste conforto pela extensão dos cuidados à filha. Emerge nesta situação a importância da relação afetiva entre pais e filhos imigrantes, para os enfermeiros. Esta relação poderá ser mobilizada de forma consciente e fundamentada por estes profissionais: no reequilíbrio dos processos de saúde-doença dos imigrantes, ao valorizarem a perspectiva apontada por Bronfenbrenner de que trabalhando com as díades primárias (pais e filhos imigrantes, no nosso estudo), “é provável que aumentem o ritmo e a probabilidade de ocorrência dos processos desenvolvimentais” (2002, p. 48) destas pessoas, capitalizando-se a relação afetiva pré-existente nos resultados obtidos na prática clínica.

No discurso dos sujeitos imigrantes identificamos também *assimetrias relacionais* nas interações com profissionais de saúde, pós clarificação de que a pessoa a cuidar é originária de um outro país:

“Exatamente, e aí te tratam diferente. Porque eu já senti isso da pessoa (em unidades de saúde), sem eu falar mas depois que eu falo percebe que eu sou brasileira” (E.Im.IV)

Evidencia-se aqui tal como refere Fonseca et al., uma base de “falta de sensibilidade e formação de alguns profissionais para fazer face à diversidade cultural dos utentes” (2009, p.33), a ser refletida na formação e prática clínica de enfermagem. Não conseguimos identificar de forma explícita esta falta de sensibilidade, como especificamente associada aos enfermeiros, embora tal surja apontado no estudo de Toofany (2007). A omissão desta identificação pelos sujeitos imigrantes do estudo, poderá contudo estar relacionada com a conotação da nossa presença como “enfermeira”, para além de “investigadora” nos contextos.

Em relação ao grupo profissional dos médicos as assimetrias relacionais surgem identificáveis nos discursos, como nesta unidade de registo, sob a forma de aparente desvalorização da pessoa cuidada e da adoção de uma forma de estar hierarquizada entre partes. Esta postura configura-se entre uma identidade “hegemónica” (neste caso assumida pelo médico) e uma outra “subordinada” (a do imigrante e da criança), em linha com uma aparente “ascendência” cultural manifestada na relação estabelecida, como sugere

Meyer (2004) em situações sociais assimétricas e como parece identificável neste excerto:

“o médico «perguntei-me ou» que a minha filha tinha. Eu «le» expliquei. O médico sem se levantar olhou na criança e começou «de» escrever” (Na.Im.I)

Por outro lado do discurso dos imigrantes emergem também *recontextualizações culturais* no sentido da “diluição” progressiva das suas “diferenças”, à medida que vão sendo alvo de cuidados no país de acolhimento, como podemos compreender nesta unidade de registo:

“Mas já deixei de pensar (de há 3 anos para cá) «porque sou imigrada as pessoas tratam-me assim»” (E.Im.I)

Identificamos uma postura de abertura e integração no país de acolhimento, evidenciando-se uma evolução ao longo do tempo de permanência no mesmo. Esta perspetiva evolutiva na vivência dos imigrantes nas unidades de saúde, aponta para a importância de que os enfermeiros considerem no planeamento dos cuidados a pessoas imigrantes, as suas expectativas “culturalmente determinadas” (Ingleby, 2011, p.237).

De acordo com este autor numa fase inicial estes sujeitos assumem essencialmente que os cuidados de saúde são semelhantes aos do seu país de origem, podendo constituir-se quanto a nós numa dificuldade acrescida para os enfermeiros, no que diz respeito ao desenvolvimento do processo de construção de competências culturais.

Na discussão do padrão cultural que temos vindo a abordar – Explorando conhecimentos culturais – evidenciaram-se ainda três domínios culturais (cada um deles relativo a imigrantes e a enfermeiros), como elementos na sua caracterização: **Manifestação da liberdade individual, Expressão de sentimentos, e Mobilização de crenças**; cada um destes domínios por sua vez surgirá de seguida definido na discussão, pelos atributos que considerámos que lhe acrescentariam mais riqueza interpretativa.

Relativamente à *manifestação da liberdade individual* dos sujeitos imigrantes, ela emerge essencialmente associada a condicionalismos na compreensão e expressão linguística e ao recurso a familiares e/ou a pessoas conhecidas como intérpretes, que enformam as relações entre sujeitos, como no excerto que apresentamos:

(Visita domiciliária) Existia um homem moreno, de meia idade (dente incisivo de ouro), que nos acolheu, também com um sorriso, falando um português entendível e que serviu de intérprete. Perguntámos-lhes o grau de parentesco (a enfermeira perguntou) e ele referiu que não era nada, diretamente, à mãe da bebé, era só amigo da família «só amigo...sim...de visita...pra ajudar» (O.P.1)

O uso de intérpretes familiares ou próximos dos imigrantes pode colocar diferentes questões nos processos de interação e cuidados com os enfermeiros, nomeadamente referentes à capacidade de claro entendimento e enquadramento da mensagem em contextos de cuidados e a dificuldades com a liberdade para colocação de temas ligados à privacidade individual (WHO, 2010a; Degazon, 2011; Durieux-Paillard, 2011). Na situação observada identificámos uma aparente inibição na comunicação verbal estabelecida com a mãe da bebé – que havia determinado o planeamento da visita domiciliária; subsistiu-nos a dúvida se a presença deste “amigo” tradutor estaria ligada à aparente inibição da jovem mãe, uma vez que noutro momento, uma vez mais se adiantou na comunicação com a enfermeira ficando a imigrante em silêncio:

«muito bem...» (enfª acenando com a cabeça e olhando para a bebé, retirou o xaile que a cobria). A mãe manteve-se inalterável, mas o homem adianta «por causa de moscas...sra. enfª...muitas moscas aqui» (O.P.1)

Em relação à *manifestação da liberdade individual* dos sujeitos enfermeiros, ela emergiu igualmente com dificuldades associadas à barreira da língua, sendo que nalgumas situações observadas registámos uma solicitação ativa da presença de intérpretes familiares ou vizinhos como estratégia de comunicação mais eficaz, como no excerto que apresentamos:

“Eu até gosto de trabalhar com imigrantes, sobretudo estes de leste e os brasileiros... acho-os muito cuidadosos com os filhos e as mulheres com elas mesmas na consulta de planeamento familiar... às vezes mais que os portugueses. O problema é quando não falam bem português... nesses casos... já tenho feito...pedir-lhes que venham noutra altura com alguém de família ou um vizinho que possa traduzir” (O.P.12)

A utilização de uma estratégia deste tipo parece ser motivada por um sentimento de receio de comunicação ineficaz nos cuidados desenvolvidos com imigrantes, revelando um fraco nível de consciência e conhecimentos culturais nestes casos, face aos riscos de traduções inadequadas ou indevidamente enquadradas do ponto de vista cultural (Hanssen, 2004; Skott & Lundgren, 2009; Degazon, 2011). Identificamos assim que: aumentando a margem de liberdade na ação dos enfermeiros com recurso a este tipo de estratégias, correr-se-á o risco de inversamente, se diminuir a margem de liberdade dos sujeitos imigrantes nas díades de cuidados pelos potenciais constrangimentos criados com a utilização de uma terceira pessoa na ação. Na mesma perspetiva proporcionalmente inversa, identificámos ainda um outro elemento condicionador da manifestação da liberdade individual dos sujeitos imigrantes – a imposição de saberes pelos enfermeiros. Este atributo surgiu associado a situações de aparente dificuldade na comunicação em que de alguma forma os conhecimentos profissionais são mobilizados de forma desenquadrada das especificidades culturais dos imigrantes, como nesta situação observada:

Em relação ao tabaco, a enfermeira perguntou “mas cheira muito a tabaco quem é que fuma em casa?”, ao que a mulher mais velha respondeu que era ela e a enfermeira referiu que era prejudicial para a criança e solicitou : «vem para o pátio quando quiser fumar!»; a mulher mais velha, aparentemente, assentiu e entendeu a situação (O.P.1)

Os enfermeiros ao veicularem este tipo de mensagem, desta forma a pessoas imigrantes, parecem configurar uma sobreposição ao conceito de “imposição cultural” descrito pelo *Expert Panel on Cultural Competence* da *American Academy of Nursing*, em Giger et al., como quando “aplicada a visão da cultura majoritária de forma intrusiva aos indivíduos e famílias” (2007, p.100). Na situação a que se refere este excerto a cultura “imposta” baseia-se nos conhecimentos profissionais da enfermeira em defesa da saúde da bebé, sem que todavia tenham sido anteriormente apurados e compreendidos (para eventual negociação) os valores culturais dos imigrantes em causa. Este tipo de imposição na gestão das relações no processo de cuidados com imigrantes configura para nós, uma forma de olhar estes sujeitos em que se valoriza aparentemente o recurso ao poder profissional, estabelecendo assimetrias relacionais. Entendemos o exercício deste poder de acordo com Amendoeira, “como uma margem de liberdade dos indivíduos ou dos grupos, uns face aos outros” (2000, p.74), que nos parece na situação descrita pouco equilibrada e por isso inibidora de uma gestão em parceria dos projetos de saúde destes sujeitos de cuidados e portanto dos resultados obtidos.

Relativamente à *expressão de sentimentos* pelos participantes no estudo, ela surge essencialmente associada para os enfermeiros com – familiaridade e afetividade, mobilizando a proximidade com as crianças na gestão das relações familiares, como já constatámos anteriormente e como nos é sugerido neste excerto de uma observação em visita domiciliária:

Enfª: “Ele é tão bonitinho. Um gatinho preto!

Tão lindo! E a mãe dele? Ai, não queria ser gato assim! Ah! Vê lá se partes a patinha ao gato!”

Criança: “Eles já me arranharam!”

Enfª: “Então pois! Ele tem as unhas. E trataste-o assim ... eles gostam de estar no chão, sabes?! Eles não gostam de ser apertados, sabes linda?! Pronto, olha tem de ser ... com muito jeitinho!”

A sra. comenta algo (entretanto) sobre a mãe dela (que está em Cabo Verde) e a enfermeira tenta informar-se. A criança interrompe de novo (O.P.3)

Noutras situações, os enfermeiros manifestam dificuldades em gerir momentos na prática clínica com imigrantes – quando estes parecem não confiar totalmente nos seus conhecimentos e cuidados – evidenciando a sua insatisfação quando se sentem confrontados:

“Aconteceu-me uma vez com um engenheiro desses países do leste cá a trabalhar nas obras, que precisava de fazer aerossol; perguntou-me logo quantos anos era a minha formação, onde tinha estudado, se sabia bem o que estava a fazer, eu sei lá... respondi-lhe e ele ainda me disse que tinha estudado muito mais tempo do que eu! Enfim, já cinquenta e tal anos... A minha preocupação com estas pessoas é segui-las em pormenor, para eles ganharem confiança em mim... senão torna-se muito difícil para nós” (O.P.6)

Identificamos no excerto para além do desconforto pelo confronto inicial, uma necessidade de superação para fazer “mais e melhor”, investindo de forma consciente na pesquisa de conhecimentos e na relação de confiança, a favor das suas competências culturais.

A propósito da “desconfiança” dos imigrantes é importante por outro lado, que os enfermeiros a enquadrem nos “medos” que lhe estão subjacentes, relacionados com a discriminação e exclusão no país de acolhimento, reagindo por vezes negativamente nas díades de cuidados e considerando porventura inapropriadamente que existe imposição de saberes dos profissionais no seu processo de saúde-doença, como salientam diferentes autores (Fonseca et al., 2009; WHO, 2010a, 2010b).

Na expressão de sentimentos dos sujeitos imigrantes identificámos alguns constrangimentos destes, sobretudo quando ainda não haviam desenvolvido uma relação de confiança com os enfermeiros, ou quando se tratava de um primeiro contacto como neste excerto:

A mulher permanece de pé com o filho mais novo, apesar da enfermeira lhe ter indicado a cadeira vaga para se sentar; mantém-se sisuda, não correspondendo ao sorriso que a enfermeira lhe fez à entrada. A enfermeira, virando-se agora para a utente, questiona:

«vêm por alguma queixa em especial ou é outra coisa? Já cá tinham vindo?» (O.P.5)

O aparente desenquadramento cultural nas atitudes registadas (e expectativas divergentes?) entre enfermeira e imigrante, remete-nos para a importância da confirmação de crenças de saúde e de doença, valores e estilos de vida destes sujeitos de cuidados, que devem ser apurados de forma cuidadosa e sensível pelos enfermeiros na avaliação inicial como refere Leininger (2001). Esta poderá ser feita diretamente com as pessoas ou se necessário através de informantes-chave, mobilizados pelos enfermeiros como facilitadores na relação em contexto de cuidados. Caso contrário a comunicação efetiva e o sentido cultural das ações nas díades poderá ser divergente, desenquadrado e até inseguro entre enfermeiros e imigrantes.

A *mobilização de crenças* nas relações entre quem cuida e quem é cuidado, surgiu como elemento na caracterização do padrão cultural – Explorando conhecimentos culturais – em discussão. Em relação à “crença” mais perceptível nos enfermeiros, nas interações estabelecidas com os imigrantes parece ser a de que a sua – transmissão de saberes (profissionais) é *igual* a adoção de práticas (pelos imigrantes) – como podemos constatar neste excerto:

A imigrante intervém espontaneamente (consulta de enfermagem):

“Peixe pouco, mais carne ... de porco”

Enfª: “O porco é uma das piores carnes que poderá comer... é das mais cancerígenas que existem... Se puder incluir mais carnes brancas, era melhor... e como é, mais frita ou grelhada?”

Imigrante: “É igual”

Enfª: “Se puderem evitar seria bom, porque são alimentos cancerígenos”; todos (mãe e dois filhos) estão um pouco alheios ao que está a ser transmitido, mas a mensagem não é reformulada nem avaliada, no final (O.P.5)

Como podemos identificar toda a interação entre enfermeira e imigrantes parece processar-se num ritmo algo acelerado, sem a procura de um enquadramento cultural pela profissional de saúde, nem ao nível do processo de comunicação nem das crenças culturais nem das possibilidades

económicas ou outras, tal como surge identificado no estudo de Toofany (2007). Evidencia-se na situação apresentada, a crença de que pela simples transmissão de saberes – pouco adequada ao tipo de sujeitos de cuidados – se registaria a valorização e adesão ao regime alimentar proposto. Ao contrário, acreditamos que cuidados “iguais” para pessoas “diferentes” poderão configurar nos imigrantes a pouca adesão e até resistência aos cuidados tal como sugerem diferentes fontes (Durieux-Paillard, 2011; WHO, 2010b), tornando-se necessária esta consciencialização pelos enfermeiros.

Relativamente aos imigrantes identificámos a mobilização de crenças associada à religião e à espiritualidade, como suscetível de influenciar os seus processos de saúde-doença, como no excerto que apresentamos:

A sra. (imigrante) conta uma coisa que lhe aconteceu, quando estava em Cabo-Verde, mas com algumas palavras em dialeto que não consigo perceber o suficiente. Fico com a ideia de que associa a adição ao álcool com algum tipo de “fenómeno sobrenatural de maldição” que terá ocorrido quando estive em Cabo-Verde!... à saída confirmei essa associação com a enfª, que estava na base das conversas sussurradas (O.P.3)

A aparente identificação anterior pela enfermeira das crenças espirituais da imigrante, pareceu ser geradora nesta díade, de uma relação de cumplicidade entre ambas, a favor de um processo iniciado de descoberta cultural a mobilizar nos cuidados como sugeriu Coffman (2004). Desenvolver este processo de forma consciente é uma das condições importantes no suporte dos enfermeiros na vivência da saúde e da doença nos imigrantes. Por outro lado este suporte evidencia-se de forma consistente por estes profissionais de saúde, quando surge a mobilização de dados sobre as crenças identificadas naquelas pessoas, a favor da promoção dos seus mecanismos de adaptação e *coping* como sugere Meleis (2005, 2010b) e tal como parece ocorrer na situação do excerto apresentado.

Relativamente ao padrão cultural analisado e discutido, de acordo com os dados que nos foram “narrados”, “mostrados” e “validados” pelos participantes no estudo, parece-nos poder assumir na caracterização das relações entre as

díades, que os seus processos de interação assentam essencialmente na mobilização de alguns conhecimentos culturais colhidos intencionalmente pelos enfermeiros. Estas relações ocorrem também numa base de estímulos promotores de pesquisa e fundamentação para garantia de maior segurança nos cuidados. As crianças parecem evidenciar-se como “catalisadores” da relação de confiança entre partes e promotoras do mais fácil e rápido conhecimento cultural nas famílias de imigrantes.

Os dados obtidos indiciam o início de um caminho nem sempre trilhado de forma consciente pelos enfermeiros no estudo, na descoberta de outras culturas e visões do mundo, como sugere Campinha-Bacote (2002, 2003) em favor do processo de construção das suas competências culturais. No entanto para esta autora o constructo “conhecimento cultural” baseia-se na compreensão dos valores, crenças e práticas culturalmente determinadas que deverá estar subjacente à definição de estratégias com pessoas culturalmente diversas, quando os enfermeiros são culturalmente competentes; consideramos ter identificado parcialmente estas dimensões com os sujeitos no terreno.

4.3- AS ESTRATÉGIAS NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA MULTICULTURAL

A relação terapêutica nas díades multiculturais de cuidados surgiu-nos veiculada pelo padrão cultural – **As habilidades específicas**. Estas emergiram na relação com imigrantes no contexto da análise deste estudo tal como referiu Leininger (1994), como um conjunto de estratégias mobilizadas pelos enfermeiros que assentam numa matriz de avaliação, planeamento e desenvolvimento de cuidados às pessoas, com base nas suas dimensões específicas aos níveis físico, psicológico, social e cultural.

Relevamos tal como previsto nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, a relação terapêutica na parceria com os sujeitos de cuidados “no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel” (OE, 2001, p.8).

O padrão cultural em causa emerge caracterizado por dois *temas culturais* ligados aos participantes enfermeiros: *chegando mais rápido e mais perto com as crianças* (filhas dos imigrantes) e *definição de melhores tempos e espaços* (C.1 e C.2 – Figura 15, atrás apresentada).

Em associação a este padrão surgem também *temas culturais* ligados aos participantes imigrantes, uma vez que eles traduzem a “face visível” da relação terapêutica multicultural desenvolvida com os enfermeiros: *transmitem saberes* (os enfermeiros), *nível de proximidade favorece tomadas de decisão* e *humor fortalece relações com adultos e crianças* (F.1, F.2 e F.3 – Figura 16, atrás apresentada).

Relativamente aos enfermeiros, quando se referem aos encontros com imigrantes adultos com filhos, nem todos identificam conscientemente no grupo de discussão num primeiro momento, o mais fácil e mais rápido acesso que lhes é veiculado através da presença das crianças, por nós observado no terreno. No entanto após alguma reflexão referem:

“Eu acho que sim, acho que influencia (presença de crianças)”
(G.D.Enf)

E em seguida confirmam:

“O fato da pessoa tentar acolher ali um bocadinho a criança penso que dará tranquilidade aos pais, penso eu.” (G.D.Enf)

Os enfermeiros parecem mobilizar intuitivamente a presença das crianças para responderem a necessidades explícitas e práticas de intervenção no contexto de cuidados. De acordo com Campinha-Bacote (2003) vão “desenhando” alguma confiabilidade mútua, também rentabilizada como estratégia para lidarem com o seu “impacto inconsciente” que ocorre nos encontros com imigrantes, ao confrontarem-se com as diferenças culturais entre quem cuida e quem é cuidado como sugere Purnell (2011).

Os participantes enfermeiros parecem no entanto não ter dúvidas em relação ao contexto de visita domiciliária, assumindo como estratégia previamente refletida e facilitadora no acesso aos pais, a presença das crianças:

“Aí sim, também tenho essa sensação (maior tranquilidade na intervenção), não é? Mas por vezes também fazemos um tipo de intervenção que tem que ver com ir pela criança e chegar junto... (dos pais)” (G.D.Enf)

Esta maior tranquilidade poderá estar associada à possibilidade de que as crianças se constituam como intérpretes como verificámos nalgumas situações no terreno, e nos é sugerido por diferentes autores (Degazon, 2011; Vega, 2010), embora não tenha sido assumido desta forma pelos enfermeiros no grupo. Ao evidenciar-se uma maior clareza na utilização desta estratégia na visita domiciliária, sugere-se que esta assunção pelos enfermeiros, poderá estar relacionada com a necessidade e intenção de assegurarem parcerias para gestão do processo de cuidados noutros contextos de trabalho (que não o seu habitual) com condições e relações sociais, porventura menos controláveis à partida.

A mobilização intencional das crianças nos encontros com os pais imigrantes parece poder revelar-se no âmbito da enfermagem transcultural, como promotora de “novos” saberes práticos para os enfermeiros – definidos entre a lógica instrumental do trabalho e os saberes teóricos, na linha do que apontam Amendoeira (2000) e Costa (2008).

A definição de estratégias para a coerência cultural nos cuidados, parece carecer de maior consciencialização dos enfermeiros na mobilização de conhecimentos culturais em relação à sua própria cultura para posterior expansão dos seus horizontes profissionais, como aponta o estudo de Coffman (2004).

Em relação à *definição de melhores tempos e espaços*, surge associada à necessidade de uma colheita de dados – nomeadamente na avaliação inicial – devidamente sistematizada e enquadradora da cultura dos imigrantes, como sugerem Campinha-Bacote (2002, 2003) e Abreu (2009, 2011) mas desenvolvida no tempo disponível e lugares acessíveis aos enfermeiros na sua prática clínica. Emergem constrangimentos no terreno, relacionados com as dificuldades de se conciliarem adequadamente estas duas dimensões (tempo e lugares), com a pesquisa de dados culturais específicos de acordo com os imigrantes em causa, como identificamos no excerto:

“Pronto, o que eu sinto é assim, quando faço a primeira abordagem há essa importância de ir tentar perceber com a família e com o utente os aspetos culturais e a cultura. Por vezes sentimos é necessidade de ir pesquisar e de ver para complementar mas, tentar fazer isso no contexto e ao nível do contexto e perceber até para as pessoas falarem da sua cultura e como é que é” (G.D.Enf)

E ainda:

“Aqui o que às vezes acontece é que não acompanhas a mãe na gravidez e aparecem-nos só para fazer o teste do pezinho portanto temos de partir do nada, do zero, e começar a criar isto tudo que, se calhar, às vezes até se consegue... mas às vezes não temos tempo para isso ... quando vemos que há alguma resistência não vamos, mandamos virem aqui e depois daí é que começamos a criar” (G.D.Enf)

Identificamos a alusão ao tempo (considerado insuficiente) enquadrada com dificuldades relacionadas com a descodificação das mensagens transmitidas e recebidas entre sujeitos nas díades, não apenas do ponto de vista linguístico mas sobretudo no que se refere à “partilha de significações num contexto”

(Marc & Picard, n.d., p.15), com hábitos e sentidos culturais diferentes entre sujeitos, proporcionando eventuais resistências como as que são apontadas.

Relevamos nestes excertos um desejo de flexibilidade na organização do trabalho manifestado pelos enfermeiros, que “atravesse” tempo, distâncias e culturas, como sugerem Deal e Prince (2003) no desenvolvimento da adaptabilidade cultural dos profissionais nos contextos como já vimos anteriormente, para além dos constrangimentos na sua operacionalização (pessoais, profissionais e/ou organizacionais).

A referência sugerida pelos enfermeiros face às dificuldades na gestão do tempo nos momentos de cuidados, poderá estar relacionada com uma das razões de insatisfação nos cuidados de saúde, apontadas por imigrantes no estudo de Fonseca et al. (2009) – os horários dos atendimentos em cuidados de saúde primários – considerados insuficientes e inadequados às suas necessidades e expectativas.

A vontade manifestada de mais conhecimentos culturais parece surgir diretamente relacionada com a gestão eficaz dos momentos de interação com os imigrantes, coadjuvada pela perspetiva do médico entrevistado, que assume as próprias dificuldades a esse nível:

“eu acho que os profissionais de saúde deviam de estar mais «informado» de outras culturas (...) Com conhecimentos específicos. Por exemplo, nós lutamos muito com avaliações de saúde e com «la» alimentação. Nós deveríamos «conocer, como que é la outra cultura»... eu não conheço... não conheço” (E.Med)

É nesta perspetiva que o modelo de avaliação transcultural de Giger e Davidhizar, propõe uma abordagem transdisciplinar das pessoas culturalmente diversas em saúde, que nos faz sentido como “resposta à necessidade de uma ferramenta prática para avaliação de variáveis culturais e dos seus efeitos nos comportamentos de saúde e de doença” (Dowd et al., 1998, p. 120). Esta será uma forma eficaz de rentabilizar tempo e melhorar a prática clínica na equipa de saúde, partindo de uma colheita de dados culturalmente direcionada.

Surgem também na análise e discussão deste padrão, os temas culturais referentes aos sujeitos imigrantes, como atrás explicitámos.

Quanto ao tema *transmitem saberes*, emerge associado por estes participantes às suas vivências na saúde e na doença e à forma como consideram que os enfermeiros os acompanham nelas, como podemos identificar neste excerto do grupo de discussão:

“Sim porque ela passa (enfermeira)... nós estamos falando com ela, fala muito sobre a vacinação, sobre o aleitamento, sobre a alimentação, então ela me passou tudo isso, não foi só: «Oh que bonitinha não sei o quê (a bebé)». Foi toda uma parte profissional também bem detalhada” (G.D.Im)

Identificamos uma distinção estabelecida por esta mãe imigrante, entre os saberes profissionais transmitidos pelos enfermeiros e o conteúdo “afetivo” integrante da relação na díade (provavelmente também veiculado pela enfermeira com um objetivo profissional mas não entendido nessa dimensão pela pessoa cuidada); no entanto as duas dimensões são aparentemente sentidas como promotoras de uma vivência equilibrada do processo de adaptação na situação em causa, portanto com uma expressão mutuamente positiva, como refere Bronfenbrenner (2002). A manifestação deste tipo de vivência pelos imigrantes remete-nos para uma coerência cultural na prática clínica, evidenciada no excerto pela relação implícita que é feita entre os cuidados prestados e o sentido/ direção de vida da pessoa cuidada como sugere Campinha-Bacote (2002), enformada neste caso pelos valores culturais da imigrante (que a autora enquadra numa dimensão inconsciente).

Um outro tema explicitador deste padrão cultural dos imigrantes é o *nível de proximidade* (dos enfermeiros) *favorece tomadas de decisão*, surgindo ligado à importância da contextualização cultural das crenças de saúde como promotora de “escolhas informadas” (WHO, 2010a) e de uma vivência mais harmoniosa do seu projeto individual, como no excerto que apresentamos:

“«Tem» uma amiga que é da Moldávia e ela diz que é muito bom, ela não tinha nada a reclamar, ela teve o menino dela aqui, até quando ela ficou grávida a primeira ideia, porque já tinha uma idade avançada, era tirar... e a enfermeira conversou com ela e perguntou

porque era aquela coisa toda e no final das contas teve o menino e «tá» super feliz, a enfermeira teve um papel importante de conversar com ela e tentar perceber o porquê daquela atitude de querer tirar e tal mas deixou... tipo ela livre pra escolher” (G.D.Im)

Estas referências à proximidade da enfermeira no acompanhamento e ajuda na tomada de decisão das pessoas imigrantes bem como à visibilidade do papel desta profissional de saúde numa escolha informada, enquadram-se na compreensão e respeito pelos outros de acordo com a “perspetiva multicultural” prevista nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, no âmbito do exercício da prática clínica (OE, 2001). Por outro lado este excerto remete-nos para vivências equilibradas de saúde no país de acolhimento, como promotoras de um processo de integração eficaz das pessoas imigrantes como sugere Machado (2009). Este equilíbrio emerge nos cuidados pela relação de confiança estabelecida entre enfermeira e imigrante, como surge enfatizado em diversas fontes, em ordem à coerência cultural na prática clínica de enfermagem (Campinha-Bacote, 2003; Projet Cresi, 2008; Abreu, 2011).

Um outro elemento caraterizador do padrão cultural em discussão, referenciado pelos imigrantes foi – *humor fortalece relações com adultos e crianças* – enquadrado por estes sujeitos com receios ultrapassados à medida que a confiabilidade se vai desenvolvendo com os enfermeiros, sendo que a utilização do humor aparece assumida como um importante contributo na adesão aos cuidados e no fortalecimento da relação terapêutica desenvolvida com pais e filhos:

“No princípio tinha medo (criança romena) mas... hum... a enfermeira brincou com ele e não sei o quê” (G.D.Im)

E ainda noutro excerto:

“O medo passou e agora o meu filho vem aí sempre (à consulta de enfermagem)” (G.D.Im)

A utilização desta estratégia pelos enfermeiros vai ao encontro da filosofia de Campinha-Bacote (2010) para o desenvolvimento da competência cultural,

posto que esta autora considera o uso do humor, como “ferramenta” para lidar com aspetos sensíveis nos cuidados com pessoas culturalmente diversas. Surge também como estratégia a ser mobilizada de forma consciente pelos enfermeiros na interação e cuidados com imigrantes, a favor da relativização das diferenças culturais entre partes.

A Figura seguinte acrescenta mais elementos definidores do padrão cultural em análise, a partir do que os sujeitos nos “disseram” e “mostraram” no terreno, para além dos temas culturais já referenciados e discutidos.

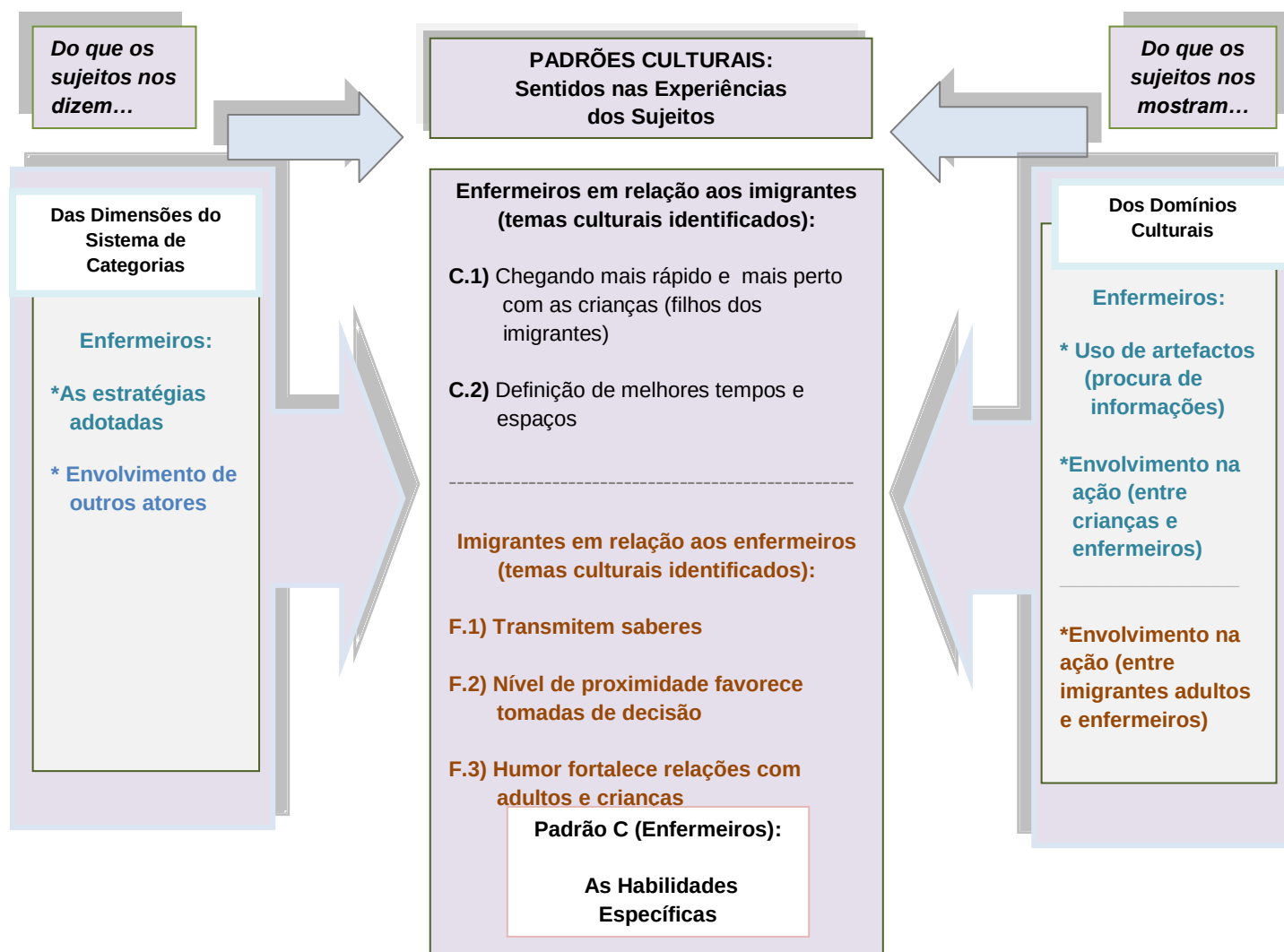


Figura 19. Elementos definidores do padrão cultural dos enfermeiros – **As habilidades Específicas** – dimensões do sistema de categorias²⁰ e domínios culturais associados.

Considerámos as categorias: *gestos e mímicas universais, uso do desenho e aprendizagem de palavras-chave*, da dimensão – **As estratégias adotadas**, do sistema de categorias correspondente à análise dos discursos dos enfermeiros

²⁰De acordo com a Figura 19, as dimensões associadas à discussão deste padrão cultural, referem-se ao tema do sistema de categorias das entrevistas e narrativas dos participantes **enfermeiros**: “Aprendendo a comunicar” (Dimensões – **As estratégias adotadas e Envolvimento de outros atores**).

e ainda as categorias: *familiares intérpretes*, *vizinhos intérpretes* e *profissionais da equipa de cuidados*, da dimensão – **Envolvimento de outros atores**, do sistema de categorias dos mesmos participantes.

Estas categorias serão mobilizadas para clarificação das estratégias utilizadas pelos enfermeiros no desenvolvimento da relação terapêutica com imigrantes.

A procura e uso de *gestos e mímicas* comumente aceites nas díades de cuidados, surge referenciada no discurso dos enfermeiros como garantia da eficácia no processo de comunicação. Na unidade de registo que apresentamos evidencia-se, em situação de dificuldade extrema na comunicação oral e gestual, a capacidade da enfermeira se aproximar da pessoa imigrante com dor, concretizando a sua presença pela harmonização dos seus ciclos respiratórios com os da pessoa cuidada, inspirando e expirando em simultâneo. Davidhizar e Giger (2001) propõem no mesmo sentido o “uso do silêncio” como estratégia de comunicação, tal como verificamos neste excerto:

“Durante as contrações respirei em sintonia com ela. Queria que ela percebesse que não estava sozinha” (Na.Enf.III)

Noutra situação o enfermeiro valoriza apesar da barreira da língua, a eficácia conseguida no processo de comunicação, recorrendo a diferentes estratégias:

“Através da comunicação verbal e não verbal conseguimos efetuar a consulta sem intercorrências” (Na.Enf.I)

Emerge em ambas as situações apontadas, a importância atribuída por estes enfermeiros à sua linguagem corporal quando não conseguem comunicar oralmente; estes sujeitos consideram tal como Marc e Picard (n.d.) este tipo de linguagem, como dimensão fundamental da interação e potencialmente eficaz nas situações de cuidados referenciadas. A validação da comunicação efetiva entre partes ocorre com estes profissionais de saúde pelo *feedback* recebido a partir dos imigrantes na interação, interpretando-o pela caracterização de semelhanças nos universos de significação de ambos. Este tipo de identificação, vai ao encontro do *nono standard*, sugerido por Douglas et al.

(2009) para a prática de enfermagem culturalmente competente – *Cross Cultural Communication* – que salienta a importância de que os enfermeiros tenham em consideração as manifestações da linguagem verbal e não verbal para o planeamento dos cuidados adequados em contextos multiculturais.

O uso do desenho surge igualmente para os enfermeiros como estratégia criativa na procura de significações comuns entre pessoas culturalmente diversas, como surge nesta unidade de registo:

“E foi através destes métodos (desenhos) que consegui desenvolver a comunicação com o utente e reduzir significativamente o clima de tensão e de desconfiança” (Na.Enf.VI)

Identificamos uma estratégia de sublimação da tensão e da desconfiança previamente apreendidas pelo enfermeiro nesta situação de interação, no sentido de conseguir estabelecer algum tipo de comunicação. Surge também a assunção pelo profissional, do seu papel no “suprimento” dos cuidados à pessoa imigrante. Identifica para isso uma estratégia alternativa (o desenho) como elemento chave do desenvolvimento da comunicação estabelecida, em linha com o que sugere Meleis (2010a; 2010b).

A mobilização de *palavras-chave* na língua original dos imigrantes cuidados, parece-nos representar para os enfermeiros no estudo na linha de reflexão de Abreu, uma oportunidade de aprendizagem, concretizando a partir do acompanhamento dos processos de transição destes sujeitos de cuidados, o acesso dos profissionais a “novos saberes de natureza cognitiva, processual, atitudinal e motora” (2011, p. 43). Sob esta perspetiva o uso de palavras-chave surge identificado como recurso a mobilizar no processo de comunicação, como na unidade de registo que apresentamos:

“(várias formas de comunicar) chegando a aprender várias palavras em árabe ” (Na.Enf.VI)

Evidencia-se uma “mente aberta” e criativa do enfermeiro ao privilegiar a utilização de uma estratégia para a minimização de mal-entendidos e/ou de insegurança nas interações com a pessoa cuidada. A utilização deste recurso

vai ao encontro de Leininger (2001) nas *guidelines* para a prática clínica de enfermagem transcultural, em que a autora sustenta que para que os enfermeiros trabalhem com pessoas de outras culturas, ultrapassando a barreira da língua, deverão aprender palavras ou frases comuns, tornando possível uma relação adequada nos cuidados. Se não forem desenvolvidos esforços neste sentido, acreditamos que os profissionais de saúde poderão de acordo com Durieux-Paillard (2011), induzir um risco real às pessoas cuidadas nas situações em que existe uma pobre compreensão linguística bilateral.

Relativamente à dimensão – **Envolvimento de outros atores** do sistema de categorias do *corpus* discursivo dos participantes enfermeiros, identificámos: *familiares intérpretes, vizinhos intérpretes e profissionais da equipa de cuidados*.

A identificação dos *familiares como intérpretes* pelos enfermeiros surge associada a uma aparente ambivalência – se por um lado a sua presença é frequentemente desejada por se constituírem um recurso rapidamente acessível para ultrapassarem a barreira da língua nos cuidados (já atrás evidenciado pelos participantes no grupo de discussão), por outro lado é diferente e mais complexo lidar com a família como um coletivo; desta forma a mobilização de elementos da família pode significar para os enfermeiros uma dificuldade acrescida no momento da interação e para o desenvolvimento da relação terapêutica. Se à utilização deste recurso acresce um outro contexto de cuidados, as dificuldades para os profissionais serão ainda maiores como se evidencia nesta unidade de registo:

“Agora, em atendimento na unidade (USF), eles (familiares de imigrantes) funcionam principalmente como intérpretes... antes (noutra unidade de saúde), como visita domiciliária eles funcionavam como um todo, depois quando nós entrávamos, nós acabávamos por ser um elemento de saúde a visitar aquela família, e todos tinham... alguma coisa a contribuir, e a dizer” (E.Enf.II)

Como anteriormente referenciámos, a seleção de intérpretes dentro da própria família dos imigrantes, embora se possa constituir frequentemente no recurso mais acessível, pode colocar questões difíceis relativamente à manutenção da

privacidade e intimidade das pessoas e também no reenquadramento cultural adequado da mensagem nas díades de cuidados, como apontam diversas fontes (Degazon, 2011; Durieux-Paillard, 2011). No entanto este parece não ser um fator consciente para os enfermeiros no estudo à exceção da sua associação a dificuldades no contexto domiciliário. Recorrer a um elemento da família (ou a vários como no excerto apresentado) pode colocar aos profissionais outras variáveis no desenvolvimento de uma relação terapêutica, sobretudo ligadas à organização social da família, respetivos papéis dos seus elementos, e à gestão do espaço culturalmente estabelecido como “de conforto”, como sugerem Davidhizar e Giger (2001). Este tipo de situação constitui um ainda maior desafio que estes profissionais terão que saber gerir para além da tradução da mensagem verbal. Este aspeto surge evidenciado no estudo de Skott e Lundgren (2009), que enfatiza dificuldades de gestão na relação dos enfermeiros com famílias alargadas.

A utilização de *vizinhos ou amigos* dos imigrantes como *intérpretes* surgiu também referida no discurso dos enfermeiros como um recurso mobilizado, sem valorização aparente (tal como em relação aos familiares) das dificuldades que tal situação pode colocar aos próprios imigrantes:

“(Intérpretes) É da família, ou amigos. Pessoas amigas, ou um amigo mais chegado, ou algum amigo que os trouxe para cá, alguém em quem tem confiança” (E.Enf.IV)

Acreditamos tal como Degazon que os intérpretes que não são profissionais “podem enfatizar as suas preferências pessoais e influenciar tanto as decisões dos clientes como dos enfermeiros” (2011, p.164), pelo que o recurso aos mesmos de forma indiscriminada pode gerar quanto a nós um fator acrescido de insegurança nos cuidados com imigrantes.

Ao contrário da situação anterior a utilização de *profissionais da equipa de cuidados* no processo de comunicação com imigrantes, pode constituir-se numa garantia de maior segurança nas díades de cuidados, como se evidencia no discurso da enfermeira moldava entrevistada:

“Houve situações quando eles (imigrantes) não percebiam bem o que é que se estava a falar, de que é que se estava a tratar, e desta forma eu ajudei sabendo, pronto, a mesma língua, eu ajudei neste sentido a esclarecer as dúvidas deles e depois ajudar outros colegas (enfermeiros), pronto, a explicar aquilo que era necessário” (E.Enf.III)

A integração de profissionais também eles imigrantes, que se constituam como elementos de ligação nos serviços e com os cuidados na comunidade, é uma das recomendações europeias e também nacionais para a preparação de unidades de saúde culturalmente recetivas, formalizando ainda novas funções tais como a de mediadores culturais e intérpretes específicos para a área da saúde (Resolução do Conselho de Ministros nº63-A/2007 de 3 de maio; Nunes, 2009; WHO, 2010a; WHO, 2010b). Evidenciam-se para nós os benefícios de um intérprete que concilie competências linguísticas específicas com outras na área dos cuidados em saúde, para um adequado enquadramento cultural da mensagem, obviando riscos de interpretações incorretas ou de negligência de dados importantes para a prática clínica, como tem sido referenciado por diversos autores (Durieux-Paillard, 2011; Ingleby, 2011).

Por outro lado a clarificação de papéis em equipa multidisciplinar entre os profissionais de saúde que cuidam imigrantes, nomeadamente enfermeiros e mediadores culturais (nas unidades em que se regista a sua presença) carece de maior investimento e discussão. O conteúdo funcional destes técnicos está definido em relação aos imigrantes ao nível da “prestação de serviços em Centros de Saúde e em Hospitais que sirvam territórios com elevada presença de imigrantes, tendo em vista a facilitação linguística e cultural no acesso à saúde” (Resolução do Conselho de Ministros nº 63 – A/2007 de 3 de maio). A sua área de intervenção visa também facilitar a comunicação entre os profissionais e as pessoas culturalmente diversas, com vista à melhoria da interpretação clínica nos cuidados prestados (Alto Comissariado para a Integração e Diálogo Intercultural, 2010; Resolução do Conselho de Ministros nº 74/2010 de 17 de setembro). Leininger sugere a mediação cultural como integrante da ação dos enfermeiros, no sentido de que eles possam “advogar, mediar, negociar e intervir a favor do cliente” (2002, citado em Degazon, 2011, p.159). Constatamos a necessidade de melhor definição das áreas

profissionais de intervenção no que respeita à interação com imigrantes salvaguardando-se situações pouco claras entre enfermeiros e mediadores culturais:

“Portanto, não se sentem muito à vontade com os enfermeiros (imigrantes) ou então fazem algum comentário, pensa que não está a ser bem cuidado e, eventualmente, até pode ser real, o facto de não estar a receber o tratamento adequado. Penso, que se houver da parte do utente e da parte do próprio profissional alguma preocupação e alguma sensibilidade de estar, digamos, aberto, não estar cá com coisas, pronto, a atitude desta pessoa é desta forma, digamos, ideias pré-concebidas” (E.MC)

Surge a necessidade de por um lado delimitar papéis nas unidades de saúde que integram estes profissionais e de por outro criar sinergias a favor de cuidados culturalmente competentes para as pessoas imigrantes partindo de um questionamento conceptual aberto sobre: o que é sensibilidade para estes diferentes profissionais? O que é ser “bem cuidado”? Parece-nos ainda que os sujeitos imigrantes deverão ter voz ativa nesta discussão, clarificando as suas necessidades em saúde, os valores e crenças que os configuram e as expetativas face aos diferentes profissionais no país de acolhimento, obviando-se os riscos da sua imposição de saberes. Esta é também a perspetiva apresentada nas *guidelines* de Leininger (2001) para a prática de enfermagem transcultural, sustentando a importância de que em contextos multiculturais, se mobilizem as pessoas cuidadas, para partilharem com os profissionais as suas ideias e práticas de saúde, envolvendo-as numa relação de parceria e melhorando os resultados a atingir.

Relativamente aos domínios culturais associados à clarificação do padrão cultural em discussão – As habilidades específicas – surgiram: **Uso de artefactos e Envolvimento na ação** (entre crianças e enfermeiros) relativamente aos sujeitos enfermeiros, e **Envolvimento na ação** (entre imigrantes adultos e enfermeiros) relativamente aos sujeitos imigrantes.

À semelhança do que vimos desenvolvendo, cada um destes domínios surgirá definido na discussão pelos atributos que considerámos que lhe acrescentariam novas perspetivas interpretativas.

Relativamente ao *uso de artefactos* pelos enfermeiros, ele emerge sobretudo associado à procura de informação adicional em momentos planeados para colheita de dados com crianças – filhas dos imigrantes. Registamos o maior envolvimento simultâneo dos pais com o uso desta estratégia, como neste excerto durante a consulta de enfermagem na USF, em que a enfermeira recorre a autocolantes de cores apelativas para captação da atenção na comunicação estabelecida e recolha simultânea de dados:

Enfª (para criança romena de 6 anos): “Tens cuidado a atravessar a estrada? Qual a cor do sinal que te deixa passar?” A criança tentava agora compreender e responder, mas respondeu em romeno. A enfª mudou de estratégia de comunicação e apontando para os autocolantes (pequenos animais coloridos) na parede do gabinete, sugeriu: “Aponta aí a cor que me queres dizer...” e a criança saindo do colo da mãe, rapidamente apontou uma borboleta de cor verde, voltando satisfeito; a enfª reforçou: “Muito bem... acho é que tens dificuldades com o português... posso ver agora a tua boca, querido?”; levantou-se e com a criança ao colo da mãe, avaliou a cavidade oral da criança (que abriu prontamente a boca) (O.P.5)

Constatámos também este recurso em momentos de envolvimento espontâneo com filhos de imigrantes, como se evidencia no excerto de uma visita domiciliária que apresentamos em seguida. Na situação apresentada apesar do objetivo principal da visita da enfermeira ser a avaliação de saúde da mãe imigrante, esta profissional rentabiliza o momento da solicitação da criança (com o seu desenho sobre a roda dos alimentos), para colher dados de forma direcionada sobre o seu desenvolvimento, bem como sobre as competências maternas da imigrante em causa:

Enfª: “Não sabes?! Sabes. Sabes. O que é que tu lá (na escola) fizeste hoje?”

Criança: “A roda dos alimentos”.

Enfª (como se mostrasse espanto): “Ah! E é para tu pintares... mostra lá”.

A menina tira uma folha da mochila e mostra-a com evidente satisfação

à enfª.

Enfª: “O que é que parece isto?!”

Criança: “É a roda dos alimentos.”

Enfª: “Parece uma roda, realmente” e voltando-se para a mãe da menina:

“Ela já não vem na carrinha, já!?”

Sra.: “Sim...Ela agora vem 4h-4.30h” (O.P.3)

O uso destes artefactos – desenho com roda dos alimentos – neste excerto e autocolantes com imagens coloridas na situação anterior, parece ser mobilizado pelos enfermeiros como estratégia de facilitação da “abertura de canais de comunicação” (Bronfenbrenner, 2002, p.167), aumentando por um lado as possibilidades de recolher mais informações essencialmente sobre o desenvolvimento infantil dos filhos de imigrantes e a forma como são cuidados pelos pais, por outro.

Ainda em relação aos enfermeiros identificámos um *envolvimento na ação* com estas crianças, caracterizado pela mediação com imigrantes adultos, já antes evidenciada. Constatámos também características de informalidade que lhe são conferidas pela sua presença nas interações em contexto de cuidados. O excerto apresentado é referente a uma situação de visita domiciliária:

Enfª: “Então, vá! Vamos embora, não é? (terminada a visita em casa, relacionada com a mãe da menina”. Animadamente, falam ainda com a menina sobre algo que lhe trouxeram numa outra visita. Um chupa-chupa com a forma da cara de uma boneca. Enfª: Bem, eu tenho de ir!” (O.P.3)

Registamos aqui, entre enfermeiros e imigrantes, através desta informalidade e proximidade aparentemente asseguradas com a presença das crianças, também um certo equilíbrio e simbiose nas interações desenvolvidas como refere Abreu (2011). Estas situações parecem convergir para uma relação terapêutica em contextos de cuidados multiculturais, por via da congruência conseguida nestas condições; torna-se possível uma mediação eficaz entre enfermeiros e imigrantes “através de processos múltiplos de interação, cujo fim último consiste em proporcionar equilíbrio” (Abreu, 2011, p.26).

Relativamente aos sujeitos imigrantes adultos e ao seu envolvimento na ação com os enfermeiros, identificámo-lo caraterizado pela procura de segurança junto destes profissionais, como na situação evidenciada:

Im.: “Eu quero mesmo força. Quero força! Quero ajuda!” (conflito com o marido).

Enfª: “Vamos tentar vir aqui mais vezes, está bem? (visita domiciliária) Para falar, está combinado?!”

A senhora conta que quando está sozinha em casa, sai um pouco e convive com os vizinhos. Mas o marido não é muito dessa opinião (O.P.3)

A procura de segurança aqui evidenciada surge associada a uma elevada expectativa da imigrante na relação terapêutica estabelecida, a que a enfermeira tenta corresponder transmitindo confiança, gerindo contudo os respetivos “espaços” individuais na díade multicultural de cuidados tal como aponta o estudo de Skott e Lundgren (2009). Este tipo de situações parece ir ao encontro das perspetivas de Leininger (2001) e Campinha-Bacote (2011), que referem a necessidade das caraterísticas de flexibilidade e sensibilidade culturais nos enfermeiros, para a coerência na prática clínica.

Em relação aos dados que apresentámos na discussão deste padrão cultural – As habilidades específicas – selecionámo-los, tal como fizemos nos antecedentes, a partir do que os sujeitos nos “disseram”, “mostraram” e “validaram” no terreno.

Na linha do padrão cultural anterior, as crianças parecem assumir um papel importante na relação terapêutica desenvolvida entre enfermeiros e imigrantes, conferindo-lhe caraterísticas de maior confiabilidade entre partes mas também de maior riqueza na colheita de dados nas famílias cuidadas.

A mobilização de intérpretes requer dos enfermeiros uma sensibilidade e adequação de conhecimentos culturais acrescidas, sob pena de lhes configurarem maiores dificuldades em contextos de cuidados ao invés de facilitarem o processo de comunicação nas díades como é esperável.

Não registámos mesmo em situações de barreiras linguísticas extremas, qualquer referência ou desejo dos enfermeiros no terreno, relativos à

possibilidade de mobilização dos intérpretes profissionais do serviço de tradução telefônica para imigrantes (Alto Comissariado para a Integração e Diálogo Intercultural, 2010), embora alguns dos enfermeiros conhecessem a possibilidade de agendamento destas conferências telefônicas; questionamo-nos se por dificuldades de gestão nos contextos? Ou por razões que se prendem com receios de perda do controle e de exclusão destes “triálogos” como sugere Durieux-Paillard (2011, p.205)?

A delimitação dos espaços e áreas de intervenção entre mediadores culturais e enfermeiros sugere uma discussão mais aprofundada e aberta, envolvendo como aponta Campinha-Bacote (2002) a aprendizagem de como avaliar eficazmente as pessoas do ponto de vista cultural, bem como de lhes garantir o acompanhamento necessário nos seus processos de saúde – doença.

As habilidades específicas no contexto multicultural do estudo surgem assim configuradas de acordo com Carper (1978), no sentido estético da mobilização dos saberes pelos enfermeiros: que ao aperceberem-se das necessidades expressadas pelos sujeitos imigrantes, se responsabilizam pela tentativa de adequação dos cuidados necessários, tornando visíveis alguns conhecimentos multiculturais específicos mas também a necessidade de outros.

Desta forma os enfermeiros do estudo parecem desenvolver diferentes habilidades específicas nos cuidados com imigrantes. Evidencia-se nalguns momentos a necessidade de uma orientação mais concreta e sistematizada no que respeita à valorização dos fatores culturais da saúde destas pessoas, que deve ser garantida de forma consciente pelos profissionais em todas as etapas do processo de cuidados.

4.4- O CONTRIBUTO DOS ENFERMEIROS NO PROCESSO DE SAÚDE - DOENÇA DOS IMIGRANTES

Procurámos a identificação de dificuldades e mais-valias nos cuidados produzidos pelos enfermeiros integrantes do estudo a imigrantes, analisando contributos destes profissionais no processo de saúde-doença destas pessoas, caracterizando assim o padrão cultural – **Particularidades dos encontros**.

Este padrão, à semelhança da estrutura que temos mobilizado para a discussão dos anteriores, surge por sua vez associado a *temas culturais* que o clarificam do ponto de vista dos participantes enfermeiros, nos encontros culturais das díades de cuidados – *a interpretação e o enquadramento das mensagens, individualizando pela proximidade, constrangimentos com familiares e a diluição das “diferenças”* (D.1, D.2, D.3 e D.4 – conforme Figura 15 anterior).

Identificámos da mesma forma *temas culturais* ligados aos participantes imigrantes, pela possibilidade que nos oferecem na complementaridade da análise interpretativa face às dimensões que elencam nos encontros com enfermeiros. Neste sentido procurámos contributos que os imigrantes identificam nas suas transições de saúde-doença, sendo os *temas culturais* os seguintes – *os enfermeiros dão segurança e estabilidade, transmitem afetividade, estão próximos e são uma “extensão” da família* (H.1, H.2, H.3 e H.4 – conforme Figura 16 anterior).

A *interpretação e o enquadramento das mensagens* feitos pelos enfermeiros nos encontros com imigrantes, surgem associados a dificuldades com a barreira da língua já anteriormente descritas, mas também com a identificação da necessidade de outros tipos de ajuda, outros recursos para além dos pessoais, considerando que estes são insuficientes no excerto apresentado:

“eu falo por mim própria porque há uma no meu ficheiro que há uma barreira entre nós as duas que eu já tentei que outras colegas atendessem mas nós não conseguimos «trespassar» aquilo. É assim, a gente tem uma relação amistosa mas há ali qualquer coisa que a gente não consegue transpor” (G.D.Enf)

As dificuldades identificadas parecem estar associadas a diferentes concepções de saúde-doença, traduzidas por diferentes lógicas de cuidados nos momentos dos encontros, embora não se registre a assunção de conflitos pela enfermeira. Estas situações são de acordo com Vega (2010) facilmente produtoras de reações emocionais instáveis e do desejo de distanciamento pelos profissionais – tal como identificamos no discurso desta participante – ao assumirem num primeiro momento não possuir a bagagem cultural necessária para cuidarem destas pessoas.

A situação descrita pela enfermeira parece ser a inversa das condições preconizadas por Davidhizar e Giger (2001) para uma avaliação transcultural das pessoas culturalmente diversas, referindo Abreu a este propósito que é esperável que o “profissional de saúde possa analisar as respostas humanas em função da cultura de referência do utente e que se sinta confortável durante o período em que decorre esta relação”(2009, p.30).

No que diz respeito a dificuldades na interpretação e enquadramento cultural da mensagem nos encontros registámos situações, tal como atrás discutimos a propósito da mobilização de intérpretes não profissionais, identificadas como constrangedoras pelos enfermeiros nos cuidados, como no seguinte excerto:

“Lembro-me que uma vez fiz uma consulta de saúde materna a uma chinesa que veio o patrão portanto... nós fizemos as perguntas porque acabou por ser uma situação completamente nova mas quer dizer, perguntar ao patrão quando é que foi a última menstruação... (risos) foi constrangedor, claro.” (G.D.Enf)

A reação provocada no grupo (gargalhada geral) surgiu pelo distanciamento do momento, parecendo o reconhecimento do desenquadramento cultural relatado, despoletar um momento de descompressão. No entanto o contraste entre o respeito pela intimidade da pessoa face à sua exposição “forçada” pelo único intérprete presente, parece ter provocado uma ambivalência constrangedora na enfermeira, baseada na sua falta de recursos profissionais (conhecimento cultural adequado) e organizacionais (acesso a intérprete profissional).

Em relação ao tema identificado – *individualizando pela proximidade*, surgiu também como enquadrador das particularidades dos encontros com imigrantes pelos enfermeiros, como no excerto apresentado:

“a gente quando tem a outra pessoa à frente tem de a conhecer minimamente para abordarmos determinados assuntos, a gente se calhar num primeiro contato aborda ali, percebe e depois no segundo já vamos um bocadinho mais e isso acontece com todos, sejam eles estrangeiros ou não” (G.D.Enf)

Sublinha-se mais uma vez a importância do desenvolvimento da relação de confiança nas díades, permitindo aos enfermeiros olhar “para além” das diferenças culturais, à medida que os encontros vão ocorrendo.

Evidencia-se também alguma minimização das diferenças culturais entre enfermeiros e imigrantes, tal como aponta Bennett (1986, 2004) numa perspetiva de etnocentrismo da enfermeira. Na situação descrita, a profissional parece neutralizar as diferenças culturais destes sujeitos de cuidados, incorporando-as em situações que lhe são profissionalmente familiares, tal como a preocupação de cuidar “todos” de forma próxima e individualizada.

De acordo com o mesmo autor, a minimização das diferenças culturais embora se enquadre ainda numa fase de etnocentrismo dos profissionais, antecede o início do *ethnorrelativism* em ordem ao desenvolvimento das competências culturais, evidenciando-se no excerto um percurso evolutivo da enfermeira neste processo de construção.

Os *constrangimentos familiares* surgem também como particularidade identificada pelos enfermeiros nos encontros com imigrantes, podendo revelar-se em diferentes crenças de saúde, carecendo de uma gestão adequada para um enquadramento em contexto de cuidados, como no excerto que apresentamos:

“A mim acontecia-me... (...) eu tentei que não fosse assim e realmente mudar que foi usarem os «descascadinhos» (alhos ao pescoço dos recém-nascidos) colocados em fio à volta dos bebés,

aparecia iterícia e como os bebés ficavam a cheirar um bocadinho mal, e não eram «bacalhaus» (risos), eu começava por perguntar quem é que lhe deu a indicação, geralmente eram as sogras ou as mães, nunca eram elas, elas próprias parecia que não se sentiam muito à vontade com aquilo (...); Enfª (tal como disse à imigrante): «os meninos que moram cá em Portugal não fazem isto, têm iterícia e também desaparece, cortamos o fio e depois diz à sogra que fui eu e tentávamos ir assim» (G.D.Enf)

Constatamos na gestão do processo de cuidados com a mãe imigrante, por um lado um contributo consciente da enfermeira para a sua integração na cultura de saúde-doença do país de acolhimento como cultura dominante, ao tentar enquadrar o aparecimento da iterícia no recém-nascido; por outro lado mobilizando o “cheiro desagradável” também constatado pela mãe imigrante, a enfermeira tenta iniciar uma tomada de decisão conjunta, reforçando esta pessoa perante outros elementos da família, carecendo contudo aparentemente de maior exploração de dados para a sua perceção cultural sobre a situação familiar na linha do que refere Degazon (2011).

Este tipo de condução da anamnese para posterior planeamento da intervenção pela enfermeira, parece ir ao encontro da proposta do modelo explanatório de Abreu (2009, 2011) – evolução do modelo de avaliação transcultural de Giger e Davidhizar – propondo para a colheita de dados (após uma primeira fase de recolha mais genérica de informação), prosseguir com uma segunda, em que cuidadosamente se gere o “que, quando e como perguntar” (Abreu, 2009, p.31), como atrás já referimos e nos parece ter parcialmente acontecido na situação exposta.

No excerto apresentado registamos a capacidade de distinção da enfermeira, entre as crenças de saúde do país de origem da pessoa imigrante e o potencial adaptativo desta à sociedade de acolhimento tal como aponta Vega (2010), que sabemos importante para a vivência equilibrada dos processos de saúde-doença pessoais e familiares no seu percurso de vida.

No que diz respeito ao tema cultural – *a diluição das “diferenças”*, surge enquadrado pelos enfermeiros participantes com a necessidade de ir ao encontro das diferentes conceções e práticas de saúde, como sugere este excerto:

“Não, muitas vezes damos o medicamento e dizemos: «olhe, isto é aquilo que nós podemos indicar, agora dentro disto tentem fazer o melhor que conseguirem»” (G.D.Enf)

Evidencia-se uma tentativa de harmonização nos cuidados com imigrantes face a diferentes formas de olhar e viver os processos de saúde-doença, identificados pelos enfermeiros no grupo de discussão. Esta postura dos profissionais enquadra-se no sentido da “acomodação cultural” (Leininger, 1991, 1994, 1998) ao negociarem para obtenção dos resultados mais adequados à pessoa cuidada, mas respeitando a sua autonomia nas escolhas, como se evidencia no estudo de Hanssen (2004).

Esta forma de estar vai também ao encontro da perspetiva de Meleis (2010b), que enfatiza o papel dos enfermeiros na minimização das ambiguidades relacionadas com os imigrantes em contexto de cuidados no país de acolhimento – pelas suas diferentes crenças e práticas – ao tentarem promover respostas saudáveis nos processos de transição de saúde-doença, nos cuidados desenvolvidos.

Em relação ao médico entrevistado, registámos uma igual postura de respeito e negociação das diferenças culturais, parecendo-nos reforçarem-se condições aos enfermeiros participantes para assumirem na equipa uma gestão eficaz da promoção da saúde e bem-estar dos imigrantes.

Identificamos no excerto a posição assumida pelo informante a que nos referimos, em manifestação contrária à referenciada por Ingleby (2011), que aponta o risco frequente de uma abordagem divergente e fragmentada na equipa multidisciplinar de cuidados aos sujeitos imigrantes:

“Nós também temos que respeitar a cultura de «el» individuo. «No temo» que ter nos «la» razão. «Quien» sabe se somos nós «lo» correto? «No» temos que julgar, «ni»... Los chinoses «inducen» la papa de arroz e tem na sua cultura tradicional chinesa... «quien» sou eu para «decir que aquello no» está correto?” (E.Med)

Por outro lado os participantes imigrantes relativamente aos contributos que reconhecem nos enfermeiros para a vivência dos seus processos de saúde-doença, identificam – *os enfermeiros dão segurança e estabilidade, transmitem afetividade, estão próximos e são uma “extensão” da família.*

A perspetiva dos imigrantes no estudo de que *os enfermeiros dão segurança e estabilidade*, surge associada à mais-valia que identificam nas orientações que recebem destes profissionais, mais uma vez em associação ao processo de integração no país de acolhimento com as suas vivências equilibradas na saúde, como identificamos no excerto:

“a enfermeira explicou-me tudo o que eu tenho de comer, como é que tenho de fazer, o que tenho de fazer, «prontes»... a nossa (comida) «muito é diferente» mas como a gente já «tá» cá há tantos anos, já «tamos» habituados «cá comer»” (G.D.Im)

Emerge na perspetiva desta imigrante um sentido de confiança e de (re)equilíbrio face a hábitos alimentares anteriores e presentes na situação descrita, a partir dos encontros com a enfermeira. Simultaneamente identificamos um reforço do seu sentimento de pertença, por via do equilíbrio e da segurança construídos no ambiente promotor do desenvolvimento humano, na díade de cuidados (Bronfenbrenner, 2002; Meleis, 2010a, 2010b).

Um outro tema cultural identificado pelos imigrantes nos encontros com enfermeiros foi – *transmitem afetividade*. Este tema surge associado à valorização da ajuda da enfermeira pela imigrante, numa situação de maior vulnerabilidade como o nascimento de um filho.

Parece estabelecer-se aqui para a imigrante alguma confusão entre ser foco dos cuidados da profissional, com uma necessidade acrescida de supervisão por esta, relacionada com a transição vivenciada como define Meleis (2005, 2010a) e o estabelecimento de uma relação simples de afetividade nos encontros, que valoriza ainda mais por contraste com a forma de se relacionar com o médico:

“Eu assim, partilha eu acho assim que... afetividade também, tranquilidade também, eu fico tranquila em trazer minha filha aqui pra deixar a enfermeira... às vezes já aconteceu de eu ter que vir por ela «tar ruinzinha» assim pra fazer cocó, essas coisas, e eu vim com a enfermeira «pra» uma sala assim conversar comigo por isso quando ia ao médico era só mesmo pra passar a receita do remédio”
(G.D.Im)

Contudo a aparente “confusão” estabelecida não parece perturbar o natural desenvolvimento dos mecanismos de *coping* e promoção do bem-estar na díade de cuidados, valorizando-se a segurança e a confiabilidade sentidas; parece evidenciar-se ainda no excerto uma provável mobilização intencional pela enfermeira face à interpretação da “expressão de afetividade” pela imigrante na sua situação de saúde (e da bebé), configurando sensibilidade e consciência culturais (Campinha-Bacote, 2002, 2010).

Um outro tema cultural semelhante surgiu também com os sujeitos imigrantes, na clarificação dos contributos dos enfermeiros nos encontros desenvolvidos – *estão próximos*.

Surge essencialmente ligado à acessibilidade, visibilidade e proximidade relacionais que identificam nos enfermeiros em cuidados de saúde primários, como podemos perceber no excerto:

“Eu gosto muito da enfermeira aqui, é uma enfermeira cinco estrelas. Não é porque ela trata de mim sempre que «vou cá», envolve-se muito” (G.D.Im)

E num outro:

“Ah, eu lá, também assim lá (hospital), foi muito assim, foram muito atenciosos comigo, também na altura que eu fiz... tanto quando eu «ganhei ela» (nascimento da bebé), que foi agora recente, também quando fui operada lá. Também os enfermeiros lá (hospital) também não tive queixa mas, eu prefiro (na USF)... assim não sei se é porque a gente já «tá»... já é íntimo, já «tá mais né?» (G.D.Im)

A valorização da enfermeira como figura de proximidade nas unidades do estudo, parece concretizar no terreno, as macro recomendações internacionais para os cuidados de saúde primários (WHO, 2010a, 2010b; Ingleby, 2011). Estas propõem como estratégia de minimização de desigualdades nos cuidados de saúde a pessoas migrantes, o desenvolvimento das competências culturais nos profissionais de saúde. Nos documentos referenciados surge enfatizada a necessidade de competências ao nível da prevenção da doença e da promoção e educação para a saúde destas pessoas, com concretização de uma oferta de cuidados com forte proximidade das pessoas – como parece surgir no excerto apresentado, com alguma visibilidade em relação aos enfermeiros – como condições do desenvolvimento de unidades de saúde culturalmente adaptadas a “outras” crenças e comportamentos, diferentes das do país de acolhimento.

Um outro tema cultural associado aos participantes imigrantes foi – são *uma “extensão” da família*. Este tema surge enquadrado à semelhança do anterior, com o nível de proximidade que identificam com a enfermeira, mas também com uma acessibilidade que conotam com a de um elemento da família, como podemos identificar no excerto:

“não sei se é com todas as enfermeiras assim mas com a R. é quase da família já (risos) parece que em qualquer lugar posso chegar e falar com ela, até evito muito «né» porque se não «né» a pessoa «tá» trabalhando” (G.D.Im)

Constatamos nesta forma de vivenciar a relação com a enfermeira, uma simetria relacional implícita, à semelhança da que é mais provavelmente encontrada no contexto familiar, bem como um potencial acrescido de desenvolvimento humano, no ambiente criado na díade de cuidados como sugere Bronfenbrenner (2002).

Na perspetiva do mesmo autor, a figura da enfermeira na situação descrita, surge identificada como um “vínculo apoiador” (Bronfenbrenner, 2002, p.165), corporizando para a pessoa imigrante um contributo que “faz a diferença” nos seus processos de saúde-doença, como salientam Meleis et al. (2000).

A Figura seguinte acrescenta mais elementos definidores ao padrão cultural em análise, a partir do que os sujeitos nos “disseram” e “mostraram” no terreno, para além dos temas culturais já referenciados e discutidos.

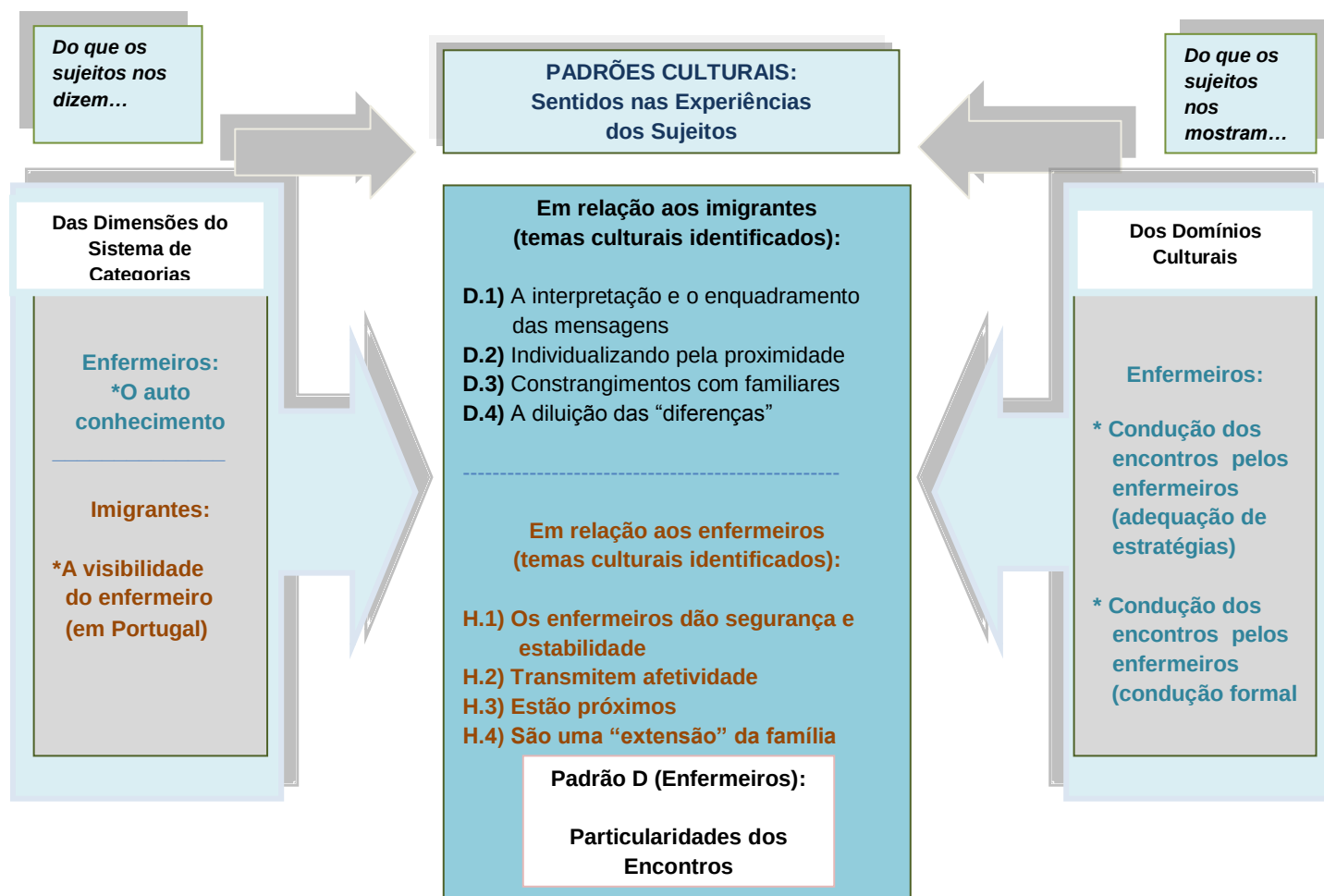


Figura 20. Elementos definidores do padrão cultural dos enfermeiros – **Particularidades dos encontros** – dimensões dos sistemas de categorias²¹ e domínios culturais associados.

Em relação aos participantes enfermeiros, considerámos a dimensão – **O autoconhecimento** do seu *corpus* discursivo, com as categorias: *de si para si, assunção de frustrações e colocação no lugar do outro*.

Estas categorias serão mobilizadas para a identificação a partir dos enfermeiros do estudo de dificuldades e mais-valias, para o desenvolvimento dos seus contributos nos processos de saúde-doença dos imigrantes cuidados.

²¹De acordo com a Figura 20, as dimensões associadas à discussão deste padrão cultural, referem-se ao tema do sistema de categorias das entrevistas e narrativas dos participantes **enfermeiros**: “Em situação de cuidado cultural” (Dimensão – **O autoconhecimento**). O tema do sistema de categorias dos participantes **imigrantes**, para este padrão cultural é “Sentir-se cuidado no país de acolhimento” (Dimensão – **A visibilidade do enfermeiro**).

A identificação *de si para si* pelos enfermeiros participantes, surge contextualizada a reflexões baseadas em descobertas pessoais que emergem após momentos de interação e cuidados com pessoas imigrantes, surgindo por vezes sentimentos de satisfação pessoal, como identificamos nesta unidade de registo:

“Senti-me tão feliz e contente quando percebi que depositava confiança em mim, que percebia o meu esforço” (Na.Enf.I)

Nesta situação emerge o início de uma consciência pessoal da enfermeira em causa, ao olhar para si mesma de uma “outra” forma tal como preveem alguns autores, definindo-se como elemento do processo de construção das competências culturais (Campinha-Bacote, 2002; Purnell, 2011), avaliando em simultâneo a sua capacidade de produzir um impacto positivo assim entendido pela pessoa cuidada. Nesta outra unidade de registo a enfermeira adota uma postura de humildade cultural ao tentar colocar-se no lugar dos “outros” e ao admitir que existem elementos a aprender com eles, olhando-os como “informantes culturais” tal como referem Leininger (2001) e Campinha-Bacote (2002):

“Meu Deus, como isto há-de ser difícil, vir para um país estranho, não falar nem compreender a língua ... no entanto, eles (casal de imigrantes prestes a serem pais) demonstram tranquilidade... «aproveita M. (enfª para si mesma), deves ter muito a aprender com eles!...» - pensei” (Na.Enf.III)

A *assunção de frustrações* pelos enfermeiros surge nos discursos como uma dificuldade dos encontros com imigrantes sobretudo contextualizada à barreira da língua nos cuidados, como no excerto que apresentamos:

“A mim causa-me um bocadinho de transtorno (sem feedback na comunicação), aliás quando vejo que está para ser atendida fico logo um bocado ansiosa, porque já sei que por mais que eu tente e já lhe disse aqui há tempos « eu tenho noção que você, não faz nada

daquilo que a gente lhe pede ou daquilo que a gente lhe transmite mas percebe não percebe?» e ela diz sempre que sim” (E.Enf.I)

Identificamos uma sensação de impotência e frustração da enfermeira pela inacessibilidade no processo de comunicação com a imigrante cuidada, assumidas com ansiedade pessoal pela inadequada “conexão” que parece sentir na interação, como identifica Coffman (2004) no seu estudo. Este desconforto poderá estabelecer-se nesta profissional pela incongruência entre o *feedback* obtido pela imigrante e os resultados registados (à margem do seu “controle”) no processo de cuidados desenvolvido.

Para além da barreira da língua emerge como frustração o desconhecimento cultural dos enfermeiros face a crenças culturais e religiosas, como é sugerido no estudo de Griffiths et al. (2003), que implicam uma gestão diferenciada nos cuidados de saúde – desejavelmente consonantes com a existência de coerência cultural entre quem cuida e quem é cuidado. Constatamos dificuldades da enfermeira na articulação entre os diferentes técnicos nas organizações ao sublinhar a sua aparente falta de opções na situação descrita, a favor da melhoria dos cuidados como pretende:

“fui confrontada com uma questão para a qual não estava preparada (...) «quando for o nascimento do bebé e a L. (imigrante) se encontrar no hospital, ela não pode ser vista ou tocada por um homem médico ou enfermeiro, apenas por mulheres, pois na nossa religião isso será muito mau, uma ofensa grave. O que podemos fazer?»” (Na.Enf.I)

Surgem dificuldades nesta enfermeira, relativamente a propor-se como profissional responsável na prevenção e mediação de conflitos culturais em contextos de cuidados de saúde e como promotora dos projetos de saúde destas pessoas, como se encontra previsto nas Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (OE, 2003). A assunção desta responsabilidade compatibiliza-se com uma prática clínica de enfermagem transcultural como sublinha Leininger (1998, 2001). Esta autora identificou a génese dos conflitos culturais frequentemente associada a diferentes crenças de ordem religiosa. As dificuldades constatadas na situação em causa parecem-nos poder estar igualmente associadas em concordância com a mesma autora, com a

inexistência de *guidelines* na área dos conhecimentos multiculturais, a serem facilmente consultadas e mobilizadas para melhor atender às necessidades culturais de saúde das pessoas imigrantes.

Relativamente à importância da *colocação no lugar do outro* surge referenciada pelos participantes enfermeiros, ao assumirem que a forma como interagem e cuidam imigrantes é importante e contribui ativamente para a sua segurança nos cuidados de saúde (Machado, 2009; Ingleby, 2011). Referem que a barreira linguística pode constituir-se numa dificuldade importante como podemos identificar neste excerto, sem no entanto recorrerem a intérpretes profissionais, cuja possibilidade é real no nosso país através de um serviço de tradução telefónica para imigrantes (Alto Comissariado para a Integração e Diálogo Intercultural, 2010):

“Sabe qual foi a resposta dele (imigrante romeno) quando outras colegas lhe disseram “então, como é que é? O que é que se passa? «Se está a dar bem» com a nossa colega?”, e ele disse «Porque ela percebe a língua». E aqui percebi que ele não percebia tudo (anteriormente à tradução)” (E.Enf.III)

Noutra unidade de registo identificamos que a situação específica da enfermeira moldava, configura uma maior facilidade em referenciar os constrangimentos de outros imigrantes e também em poder garantir-lhes maior confiabilidade e segurança nos cuidados de saúde, em condições semelhantes com os cidadãos do país de acolhimento (Fonseca et al., 2009; Ingleby, 2011):

“Alguns que eu percebi, pronto, de início eles mudaram de atitude, mudaram de comportamento... perceberam de que é que se está a tratar, perceberam que são bem-vindos mesmo para... pronto, perceberam que não há diferença de ser português, de ser imigrante. Que os cuidados são prestados a nível, pronto, igual... vamos dizer, como é que é mais certo” (E.Enf.III)

Em relação aos participantes imigrantes os contributos dos enfermeiros nos processos de saúde-doença, emergem ligados nos discursos a outras formas de *visibilidade* destes profissionais, face à figura do enfermeiro nos seus países

de origem. Identificámos as categorias – *natural proximidade, necessidade de validação dos saberes e elo de ligação com outros técnicos*.

A *proximidade* com os enfermeiros surge com uma conotação afetiva, mais uma vez *naturalmente* reforçada pela relação que os imigrantes identificam nos enfermeiros com os seus filhos, como no excerto que apresentamos:

“(em Portugal) para mim eu gosto. Essa enfermeira aqui ... inclusive estava falando para o meu marido, que ela gosta muito da minha filha... e trata muito bem da minha filha ... pronto” (E.Im.III)

Tal como sugere o estudo de Sousa (2006) evidenciam-se as fragilidades afetivas destas pessoas imigrantes, encontrando-se mais sensíveis e recetivas nas interações com os enfermeiros, sobrevalorizando a atenção de que se sentem alvo em termos individuais, familiares e particularmente quando existem filhos, como temos discutido.

A disponibilidade que identificam nos enfermeiros em Portugal parece ser entendida como um importante contributo nos seus equilíbrios de saúde:

“estão sempre disponíveis no que diz respeito aos cuidados de enfermagem” (Na.Im.II)

A valorização da disponibilidade dos enfermeiros emerge também associada à atenção de que se sentem alvo, em oposição a evidências de outros estudos em que as pessoas imigrantes referem sentir-se “invisíveis” nas suas especificidades culturais para os técnicos de saúde, manifestando receios de inacessibilidade aos cuidados (Toofany, 2007, Vega, 2010).

A *necessidade de validação dos saberes* foi outra categoria que identificámos no discurso dos imigrantes, associada ao estabelecimento de comparações face ao país de origem em que a visibilidade dos enfermeiros é outra, parecendo instalar-se por vezes alguma desconfiança e insegurança como nesta unidade de registo:

“não é que não confie no trabalho dela (enfermeira), mas talvez por não estar acostumada a ser atendida por uma enfermeira”(E.Im.IV)

A World Health Organization (2010a) adverte neste sentido, que o registo da “desconfiança” de alguns imigrantes está relacionado com medo de discriminação e exclusão no país de acolhimento, constituindo-se numa das principais dificuldades para os profissionais de saúde interagirem e colherem dados sobre estas pessoas, bem como para a produção de investigação na área dos cuidados com imigrantes. Os enfermeiros poderão desenvolver nomeadamente em cuidados de saúde primários, uma relação de confiança privilegiada com estas pessoas, desde a colheita inicial de dados culturalmente dirigida (Abreu, 2009, 2011; Davidhizar & Giger, 2001), desconstruindo progressivamente os receios apontados e contribuindo para a produção de evidências.

A visibilidade do enfermeiro para os imigrantes como *elo de ligação com outros técnicos de saúde* surgiu neste estudo ligada sobretudo à figura do médico, como identificamos nesta unidade de registo:

“eu acho que a enfermeira (...) se combinam certo. Pelo menos a minha enfermeira e minha médica”(E.Im.III)

Evidencia-se na proximidade estabelecida um sentimento de “quase posse”, neste caso em relação às duas profissionais de referência “minha enfermeira” e “minha médica”. Sugere uma conotação de equilíbrio, segurança e harmonia no processo de cuidados.

Neste outro excerto emerge o enfermeiro como figura de mediação na equipa de saúde, como quem estabelece os contornos da interação que vai estabelecer-se com os outros profissionais:

“Do enfermeiro, sim. Eu sinto que às vezes ele tem maior autoridade e dependendo como ele passa o fato para o técnico, é que ele vai me receber” (E.Im.IV)

Nesta situação os enfermeiros surgem conotados tal como refere Ingleby como uma espécie de «gatekeeper» (2011, p.234), como mediadores culturais como também identifica Leininger (2001), derrubando barreiras entre os

imigrantes e os outros profissionais. Ajudam na clarificação de diferentes “pontos de vista” culturalmente determinados, que os imigrantes apresentam na vivência dos seus processos de saúde-doença e que os enfermeiros parecem conhecer em muitas circunstâncias, pelo nível de proximidade relacional nas díades.

Em relação aos domínios culturais associados à clarificação do padrão cultural em discussão – Particularidades dos encontros – identificámos: **Condução dos encontros pelos enfermeiros** (com adequação de estratégias) e **Condução dos encontros pelos enfermeiros** (com condução formal).

Na lógica do que vimos desenvolvendo em relação a todos os padrões culturais, cada um dos domínios que lhes associámos surgirá definido na discussão pelos atributos que considerámos acrescentarem novos contributos à sua compreensão.

Uma das estratégias mobilizadas pelos enfermeiros na *condução dos encontros* com imigrantes é o reforço positivo na interação, como no excerto que apresentamos de uma situação de visita domiciliária com o objetivo de monitorizar os cuidados maternos:

A enfª evidencia satisfação, porque a criança (que oiço a brincar no quarto ao lado e que aparece pontualmente à porta da sala onde estamos) ganhou peso e parece ter um nível de atividade saudável. A enfª elogia S.(sra. imigrante) porque está tudo a correr bem com o menino (a comunicação verbal é feita de forma muito sumária pela mulher mas a enfª parece entendê-la perfeitamente)(O.P.2)

Esta adequação evidencia na enfermeira, apesar da barreira da língua que constatámos com a imigrante, uma capacidade de gestão e flexibilização de recursos na relação em contexto domiciliário na linha do estudo de Skott e Lundgren (2009), com resultados aparentemente conseguidos na interação estabelecida.

Uma outra estratégia que identificámos na condução dos encontros foi o uso do “nós” no discurso com os imigrantes, resultando numa captação

aparentemente eficaz destas pessoas para a interação e cuidados desenvolvidos:

Enfª: “E então R. (imigrante), ainda não «falámos» sobre a introdução de novos alimentos, pois não?”; a sra. continua junto do bebé, (muito ativa) e a sua filha mais velha percorre todo o gabinete pegando em diferentes objetos que vai alcançando.

Enfª: (olhando para a criança mais velha) “Ah tu és igual á tua mãe, olha para estes caracóis! E mexe no cabelo da menina com as pontas dos dedos”.

Sra: “os alimentos... não ainda não «falamos» mas eu já fui começando...”

Enfª: “bem, é normal no 2º filho, mas vamos ver se está tudo certo” (O.P.8)

A utilização da primeira pessoa do plural pela enfermeira no seu discurso em interação, contribui na situação desta imigrante para o reforço do sentimento de pertença ao contexto da díade de cuidados no país de acolhimento, concretizado através do “fio condutor” da relação de confiança estabelecida com a enfermeira. A situação regista-se com veemência uma vez que a imigrante expressa abertamente que “já foi começando” com a introdução de novos alimentos na criança, mesmo sem indicação prévia. Esta circunstância ocorre de acordo com a manifestação de flexibilidade, abertura e construção ativa de semelhanças por estes profissionais de saúde de forma consciente, na linha do que sugere Campinha-Bacote (2002) para a construção efetiva da coerência cultural nos cuidados.

Por outro lado registámos nalguns momentos de observação, que os enfermeiros se cingiram a um tipo de condução dos encontros mais formal, com as pessoas imigrantes. Nestas situações, recorreram quase exclusivamente à consulta de tópicos no formulário no *ecran* do computador, parecendo privilegiar a normatividade ao invés do investimento na relação de confiança e na necessidade de avaliação das especificidades culturais destes sujeitos de cuidados. Os casos pontuais observados parecem contudo ocorrer quando existem inseguranças nos profissionais, relacionadas com poucos recursos pessoais para lidar com diferenças culturais. Associamos a

insegurança identificada com dificuldades na reflexão do património cultural pessoal bem como sobre as próprias experiências de vida, como apontam diversos autores (Campinha-Bacote, 2002, 2003; Purnell, 2011; Ingleby, 2011). Esta constatação merece atenção pela possibilidade de configurar riscos de comprometimento da qualidade nos cuidados, ao tentar-se cuidar de forma “igual” pessoas culturalmente diferentes, como nos parece emergir neste excerto:

A enfª avalia a T.A. e pergunta quando foi a ultima menstruação (consulta de planeamento familiar).

Sra. imigrante: Acabou ontem...; a enfª continua a registar os valores no computador e olhando de seguida para a utente aponta para a balança: “agora vamos pesá-la”... a utente colocou-se em cima da balança (O.P.4)

Os dados associados à discussão deste padrão cultural tal como vem acontecendo em relação aos anteriores, emergiram do que os participantes nos foram “dizendo, mostrando e validando”, no terreno.

Os achados apontam com frequência para contributos dos enfermeiros ao nível do equilíbrio nos processos de saúde-doença dos imigrantes, sobretudo valorizados por estes pela proximidade e confiança com os profissionais quer em termos de cuidados produzidos, quer ao nível da ligação com outros técnicos de saúde, nomeadamente com o médico. O enquadramento cultural do papel dos enfermeiros e das suas capacidades para orientação dos projetos de saúde dos imigrantes, é por vezes fonte de dúvidas e dificuldades para os profissionais, face à comparação com o país de origem feita pelos participantes imigrantes.

Por outro lado os encontros culturais com estes sujeitos são assumidos de forma ambivalente pelos participantes enfermeiros. Identificam frustrações ligadas a poucos conhecimentos na área da enfermagem transcultural, relevando no entanto os momentos de cuidados nas díades como passíveis de desencadearem reflexões sobre si mesmos e aprendizagens específicas. Estas características parecem configurar semelhanças com o constructo – encontro cultural – de Campinha-Bacote (2002, 2003), uma vez que esta autora salienta

que é esperável o refinamento e a modificação de crenças culturais pré existentes nos enfermeiros, à medida que as interações com pessoas culturalmente diversas vão decorrendo, conforme registámos nos contextos do estudo. Emerge também do terreno a necessidade de consciencialização pelos enfermeiros, de que para o desenvolvimento dos encontros culturais com contributos efetivos nos processos de saúde-doença dos imigrantes e para a construção das suas competências culturais, não bastará aumentar o número de interações com a desejável relação de confiança.

Estes profissionais precisam munir-se de um conjunto de conhecimentos culturais concretos, nomeadamente ao nível de: crenças de saúde e doença em diferentes culturas, incidência e prevalência de doenças de acordo com a diversidade étnica das pessoas (Campinha-Bacote, 2002; Degazon, 2011).

Na mesma linha de orientação os enfermeiros deverão conhecer qual a eficácia esperável de cuidados culturalmente específicos, relacionados com áreas do saber frequentemente pouco conscientes para eles e na equipa de saúde, como por exemplo a da designada “farmacologia étnica” (Campinha-Bacote, 2002).

5- DA ANAMNESE NOS IMIGRANTES À CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS CULTURAIS NOS ENFERMEIROS

*“O lucro do nosso estudo é tornarmo-nos
melhores e mais sábios”*

Michel de Montaigne

Desenvolvemos até agora a discussão dos dados com base nos padrões culturais identificados na cena cultural em estudo, assumindo como eixos centrais neste movimento os que respeitam aos participantes enfermeiros, sendo eles:

A - No desenvolvimento da consciência cultural

B - Explorando conhecimentos culturais

C - As habilidades específicas

D - Particularidades dos encontros, discutidos no capítulo anterior e a discutir neste capítulo:

E - A motivação do “particular” pela aplicabilidade no “geral” (cf. Figura 15 anterior).

Procurámos de acordo com Strauss e Corbin que a caracterização do relato etnográfico no estudo descrevesse “ as perspetivas e as ações dos atores retratados, combinadas com um ordenamento explícito daqueles em relatos plausíveis não-ficcionais” (2008, p.33), sustentando o entrosamento dos dados obtidos no diagrama sequencial atrás referenciado (Figura 5).

Procurando os “constructos-fronteira” que estabelecessem de acordo com Miles e Huberman (1984, 1994) as ligações com os dados do estudo, em linha com a perspetiva interpretativa que desenvolvemos, identificámo-los – na especificidade dos primeiros quatro padrões culturais emergentes (A, B, C e D, da Figura 15) – como parcialmente sobreponíveis aos constructos do modelo de competências culturais de Campinha-Bacote (2002, 2003): *consciência cultural, conhecimento cultural, habilidade cultural e encontro cultural*; registámos no entanto uma exceção face ao seu constructo – *desejo cultural* – uma vez que ao procurarmos no grupo de discussão com os enfermeiros a

reinterpretação/validação com estes participantes, da sua motivação para cuidarem imigrantes, as respostas obtidas foram evasivas e inespecíficas.

Neste sentido, face à questão que colocámos no momento da discussão em grupo: *“A ideia de cuidarem imigrantes é motivadora? E porquê?”*, a resposta consensual obtida foi:

“conseguimos trabalhar (...) na diferença, seja ela qual for”
(G.D.Enf)

Desta forma não nos foi possível obter dados a favor de uma avaliação objetiva da motivação destes participantes, nem de características de sobreposição com o constructo-fronteira “desejo cultural”, no momento da validação referenciada.

Contudo para Campinha-Bacote (2002, 2003) é o desejo cultural dos enfermeiros que está na origem do desenvolvimento das suas competências culturais, sendo que nos questionámos dada a pouca clareza dos resultados obtidos a este respeito no terreno, que outros conceitos se evidenciariam para os participantes enfermeiros a favor de uma adequada interpretação na realidade cultural no estudo, para a génese da construção deste tipo de competências.

Tendo em conta estes pressupostos procuramos nesta fase da investigação de acordo com Strauss e Corbin (2008), desenvolver a melhor declaração teórica que com base na interpretação dos resultados obtidos, nos forneça a explicação mais plausível sobre o fenómeno – construção das competências culturais nos enfermeiros – procurando contributos para o desenvolvimento do corpo de conhecimentos em enfermagem. Nesta linha de pensamento damos continuidade à procura da nossa perspectiva teórica sobre a construção deste tipo de competências de acordo com o movimento “ascendente” de que vimos dando conta desde o capítulo anterior, procurando o nosso “discurso da ciência a partir dos fatos observados” (Carvalho, 2009, p.86).

Continuaremos a análise interpretativa do fenómeno em estudo, elencando as proposições de outras investigações para a continuidade da discussão dos dados, concluída neste capítulo. Mobilizaremos deste momento em diante o pressuposto de que se torna necessário compreendermos o que está, de

acordo com Spradley (1980) “implícita ou explicitamente” na base da construção das competências culturais dos participantes enfermeiros, de acordo com o “novo” padrão cultural identificado, aparentemente em dissonância com o “desejo cultural” apontado por Campinha-Bacote (2002, 2003).

Orientaremos a finalização da discussão dos dados neste capítulo, de acordo com o diagrama analítico que nos estruturou a sua triangulação. Mobilizámos para a sua interpretação, a exploração de um padrão cultural conceptualmente divergente da proposta referenciada (Campinha-Bacote, 2002, 2003), em conjugação com os que discutimos anteriormente; consideraremos assim na discussão, pelas razões explicitadas – *A motivação do “particular” pela aplicabilidade no “geral”*.

Culminaremos este capítulo com uma proposta de novas relações entre os conceitos teóricos mobilizados e emergentes para a construção de competências culturais nos enfermeiros, corporizada no esquema interpretativo que apresentamos na Figura 24 (ponto 5.1).

O padrão cultural identificado pelos enfermeiros – **A motivação do “particular” pela aplicabilidade no “geral”**, surgiu da valorização das suas próprias capacidades para ultrapassarem desafios e dificuldades nos encontros com imigrantes. Surge aparentemente mobilizada de forma indiferenciada para os sujeitos de cuidados, independentemente da sua origem, como podemos verificar pelo excerto apresentado no início deste capítulo, referente ao grupo de discussão. Associamos os enfermeiros, ao assumirem uma postura compatível com a “diluição” das diferenças culturais nos encontros com imigrantes (como ocorreu no seu grupo de discussão e nalguns momentos no terreno) de acordo com o modelo de desenvolvimento de competências de Bennett (1986, 2004), a um estadio de “minimização” das diferenças culturais, ainda numa fase de etnocentrismo na sua visão do mundo.

A dimensão da motivação parece mesmo assim estar presente para os enfermeiros, se não pelas particularidades da interação “com os imigrantes por serem imigrantes” nas suas especificidades, então pelos subsídios que identificam para os sujeitos de cuidados em geral, o que nos parece um ponto passível de ser explorado e compreendido.

De acordo com o que registámos em relação aos padrões culturais anteriores, este outro emergiu igualmente associado a temas culturais, neste caso exclusivamente ligados aos participantes enfermeiros – *sabendo cuidar na diferença de “uns” (imigrantes) sabemos cuidar de todos* (sujeitos de cuidados) e *mais-valias das competências culturais para “todos” de quem se cuida* (E.1 e E.2 – Figura 15).

Em relação aos enfermeiros quando se referem ao *sabendo cuidar na diferença de “uns” sabemos cuidar de todos*, fazem-no por vezes numa perspetiva de negação de que há necessidades de atenção específica na interação com imigrantes – ao invés do que havíamos registado com alguns enfermeiros em momentos de observação, indo buscar estas pessoas à sala de espera, para reforço do elo de ligação e da confiança estabelecida. Ao contrário, outros enfermeiros parecem não assumir uma atenção diferenciada às pessoas imigrantes, desconsiderando que cuidados iguais para pessoas diferentes é, tal como apontam Degazon (2011) e Ingleby (2011), uma forma de discriminação embora inconsciente, como verificamos na situação evidenciada pela enfermeira, neste excerto:

“Isso (ir buscá-los à sala de espera) acontece com alguma pessoa, ou porque não ouve, ou porque não está atenta ao «placard» de uma maneira geral vai acontecendo quase todos os dias (com todas as pessoas), não propriamente com pessoas... com imigrantes”
(G.D.Enf)

De acordo com Bennett (2004), o que acontece com as pessoas quando têm dificuldade em apreciar a diversidade nas outras culturas, é que elas não conseguem identificar as características da sua própria cultura de forma clara, como nos parece acontecer aqui, a favor de uma postura de etnocentrismo (inconsciente) destes enfermeiros. Neste outro excerto podemos verificar de novo a minimização das diferenças no discurso destes participantes:

“Isso (caraterísticas pessoais) vai da especificidade daquela pessoa e não tanto do aspeto de ser estrangeiro” (G.D.Enf)

Uma das características dos enfermeiros “competentes” consideradas por Benner é ser “capaz de fazer frente a muitos imprevistos que são o normal da prática de enfermagem” (2001, p.54), sendo que nos surge que algumas das situações de interação e cuidados com imigrantes serão geridas como na situação explicitada, com um “avançar” para a avaliação inicial e planeamento dos cuidados, de acordo com os padrões profissionais e organizacionais dominantes, embora culturalmente desenquadrados. A situação do excerto apresentado parece configurar também conhecimentos deficitários destes enfermeiros na área da diversidade cultural, bem como dificuldades inerentes à autorreflexão que atrás discutimos.

Registámos também outras “visões do mundo” dos participantes enfermeiros, associadas ao padrão cultural em discussão, a partir do *tema cultural – mais-valias das competências “culturais para todos” de quem se cuida*, contribuindo para a clarificação da análise interpretativa do fenómeno em estudo. A identificação e valorização das competências culturais para “todos” os sujeitos de cuidados parece estar na base da motivação para cuidar imigrantes, isto é – “aprender mais” com os sujeitos de cuidados culturalmente diversos e com as suas especificidades para saber “cuidar melhor” em todas as outras situações. Evidencia-se alguma abertura para explorar “novas formas” na prática clínica como apontou Leininger (2001) para a enfermagem transcultural, sem no entanto se registar um reconhecimento claro de como as concretizar:

“enriquece-nos de tal maneira que depois conseguimos trabalhar muito melhor na diferença, seja ela cultural ou não” (G.D.Enf)

Registamos uma aparente motivação para os cuidados multiculturais com imigrantes oferecendo aos enfermeiros novas aquisições e saberes, proporcionados por um contexto organizacional gerador de oportunidades como salientam Costa (1998, 2008) e Amendoeira (2004). Por outro lado constatamos pouca consciencialização dos saberes específicos a mobilizar, configurando-nos a possibilidade de que ideias *standardizadas*, possam ser prejudiciais nos cuidados a pessoas culturalmente diversas como sublinha Campinha-Bacote (2002). O discurso da mediadora cultural que entrevistámos

para este estudo, tal como se encontra definido nas medidas 36 e 37 da Resolução do Conselho de Ministros nº 74/2010 de 17 de setembro, vem por outro lado corroborar a necessidade identificada nas unidades de saúde, do incremento da consciencialização e desenvolvimento da sensibilidade dos diferentes profissionais nos contextos de cuidados, face às especificidades culturais das pessoas imigrantes como se evidencia nesta unidade de registo:

“Queremos despertar, digamos, uma maior sensibilidade ou, (...) de podermos considerar, uma consciência para essas situações (cuidados a imigrantes), para essas questões” (E.MC)

A Figura seguinte acrescenta mais elementos definidores ao padrão cultural em análise, a partir do que os sujeitos nos “disseram” e “mostraram” no terreno, para além dos temas culturais já referenciados e discutidos.

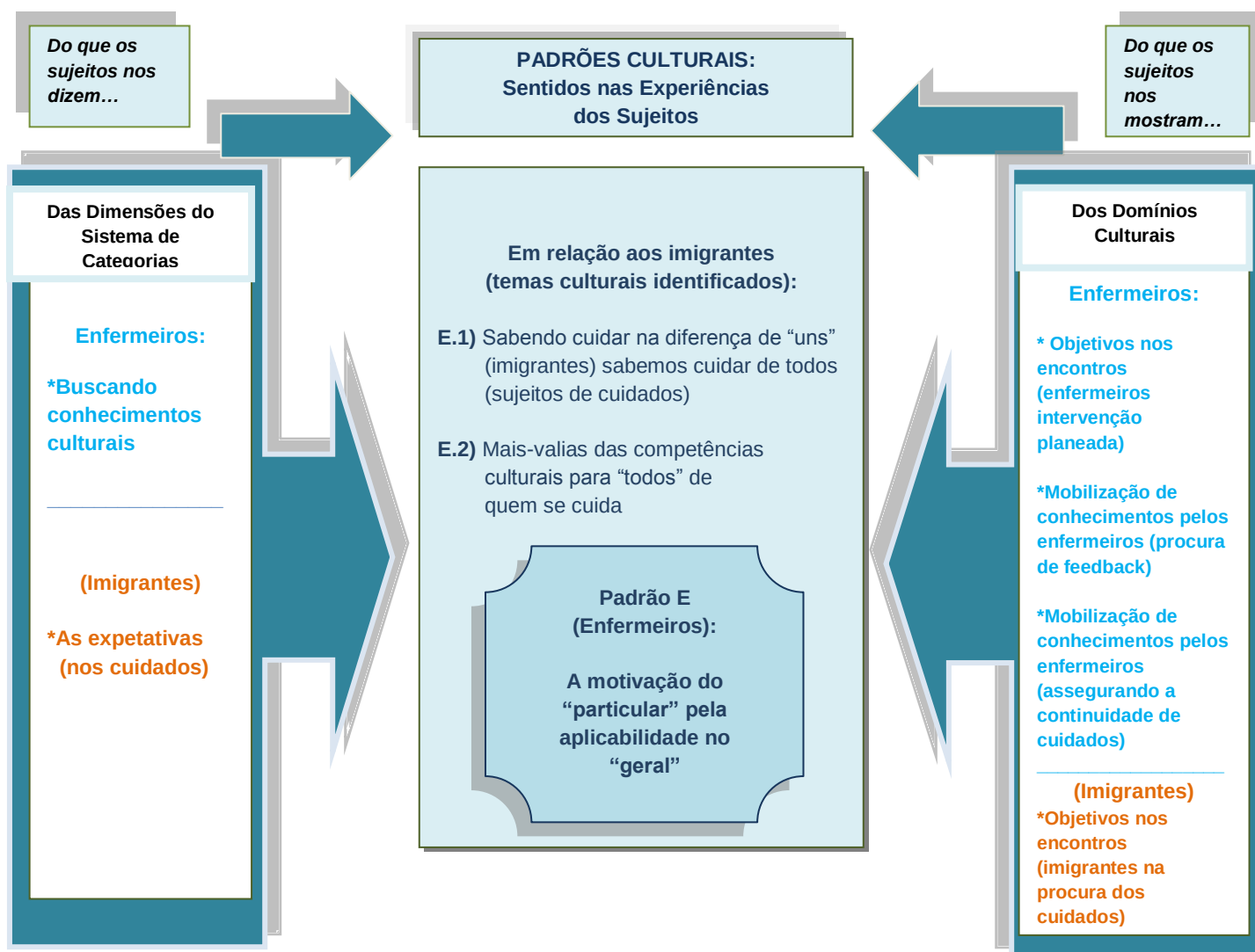


Figura 21. Elementos definidores do padrão cultural dos enfermeiros – **A motivação do “particular” pela aplicabilidade no “geral”** – dimensões dos sistemas de categorias²² e domínios culturais associados.

Considerámos as categorias: *estratégias ativas, sinergia com pares profissionais e clarificação de objetivos profissionais*, da dimensão – **Buscando conhecimentos culturais**, do sistema de categorias resultante da análise do discurso dos enfermeiros. Discutimos este padrão cultural em busca da clarificação de elementos valorizados por estes participantes na anamnese

²²De acordo com a Figura 21, a dimensão associada à discussão deste padrão cultural, refere-se ao tema do sistema de categorias de entrevistas e narrativas dos participantes **enfermeiros**: “Em situação de cuidado cultural” (Dimensão – **Buscando conhecimentos culturais**). O tema do sistema de categorias dos participantes **imigrantes**, para este padrão cultural é: “Sentir-se cuidado no país de acolhimento” (Dimensão – **As expetativas**).

das pessoas imigrantes e na construção das suas competências culturais.

Na unidade de registo apresentada, identificamos a procura de *estratégias ativas* dos enfermeiros para uma adequada abordagem desde a avaliação inicial, com a procura de informação culturalmente adaptada para uma adequada prática clínica. Parece ocorrer uma maior motivação da enfermeira na situação da narrativa, uma vez obtidos os conhecimentos específicos:

“Procurei conhecer alguns hábitos culturais associados à parentalidade. «Na Ucrânia, depois do bebé nascer, a mãe mal lhe toca. As enfermeiras fazem tudo... só levam à mãe para dar mama.» explicou (o marido)” (Na.Enf.III)

Por outro lado alguns enfermeiros reportam-se ao fato de terem mais tempo de experiência profissional, como condição de maior disponibilização e de desenvolvimento acrescido da sua sensibilidade cultural:

“noto que agora tenho muito mais disponibilidade (muitos anos de profissão) e converso muito mais com as pessoas quando nos procuram do que se for no outro sentido de cuidados (procedimentos) (...) sem dúvida, isso sem dúvida” (E.Enf.I)

Emerge alguma sobreposição com a caracterização da enfermeira “proficiente”, que Benner (2001, 2004) caracteriza valorizando o fator “tempo de experiência” como elemento a considerar na evolução do desenvolvimento de competências, tal como refere a participante nesta unidade de registo. No mesmo sentido registamos a valorização do reconhecimento das situações no seu “todo”, pela sua “compreensão global” (Benner, 2001, p.55) e pelas decisões adotadas em função do mesmo.

No que concerne a especificidades culturais, este tipo de compreensão e de competências pressupõe experiências particulares a serem mobilizadas no seu enquadramento cultural, para além da valorização do “contexto relacional” (Amendoeira, 2004) enfatizado na unidade de registo.

Em relação às estratégias ativas identificadas, que associamos com descoberta e visibilidade da automotivação dos enfermeiros em contextos multiculturais de cuidados, emerge o conceito de “desafio” como podemos identificar nesta unidade de registo:

“é um desafio de tentar arranjar estratégia ou abordagem ou melhorar nem que seja às vezes o inglês e a gente tentar chegar lá”
(E.Enf.I)

A perspetiva do desafio apresenta uma conotação implícita de “jogo” a ser ganho/superado, que poderá estar na base do desenvolvimento da motivação dos enfermeiros para cuidarem imigrantes, emergindo na unidade de registo a compatibilidade com a conotação de Campinha-Bacote (2002, 2011), de construção de semelhanças nas díades para se “chegar lá” como refere esta enfermeira.

Amendoeira salienta a importância de se descobrirem “estratégias suficientemente estáveis no interior de um conjunto (...) descobrir os jogos, as regras do jogo e as regulações destes, a partir dos quais estas estratégias podem ser efetivamente consideradas” (1999, p.102), no sentido de um conjunto poder ser de fato adotado como um sistema, tal como apresenta Bronfenbrenner (2002) e como pensamos dever ser entendido nas díades multiculturais de cuidados.

Desta forma este “desafio” e a sua superação poderão funcionar a favor da motivação dos enfermeiros para cuidarem imigrantes e do desenvolvimento da sua coerência cultural nos contextos.

A sinergia com pares profissionais surgiu também associada à clarificação do padrão cultural que abordamos, com recurso a momentos de discussão conjunta entre enfermeiros; estes participantes enquadram estes momentos na busca de estratégias e conhecimentos específicos para a melhor adequação dos seus cuidados, numa lógica semelhante à de Benner de que “a reflexão coletiva” (2001, p.16) possa contribuir para a identificação de saberes a serem mobilizados:

“Estes casos (relacionados com imigrantes) foram objeto de reflexão pela equipa de enfermagem, que concluiu, que as necessidades dos utentes podem variar consoante a sua idade, educação, religião e estatuto socioeconómico” (Na.Enf.VIII)

Identificamos nesta situação específica a procura da clarificação dos dados a valorizar na especificidade das necessidades das pessoas imigrantes, numa perspetiva de “modalidades para a ação” (Abreu, 2011, p.87) na realidade identificada, embora a um nível ainda incipiente do ponto de vista da avaliação cultural. Registamos uma tentativa de identificação de contrastes culturais relevantes e de apuramento de como as diferenças a este nível devem ser consideradas na interação e cuidados, configurando uma fase inicial de *ethnorrelativism* para estes enfermeiros, de acordo com o estadio de “aceitação” das diferenças culturais do modelo de Bennett (2004).

A *clarificação dos objetivos profissionais* surge também como um elemento considerado importante por alguns participantes enfermeiros na prática clínica com imigrantes, relacionando-a com a procura de “saber ser e fazer melhor”:

“Passa por aí. Sempre... Tentar sempre ser melhor. E tudo aquilo que eu possa fazer como trabalho individual, como trabalho de pesquisa, como trabalho de autoconhecimento e conhecimento, é sempre na perspetiva de melhorar para melhor perceber... melhor conseguir chegar às pessoas” (E.Enf.IV)

Para alguns enfermeiros no estudo a interação e cuidados com imigrantes parece conduzi-los a um trabalho de pesquisa e de reflexão, modificando o seu “ângulo de visão” da realidade com repercussões na qualidade dos cuidados produzidos, como refere Degazon (2011). Identificamos uma motivação clara da enfermeira na unidade de registo em causa para trabalhar de forma eficaz com estas pessoas, revelando a consciência do necessário autoconhecimento cultural como premissa para a coerência cultural nos cuidados com imigrantes (Campinha-Bacote, 2002; Purnell, 2011). Para Bennett (2004) a autoconsciência que aqui identificamos configura o que designa de *missing piece*, determinando a evolução do etnocentrismo para o início do

ethnorrelativism no percurso de construção de competências culturais, o que nos faz todo o sentido na prática clínica de enfermagem.

No que diz respeito aos participantes imigrantes identificámos igualmente no seu discurso, em associação com o padrão cultural em discussão, as categorias: *restabelecimento do equilíbrio de saúde, atendimento rápido e simpatia na relação*, enquadradas na dimensão – **As expetativas**.

Os imigrantes do estudo referem-se ao *restabelecimento do equilíbrio de saúde* enquadrando-o na forma como se sentem acompanhados e cuidados no país de acolhimento, constituindo-se aparentemente os profissionais de saúde e especificamente os enfermeiros como garantia nos contextos, ou seja, a dimensão visível, regular e estruturada, que precisam encontrar na realidade social. A “regularidade” que identificam surge com o desenvolvimento simultâneo das suas transições de saúde-doença, como apontou Meleis (2005, 2010a). De acordo com esta autora, os imigrantes são frequentemente confrontados com alguma ambivalência nos diferentes contextos no país de acolhimento – ora hostis, ora recetivos – emergindo dos participantes do estudo, a expetativa de que os enfermeiros se constituam como garante do seu equilíbrio nestes processos, como identificamos na unidade de registo:

“fui acompanhada (pelo enfermeiro) por toda a gravidez, puerpério, e o meu filho de 1 ano é acompanhado regularmente” (Na.Im.II)

Parecem surgir aqui sensações de segurança e de conforto, concretizadas na garantia de acompanhamento profissional dos seus processos de saúde-doença em continuidade, nas unidades de cuidados de saúde primários do estudo, configurando pontos de tangência com unidades de saúde culturalmente recetivas (Silva & Martingo, 2007; Campinha-Bacote, 2010; WHO, 2010b; Durieux-Paillard, 2011).

O *atendimento rápido* surge também nas expetativas evidenciadas pelos imigrantes do estudo, como importante nos cuidados no país de acolhimento, como emerge neste excerto:

“medi a febre (filha) e tinha 39-40, por causa disso «disloquei-me ao sentro» de saúde (...) fiquei um «poucadinho» revoltada que as perguntas que ele (médico) lhe fez não respondeu nada” (Na.Im.I)

Identificamos no discurso desta imigrante um conflito implícito entre a comunicação estabelecida nos cuidados de saúde, carecendo de um claro enquadramento, relativamente às diferenças de conceção da necessidade de um rápido atendimento em saúde. Sabemos que de acordo com Davidhizar e Giger (2001) a “orientação do tempo” é um dos fenómenos que podem variar de acordo com as particularidades culturais das pessoas, devendo ser considerado na comunicação entre quem cuida e quem é cuidado. De acordo com estes autores, os profissionais de saúde deverão explorar numa fase inicial de avaliação, quais são por exemplo as concepções de passado, presente e futuro das pessoas, uma vez que elas poderão influenciar diretamente comportamentos na saúde e na doença, como parece estar na origem da “revolta” narrada por esta participante. Tortumluoglu (2006) enfatizando a importância da avaliação inicial culturalmente enquadrada, para o planeamento e continuidade nos cuidados de saúde com este tipo de sujeitos, refere-se ao risco de que as pessoas culturalmente diversas negligenciem os cuidados de saúde a um nível preventivo, por possuírem outras concepções de saúde. Admitimos que o desconhecimento nos profissionais, especificamente nos enfermeiros, sobre a dimensão temporal ou outras dimensões culturais dos imigrantes e das conseqüentes diferentes expectativas nas díades de cuidados, poderão estar diretamente relacionadas com a aparente falta de motivação para cuidar este tipo de sujeitos.

A *simpatia na relação* emerge como expectativa nem sempre concretizada na perspectiva dos imigrantes participantes, face aos cuidados no país que os acolhe, como verificamos na unidade de registo:

“a pessoa que vem muitas vezes (centro de saúde) está com problemas ou carente e ela quer ouvir uma palavra amiga, não sei e às vezes o jeito de falar, nem é por mal isso é cultural, vocês são mais fechados e fica meio seco” (E.Im.IV)

Registamos a importância de que os enfermeiros identifiquem a situação de vulnerabilidade em que os imigrantes se encontram quando procuram os cuidados de saúde. Nesta lógica precisam desenvolver a desejável consciência e sensibilidade culturais para identificação de necessidades, vindo para “além” da sua própria cultura e da cultura organizacional dominante. A sensibilidade reduzida dos profissionais de saúde surge também identificada no mesmo sentido como “aspecto negativo”, na avaliação dos cuidados de saúde em Portugal no estudo de Fonseca et al. (2009).

Tendo em conta estas premissas, cabe ao enfermeiro o desenvolvimento da consciência e da sensibilidade culturais no contexto específico da interação. Saberá desta forma, de acordo com as palavras de Abreu que mobilizamos: “decidir também «quando», «como», «onde» e «com quem» se deve falar com o utente” (2011, p.88). Esta postura funcionará a favor do desenvolvimento de um adequado estilo e tom emocional no processo de comunicação estabelecido, como propõem Davidhizar e Giger (2001) desde a avaliação inicial, com a simultânea construção da relação de confiança nas díades de cuidados.

Relativamente à clarificação do padrão cultural que vimos discutindo – A motivação do «particular» pela aplicabilidade no «geral» – evidenciaram-se ainda quatro domínios culturais, sendo um relativo a imigrantes: **Objetivos nos encontros** (imigrantes na procura de cuidados) e três relativos aos enfermeiros: **Objetivos nos encontros** (enfermeiros para intervenção planeada), **Mobilização de conhecimentos pelos enfermeiros** (procura de feedback) e **Mobilização de conhecimentos pelos enfermeiros** (assegurando a continuidade de cuidados). Cada um destes domínios (à semelhança do que temos feito) surgirá definido na discussão, pelos atributos que considerámos clarificadores da interpretação do fenómeno em estudo.

Em relação aos *objetivos na procura dos encontros* com os enfermeiros pelos imigrantes, identificámo-los essencialmente relacionados com a necessidade de acompanhamento do desenvolvimento infantil dos seus filhos, como por exemplo em relação à introdução de novos alimentos como na situação do excerto que apresentamos:

“Mãe imigrante: “por acaso tenho (dúvidas)... como faço com a sopa e a papa, o que é mais certo dar ao almoço e ao jantar?”. A enfª sorri e responde: «Na verdade não há regra, o que é importante é que na sopa vá introduzindo um legume de cada vez, para ver se não há reações... se é papa ou sopa às diferentes refeições, não é importante»” (O.P.8)

Enfatiza-se na linha da referência de Machado et al. (2010) o posicionamento privilegiado dos enfermeiros para o desenvolvimento de uma relação de proximidade com as pessoas imigrantes que registámos no terreno, relevando os mesmos autores a necessidade de construção de competências culturais nestes profissionais. A procura dos cuidados de saúde primários por via da monitorização do desenvolvimento infantil, na área da promoção da saúde e da prevenção da doença, deverá ser encarada pelos enfermeiros como uma oportunidade única de desenvolvimento de uma adequada avaliação inicial destas pessoas. Poderão rentabilizá-la em termos individuais e/ou familiares, mobilizando os momentos em que registam um adequado nível de motivação dos imigrantes.

Por outro lado relativamente aos *objetivos* que identificámos nos participantes enfermeiros para os encontros com imigrantes, registámo-los frequentemente igualmente ligados à saúde infantil com especial ênfase na avaliação de competências parentais, como no excerto que apresentamos referente a uma situação de visita domiciliária:

Em relação à interação da enfermeira com a mãe (imigrante), o que foi perguntado, insistentemente, pela enfermeira foi como é que ela estava a preparar os biberons e que leite é que estava a utilizar “como faz? Onde conseguiu o leite? Na Farmácia?”(enfª). A mãe com dificuldade em entender (fácies contraído), algumas coisas foi entendendo. Pega numa lata de “APTAMIL PARA PREMATUROS”, e numa receita que tinha na mesa de cabeceira, e veio mostrar à enfermeira (O.P.1)

Nesta situação evidenciam-se mais uma vez as dificuldades no processo de comunicação entre enfermeira e imigrante, com recurso inespecífico à

gestualidade e com uma avaliação manifestamente insuficiente das competências maternas, que havia motivado a visita. Para Davidhizar e Giger (2001) e Giger et al. (2007) o processo de comunicação constitui-se num importante fenómeno a considerar na avaliação transcultural das pessoas, sendo que os seus padrões variam de cultura para cultura. Consideram que se os enfermeiros não entenderem “as regras” de comunicação, a aceitação e adesão aos cuidados propostos pode ser colocada em risco. Deste modo a segurança nos cuidados em situações como esta, deve ser refletida em função da imigrante e criança como sujeitos de cuidados. Entendemos que a vulnerabilidade de realidades deste tipo aliada a poucos conhecimentos culturais, se poderá igualmente constituir como fator de pouca motivação para os enfermeiros nos contextos de cuidados.

A *mobilização de conhecimentos* pelos enfermeiros na interação surgiu em algumas situações observadas, com a obtenção de um *feedback* limitado a um aceno afirmativo de cabeça dos imigrantes, sem vermos contemplada a possibilidade de uma validação mais objetiva e fidedigna como podemos identificar a partir da reflexão analítica que produzimos, numa situação observada de consulta de enfermagem no âmbito do programa de saúde materna:

As explicações da enfa são meticolosas e demonstram conhecimentos em profundidade mas em nenhum momento se remete à particularidade de se tratar de uma imigrante (porventura com outra visão do mundo, crenças e necessidades). Fala agora sobre os cuidados às mamas, pele abdominal ... passa de seguida para a possibilidade de aparecimento de colostro (a sra. surpreende-se nesta altura, pois desconhecia a possibilidade desta situação). A enfa pergunta se a sra. está a entender tudo e ela acena afirmativamente (O.P.15)

Evidenciam-se de novo dificuldades da enfermeira na adequação cultural da mensagem apesar da mobilização dos conhecimentos veiculados e teoricamente válidos, na área da saúde materna. A mensagem é consonante com a fase de transição desenvolvimental, (Chick & Meleis, 2010; Meleis, 2010a) em que a imigrante se encontra pelo seu período de gravidez, contudo

culturalmente desenquadrada. Como referimos anteriormente, Durieux-Paillard (2011) e Ingleby (2011) advertem os profissionais para os riscos de serem criadas desigualdades em saúde quando se presume nos momentos de interação, que as necessidades de cuidados são basicamente as mesmas para todas as pessoas independentemente do seu país de origem, como parece ocorrer no excerto identificado. É neste contexto que Ingleby (2011) sublinha a importância de que os profissionais considerem o nível de “literacia em saúde” na anamnese com imigrantes e na implementação e avaliação dos cuidados. De acordo com este autor, entendemos o conceito referido como a minimização da discrepância entre os reais conhecimentos e competências em saúde que as pessoas culturalmente diversas possuem, e aqueles que os profissionais presumem que realmente elas têm. A tomada de consciência pelos enfermeiros para a mobilização deste conceito, poderá contribuir para o desenvolvimento da sua sensibilidade cultural com a procura de feedback efetivo no processo de comunicação, bem como do esforço para o enquadramento da mensagem transmitida à visão do mundo de cada pessoa imigrante.

A mobilização de conhecimentos pelos enfermeiros emergiu ainda associada à garantia da continuidade dos cuidados aos imigrantes, assumindo a mediação da relação e facilidade no acesso relacional com outros elementos da equipa de saúde, como no caso do excerto que apresentamos:

Sra. imigrante: “com meu marido ele precisa de vir mostrar análises e o patrão não lhe dá o dia”;

Enfª: “temos que conseguir um dia, nem que seja mais no fim do dia... vamos falar com a dra...”; e saem do gabinete (enfª com a mão em cima do ombro da mulher) em direção ao gabinete médico (O.P.10)

Evidencia-se nesta situação uma tomada de decisão pela enfermeira, enquadrada na lógica do exercício profissional autónomo – num primeiro momento de interação – contemplando a deteção e resolução precoce de problemas identificados, emergindo da sua prática clínica a “sensibilidade para lidar com (...) diferenças” (OE, 2001).

De acordo com as *guidelines* apontadas por Leininger (2001) para a prática da enfermagem transcultural, identificamos no excerto apresentado uma expressão de “flexibilidade” na avaliação e resolução da problemática familiar de saúde, liderando a sua extensão ao envolvimento de outros elementos da equipa.

Em suma, a motivação dos enfermeiros participantes no estudo surge sobretudo ligada ao sentimento de superação pontual de desafios que os momentos de interação e cuidados lhes proporcionam, conotados com a possibilidade de “ganhar o jogo” com a captação dos imigrantes para a adesão aos cuidados propostos.

Por outro lado para alguns enfermeiros a motivação é inerente ao processo de cuidados, independentemente da origem dos sujeitos envolvidos. Evidencia-se na situação dos imigrantes a melhoria da sua consciencialização para a necessidade de uma procura ativa de conhecimento cultural para adequação da intervenção. Em relação a outros enfermeiros participantes, os momentos de interação e cuidados com imigrantes são vistos como “oportunidades” na prática clínica produtoras de por um lado, maior desenvolvimento de autorreflexão acautelando por outro, os riscos de cuidados *standardizados* e potencialmente inseguros.

Para alguns enfermeiros no estudo, ter mais tempo de exercício profissional é condição de maior capacidade na gestão da colheita de dados com pessoas imigrantes; considerámos este achado em sobreposição com o estatuto de enfermeira proficiente, identificado por Benner (2001, 2004), pela capacidade de decisão sedeada na compreensão “global” da situação destas pessoas, tal como surgiu enfatizada. A oportunidade de estabelecerem relações interpessoais e de desenvolverem os “saberes construídos” no decurso da vida profissional, referenciados por Amendoeira (2004) emerge conotada com a capacidade de reenquadramento cultural dos imigrantes. Este processo parece ocorrer à medida que nos contextos multiculturais de cuidados, os enfermeiros vão desenvolvendo o seu “conhecimento prático” que adquire sentido na realidade socioprofissional como sugere Costa (1998, 2008).

Os momentos de procura de cuidados de saúde pelos imigrantes nas unidades do estudo (USF e UCC), ocorrem na maioria das vezes por via da

promoção da saúde e prevenção da doença em crianças – filhas destes sujeitos, encontrando-se os pais habitualmente motivados e recetivos para o estabelecimento de interações com os enfermeiros. Deste modo surgem como momentos privilegiados para uma anamnese cultural adequada a par do desenvolvimento da necessária relação de proximidade, assim identificada por alguns enfermeiros participantes.

Registamos desta forma tal como já havíamos colocado no início deste capítulo, que não se evidencia um “desejo cultural” consciente nos enfermeiros do estudo, de acordo com a perspetiva de Campinha-Bacote (2002, 2003), como condição inicial do desenvolvimento do processo de construção de competências culturais. No entanto esta autora caracteriza também este constructo por uma motivação dos enfermeiros para desenvolverem coerência cultural com este tipo de sujeitos de cuidados nas díades, construindo semelhanças, num envolvimento crescente, que consideramos surgir parcialmente identificado a partir do estudo. Registamos por outro lado, a forma menos consciente e sistematizada como alguns dos participantes enfermeiros parecem caracterizar a construção das suas competências culturais.

Sintetizaremos em seguida as proposições teóricas de outros estudos, procurando clarificar a sua mobilização na Figura 22 no ponto 5.1, dando conta das proposições induzidas a partir dos resultados da nossa investigação como sugere Carvalho (2009), evidenciando a teorização produzida.

5.1- RECONTEXTUALIZAÇÃO DOS CONCEITOS: DECLARANDO AS RELAÇÕES EMERGENTES

Chegando ao desenvolvimento desta fase, estabilizámos e distinguimos os achados de acordo com a proposta de Miles e Huberman (1984, 1994) – tal como fomos dando conta ao longo da pesquisa e tratamento dos dados – relacionámo-los, e nomeámos os padrões culturais em torno dos quais desenvolvemos a discussão (Spradley, 1980; Hammersley & Atkinson, 2007).

Corporizamos neste momento as proposições induzidas pelo processo de investigação (Carvalho, 2009), que colocamos para a interpretação do

fenómeno do estudo. Identificamos portanto “conexões” entre os conceitos estabelecidos por diferentes autores e as relações teóricas que propomos para a produção de conhecimento na disciplina de enfermagem, em linha com diferentes autores (Fawcett, 2005; Strauss & Corbin, 2008), especificamente no domínio da enfermagem transcultural.

Tendo em conta que a hipótese teórica do estudo que enquadrámos inicialmente com a problemática, como versão da “perspetivação do objeto estudado” (Flick, 2005, p.46), foi a de considerarmos que – as interações entre enfermeiros e imigrantes em contextos de cuidados, são promotoras de adaptações nas díades e produtoras de competências culturais nos enfermeiros – os resultados produzidos serão explanados essencialmente em duas áreas interligadas para a sua compreensão: a anamnese nos imigrantes e a construção das competências culturais nos enfermeiros.

Na figura 22, damos conta do processo desenvolvido para a nossa “visão contextualizada do fenómeno” (Steubert & Carpenter, 2013, p.194), comparando e interpretando os resultados obtidos com o conhecimento produzido pelos autores mobilizados, identificando as “*missing pieces*” (Bennett, 2004) para a sua compreensão.

PROPOSIÇÕES DE OUTROS ESTUDOS	PROPOSIÇÕES INDUZIDAS NO ESTUDO	POR “DETRÁS” DO FENÓMENO EM ESTUDO (missing pieces)
*A consciência cultural (Campinha-Bacote, 2002, 2003, 2011) como: -Processo de autoexploração ativa e em profundidade da sua matriz cultural pessoal e profissional; -Assegura a prevenção de avaliações culturais desadequadas, com base em estereótipos e/ou preconceitos	* Os enfermeiros têm consciência de que: cuidar imigrantes implica o investimento de mais tempo nas interações * Têm consciência de que cuidar imigrantes implica mais flexibilidade e negociação nos encontros *Alguns enfermeiros identificam a necessidade de reenquadramento cultural entre partes, nas diádes de cuidados *Alguns enfermeiros não identificam o risco de intérpretes não profissionais, na segurança dos cuidados com imigrantes	*Dificuldades na identificação das diferenças culturais e na construção de semelhanças no processo de comunicação *Dificuldades na sistematização do processo de autorreflexão cultural * A gestão da imprevisibilidade na prática clínica feita por vezes com pouco recurso à reflexividade
*O conhecimento cultural (Campinha-Bacote, 2002, 2003, 2011) como: -Os profissionais de saúde procuram e obtêm informação sobre a visão do mundo de diferentes culturas e grupos étnicos -Os profissionais de saúde procuram e obtêm informação sobre variações metabólicas, processos de doença e farmacologia étnica nas pessoas das diferentes culturas	* Alguns enfermeiros no estudo valorizam a oportunidade de interagir nos encontros com imigrantes como: - Produtora de pesquisas adicionais sobre outras visões do mundo no processo de saúde-doença - Produtora da construção de novos saberes práticos a mobilizar em futuras situações	* Dificuldades na recontextualização cultural mais visíveis ao nível de: - Orientação temporal; particularidades no processo de comunicação; crenças religiosas; vivência do processo de maternidade - Criação de momentos para discussão sistemática de situações e troca de saberes
*As habilidades culturais (Campinha-Bacote, 2002, 2003, 2011) como: - Capacidade para conduzir a avaliação cultural, recolhendo os dados relevantes em cada situação - Capacidade para conduzir uma avaliação culturalmente baseada no que respeita a características físicas	*Alguns enfermeiros identificam a necessidade de desenvolverem sensibilidade acrescida para estabelecerem relação de confiança com imigrantes nos encontros * As crianças são mobilizadas eficazmente na mediação cultural com os pais *A intuição dos enfermeiros nos cuidados condu-los à mobilização das crianças, facilitando o acesso relacional aos pais * Os enfermeiros no estudo valorizam a oportunidade do contexto relacional com imigrantes como promotor da sua capacidade de reenquadramento cultural das pessoas	*Dificuldades na recontextualização cultural da figura e papel do enfermeiro no nosso país, nas diádes *A gestão da imprevisibilidade nos encontros permite ajustes pontuais na avaliação inicial nas diádes de cuidados

*O desejo cultural (Campinha-Bacote, 2002, 2003, 2011) como: -Motivação para “querer” trabalhar na diversidade cultural em vez de “ter que” -Eixo central que fornece a fonte de energia para as competências culturais	* A motivação não é assumida de forma clara pelos participantes * A motivação surge conotada com a experiência do “jogo” e com a superação dos desafios na interação *A superação dos desafios com imigrantes torna os enfermeiros mais “fortes” na prática clínica com todos os tipos de sujeitos * A motivação não surge ligada aos sujeitos de cuidados imigrantes mas ao processo de cuidados com todos os tipos de sujeitos	*Pouca motivação para os encontros com imigrantes relacionada com: -Deficit de autoconsciência cultural, de autorreflexão cultural -Receios pela barreira da língua e poucos conhecimentos culturais -Desconhecimento dos recursos disponíveis (serviço de tradução telefónica) -Desvalorização dos recursos disponíveis (agendamento de conferências telefónicas)
*A anamnese cultural (Abreu, 2009, 2011) em relação à avaliação de: -Necessidade de relação de confiança recíproca entre enfermeiros e imigrantes -Valorização das representações, opiniões e experiências pessoais de saúde e de doença -Caraterização das transições – natureza, temporalidades, forma como são percebidas e expectativas face à intervenção	*As representações dos imigrantes no estudo, face ao seu problema de saúde estão ligadas com o nível de proximidade com os enfermeiros * As representações dos imigrantes no estudo, relacionadas com o seu problema de saúde estão ligadas ao reenquadramento cultural dos enfermeiros face ao seu país *A integração cultural dos imigrantes no estudo está ligada à representação dos enfermeiros como “extensão” da família * A avaliação do nível de literacia em saúde nos imigrantes pode melhorar a qualidade dos cuidados prestados	*Dificuldades em ultrapassar a barreira da língua *Aprendizagem de palavras e frases chave *Recurso à gestualidade culturalmente enquadrada *Pesquisa pouco sistemática de conhecimentos culturais *Capacidade de gestão da imprevisibilidade versus aprofundamento na avaliação inicial *A importância do intérprete adequado
*O etnocentrismo evolui em três fases para as competências culturais: negação, defesa e minimização (Bennett, 1986, 2004)	*A maior parte dos enfermeiros no estudo parece encontrar-se na fase de minimização das diferenças culturais	*Dificuldades no processo de autoconsciência cultural: crenças, valores, visão do mundo, pessoais *Dificuldades em reconhecer a cultura própria e a dos outros, como contextos
*O ethnorrelativism evolui em três fases nas competências culturais: aceitação, adaptação, integração (Bennett, 1986, 2004)	* Alguns enfermeiros do estudo parecem encontrar-se na fase de aceitação das diferenças culturais	*Alguns enfermeiros procuram conhecimento cultural para a preparação dos encontros com imigrantes

Figura 22. Entre as Proposições Teóricas Estabelecidas e as Proposições Induzidas – contextualização do fenómeno²³ em estudo.

²³ O constructo *Encontro Cultural* de Campinha-Bacote (2002, 2003, 2011) foi mobilizado de forma transversal na contextualização do fenómeno em estudo, como pode ser consultado no quadro apresentado.

Clarificadas as proposições induzidas pelo processo de investigação desenvolvido, face a outras que “atravessámos” de autores que nos sustentaram neste percurso, e tendo colocado as “*missing pieces*” que consideramos mais relevantes à compreensão da problemática, eis-nos chegados ao momento da identificação da asserção que assumimos como emergente a partir do material empírico analisado.

Nesta lógica, consideramos a interpretação do fenómeno da construção das competências culturais nos enfermeiros, com base na seguinte **asserção do estudo**: *a gestão da imprevisibilidade pelos enfermeiros na prática clínica encontra-se na génese da construção das suas competências culturais, evoluindo estas de forma processual a partir das interações com imigrantes.*

Tendo em conta a questão específica integrante da problemática de investigação: “**Que análise interpretativa é possível realizar a partir dos resultados do estudo?**” explicitamos a partir deste momento o percurso desenvolvido, desde a captação de um nível “mais abstrato” do conhecimento até à produção de um outro “mais concreto” (Fawcett, 2005). Apresentamo-lo com base no diagrama da Figura 24 – “Da anamnese nos imigrantes à construção de competências culturais nos enfermeiros – um esquema interpretativo”²⁴.

Na linha do que sugere Campinha-Bacote (2011), as **competências culturais nos enfermeiros**, emergiram para os participantes deste estudo como um processo ao invés de um resultado, conotado por estes com o desenvolvimento progressivo de capacidades a partir dos encontros culturais com imigrantes.

Os **encontros com imigrantes**, surgem identificados como momentos em que os enfermeiros sentem a necessidade de superação de dificuldades na prática clínica, ligados à barreira da língua e à conjugação entre a necessidade de mais tempo para cuidarem estas pessoas e os limites máximos definidos para os períodos de consultas de enfermagem nas unidades do estudo (quinze a vinte minutos, como limite máximo).

²⁴Apresentaremos a **bold** no texto, os conceitos que exploramos e mobilizamos no esquema interpretativo, para uma apreensão mais imediata da lógica das induções assumidas.

Os encontros surgem sobretudo ligados a constrangimentos profissionais por estes participantes, pelas vias que identificámos para o reenquadramento cultural dos cuidados.

Os momentos dos encontros com imigrantes, são enfatizados pelos participantes enfermeiros, como promotores do desenvolvimento das suas capacidades na individualização dos cuidados às pessoas, na medida em que vão estabelecendo uma relação de confiança e de proximidade (Leininger, 2001; Abreu, 2011), apercebendo-se dos processos de transição vivenciados e dos contributos profissionais necessários (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010a). Campinha-Bacote (2011) identifica dois níveis de encontros culturais: o primeiro em que ocorre uma interação entre pessoas de diferentes enquadramentos culturais, comunicando entre si por sinais verbais e não verbais; e um segundo nível em que na interação estabelecida é possível identificarem-se momentos de validação, refinamento e até modificação de valores, crenças e práticas culturais de indivíduos ou grupos, com o desenvolvimento da motivação cultural, consciência cultural, habilidade cultural e conhecimento cultural. Adotando esta linha conceptual, registámos no estudo, encontros culturais num e noutro níveis de desenvolvimento, emergindo os mesmos em qualquer dos casos como aparentemente promotores do processo de construção de competências culturais nos enfermeiros (peça central na Figura 24 – **Encontros com Imigrantes**).

Estes encontros por outro lado, quer os que ocorrem pela primeira vez com os enfermeiros quer os subsequentes, caracterizam-se no estudo com base numa avaliação inicial onde emerge frequentemente a “boa vontade” de cuidar pessoas com outras culturas, que todavia se manifesta insuficiente, como refere Campinha-Bacote (2002), na ausência da consciência e conhecimento culturais efetivos.

Registámos que as dificuldades no desenvolvimento da **consciência e conhecimento culturais** emergem para os enfermeiros no estudo, ligadas à identificação de diferenças culturais nas díades mas também à valorização diminuta de um processo de sistematização de troca de saberes e reflexões, entre pares.

Constatámos com frequência, a capacidade de **gestão da imprevisibilidade**²⁵ na prática clínica dos enfermeiros participantes, quando

tentam “resolver”, nos primeiros momentos de interação com imigrantes, as diferenças culturais que registam, identificando e construindo semelhanças que parecem “intuir” como necessárias ao processo de comunicação.

As dificuldades emergentes nos enfermeiros participantes para o desenvolvimento da sua autoconsciência cultural surgem ainda relacionadas com a influência dos processos de socialização profissional nas unidades de cuidados, cuja influência normativa parece deixar pouco espaço a estratégias alternativas, nas interações com imigrantes. Estas situações configuram frequentemente nos enfermeiros do estudo, de acordo com a perspetiva de Bennett (2004), a vivência de uma fase de etnocentrismo, com a inerente “minimização” cultural, no processo evolutivo das suas competências.

Registámos a exceção de alguns enfermeiros, cuja vivência na construção das suas competências culturais parece configurar (em contraste com os anteriores a que aludimos), o início do seu *ethnorrelativism*, com a fase de **aceitação**, caracterizada pela pesquisa ativa de conhecimento cultural até à vivência da **integração** das diversidades étnicas (Bennett, 2004), com as respetivas diferenças na *visão do mundo*, entre quem cuida e quem é cuidado. A adoção desta última postura, corporiza nos enfermeiros do estudo o desenvolvimento da coerência cultural, ao procurarem por um lado a dimensão holística nos cuidados que produzem (Leininger, 1994, 1998, 2001) e por outro a possibilidade de uma gestão consciente das “incertezas” nos contextos profissionais (Amendoeira, 1999, 2004).

Nem sempre surgem considerados de forma visível e sistemática no processo de interação com imigrantes, desde a sua **anamnese cultural**, os aspetos fundamentais à caracterização da diversidade individual destes sujeitos de cuidados, bem como à obtenção de “elementos para identificação de indicadores de resultados esperados” (Abreu, 2011, p.87), tais como: a sua

²⁵ Cf. CIPE – Versão 2.0 (2011): **Gerir** (como ação) – “estar encarregado de e organizar para alguém ou alguma coisa”. In Ordem dos Enfermeiros [Em linha]. 2011. [Consult. 2013-09-23]. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE.

Cf. Infopédia – Porto Editora: **Imprevisibilidade** – “qualidade do que não se pode prever e avaliar antecipadamente”. In Infopédia [Em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2013. [Consult. 2013-09-23]. Disponível na [www](http://www.infopedia.pt/linguaportuguesa?qsFiltro=0&qsExpr=imprevisibilidade): <URL:
<http://www.infopedia.pt/linguaportuguesa?qsFiltro=0&qsExpr=imprevisibilidade>.

concepção de “espaço”, respeitante à distância adequada a manter nas interações, a concepção de organização social com correspondente identificação dos processos de socialização, a sua orientação cultural face à concepção do tempo na orientação dos seus projetos de vida, a relação das pessoas com o controle do ambiente e a respetiva consideração de outras “soluções terapêuticas” e variações biológicas, na linha dos fenómenos culturais considerados por Davidhizar e Giger (2001), para a avaliação transcultural em enfermagem. Constatámos o estabelecimento de relações de confiança valorizadas nas díades em reciprocidade, mas especialmente enfatizadas pelos imigrantes. Existe abertura bilateral para o desenvolvimento de um processo sistematizado desde a avaliação inicial, havendo necessidade de conhecimento, sensibilização e acesso a um modo de recolha de dados que responda às especificidades das pessoas culturalmente diversas, tal como no modelo explanatório de Abreu (2011).

Na Figura 23 identificamos alguns elementos emergentes da investigação com a explicitação de contributos propostos (Purnell, 2011), à anamnese cultural desenvolvida por Abreu (2011), especificamente na recolha de dados ao nível de: *informação genérica, cultura e doença, representações do utente face ao problema de saúde atual, integração cultural e linguagem e comunicação.*

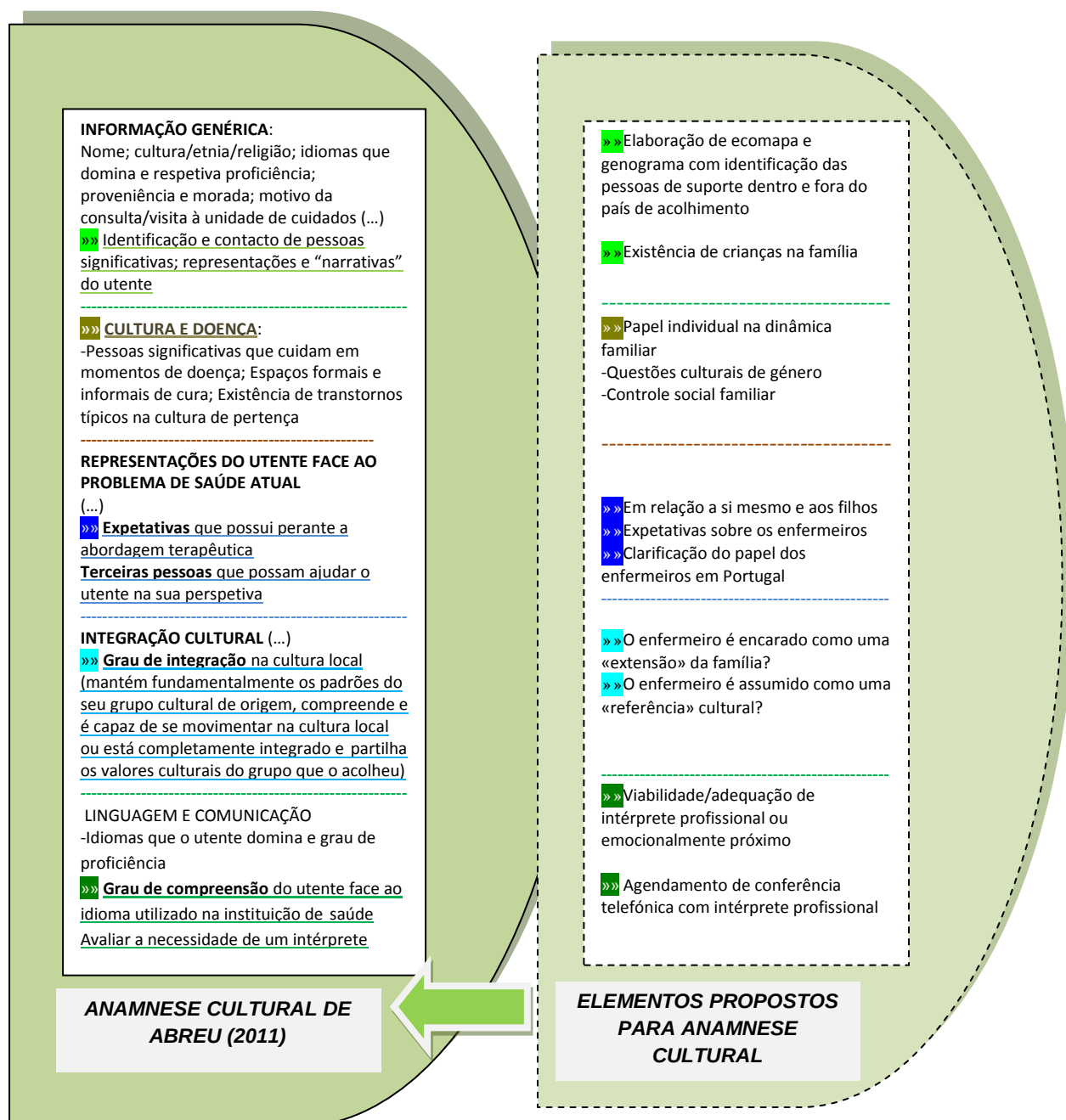


Figura.23- Elementos Propostos para Anamnese Cultural com Imigrantes – Evolução do Modelo Explanatório de Abreu²⁶ (2011).

²⁶ Apresentamos apenas uma seleção das questões colocadas pelo autor para o desenvolvimento da anamnese cultural, por razões de economia de espaço. O critério utilizado para esta seleção foi o da relação direta com os elementos emergentes no estudo, que valorizamos para o aprofundamento da recolha de dados na prática clínica.

De acordo com Brathwaite relevamos a proposta apresentada no sentido da sua mobilização efetiva na prática clínica com imigrantes “a utilidade clínica refere-se à aplicabilidade e relevância do modelo para a prática clínica. Isto é, o modelo é importante para os enfermeiros porque lhes permite decodificar situações, suporta e referencia a sua prática” (2003, citado em Abreu, 2009, p.15). Pensamos contribuir na linha de pensamento de Abreu, para a avaliação inicial de imigrantes em contexto clínico dos enfermeiros, a nível do “processo de validação interna e interpretação da informação”(2011, p.92) com os sujeitos cuidados.

Consideramos que as sugestões apresentadas beneficiarão de uma base de discussão mais alargada na comunidade científica de enfermagem como enfatiza Meleis (2005), contextualizamo-las no entanto como potenciais acréscimos para ganhos em saúde nos cuidados transculturais (Purnell, 2011). Nesta lógica, perspetivamos a adequada anamnese a imigrantes com a mobilização de instrumentos de colheita de dados direcionados a estes sujeitos de cuidados, em unidades de saúde culturalmente recetivas. A natureza e os requisitos-base para o desenvolvimento destes contextos multiculturais, não foram explorados nesta investigação; esta opção podendo ser considerada uma limitação do estudo, enquadramo-la simultaneamente como incentivo e sugestão à sua prossecução futura.

Identificámos no terreno, em linha com a proposta de Campinha-Bacote (2002, 2011), **habilidades culturais** desenvolvidas, tais como a mobilização das crianças – filhas dos imigrantes (frequentemente mais facilmente acessíveis do ponto de vista relacional). Estas parecem agilizar a interação com os pais, numa base pouco consciente, mas ainda assim desenvolvida com a procura de referências consistentes e estruturantes (Benner, 2001, 2004), dos diferentes momentos da prática clínica como nos foram validando os participantes enfermeiros.

Da análise do material empírico, constatámos a **gestão da imprevisibilidade** na génese da construção das competências culturais dos enfermeiros do estudo em substituição do **desejo cultural** apontado por Campinha-Bacote (2002, 2011) nos primeiros momentos de interação.

Os enfermeiros não validaram a sua motivação inicial para cuidar imigrantes como já referenciávamos, embora tenham admitido o seu desenvolvimento profissional subsequente aos primeiros encontros com alguns sujeitos cuidados. Desta forma emerge uma das regras tacitamente aceites pelos enfermeiros (Spradley, 1980):

“Quando os enfermeiros começam a conhecer os imigrantes, esquecem que são imigrantes” (G.D.Enf).

A gestão da imprevisibilidade surge enquadrada na prática clínica dos enfermeiros do estudo, em ajustes pontuais na avaliação inicial, parecendo identificar-se de forma menos clara em relação ao esperável aprofundamento subsequente da reflexão e pesquisa culturais. Benner, refere-se à “gestão dos imprevistos” nos enfermeiros competentes, como uma capacidade que tem, na sua origem, “o sentimento de saber bem das coisas” (2001, p.54). Aponta a importância da “planificação consciente”, como condição à evolução de competências, em linha com o que sugerem Dreyfus e Dreyfus (1980, 1986), parecendo-nos compatível com a sua construção na especificidade cultural.

Amendoeira, refere-se aos enfermeiros competentes como aqueles que são capazes de “gerir a incerteza inerente à ação que decorre de «cuidar o outro»” (2004, p.20), pressupondo um envolvimento com a pessoa cuidada nem sempre “fácil” nem “promotor de satisfação” para os enfermeiros. Contextualizando às evidências do estudo, emerge que os enfermeiros participantes gerem os poucos conhecimentos culturais nos encontros com imigrantes, valorizando os domínios de significação e interpretação que conhecem (“diluindo” no entanto as diferenças culturais específicas) e sobre os quais detêm conhecimentos, mobilizando as universalidades identificadas (Leininger, 1994, 1998) e construindo outras (Campinha-Bacote, 2002, 2011).

A capacidade de gestão da imprevisibilidade contextualiza-se ao desenvolvimento de saberes práticos, adquiridos a partir da experiência com a superação de dificuldades em contexto de trabalho, pelos profissionais.

Constatamos que o desejo/motivação cultural para cuidar imigrantes, apenas surge conscientemente desenvolvido nos enfermeiros participantes, à medida que a relação de confiança nas díades, se vai também estabelecendo,

emergindo a gestão da imprevisibilidade, na génese das competências culturais nos enfermeiros nos contextos. Este tipo de competências constrói-se de forma processual, com maior ou menor motivação desenvolvida ao longo dos encontros, não se registando contudo para estes profissionais, como elemento “energético” inicial, na “base do vulcão” como propõe Campinha-Bacote (2002, 2003).

Outro achado desta investigação diz respeito às fases identificadas na evolução do processo de construção de competências culturais nos enfermeiros participantes, sendo que de acordo com o modelo de Bennett (2004), constatámos o seu enquadramento entre a minimização das diferenças culturais (última fase do etnocentrismo para este autor) e a aceitação (primeira fase do *ethnorrelativism*).

Pensando que, de acordo com a evolução conseguida, assim o nível de competências culturais atingido, consideramos os enfermeiros participantes no estudo sensivelmente a “meio” deste processo, em concordância com o nível de consciência e conhecimento culturais identificados. Neste sentido emerge uma relação dialética entre o percurso de desenvolvimento profissional dos enfermeiros e a coerência cultural nos cuidados produzidos com imigrantes.

A adaptabilidade cultural nos enfermeiros constatada nas interações e cuidados, parece desenvolver-se a par da sua necessidade de ultrapassarem dificuldades e de se “moverem” adequadamente de forma transversal às diferenças culturais, como sugerem Deal e Prince (2003). Estes autores identificam que para a construção das competências culturais deverá registar-se flexibilidade nos profissionais, mas não necessariamente a sua motivação inicial tal como surgiu neste estudo.

Relevamos que a capacidade de gestão das incertezas e a sensibilidade cultural constatadas parecem permitir aos enfermeiros participantes um planeamento e desenvolvimento dos encontros consonantes com as expectativas manifestadas pelos imigrantes.

Apresentamos em seguida o esquema interpretativo – Figura 24 – base do movimento descrito: da cena cultural identificada ao desenvolvimento da produção teórica do estudo.

No capítulo seguinte explicitaremos as conclusões e implicações que consideramos emergentes deste percurso de investigação.

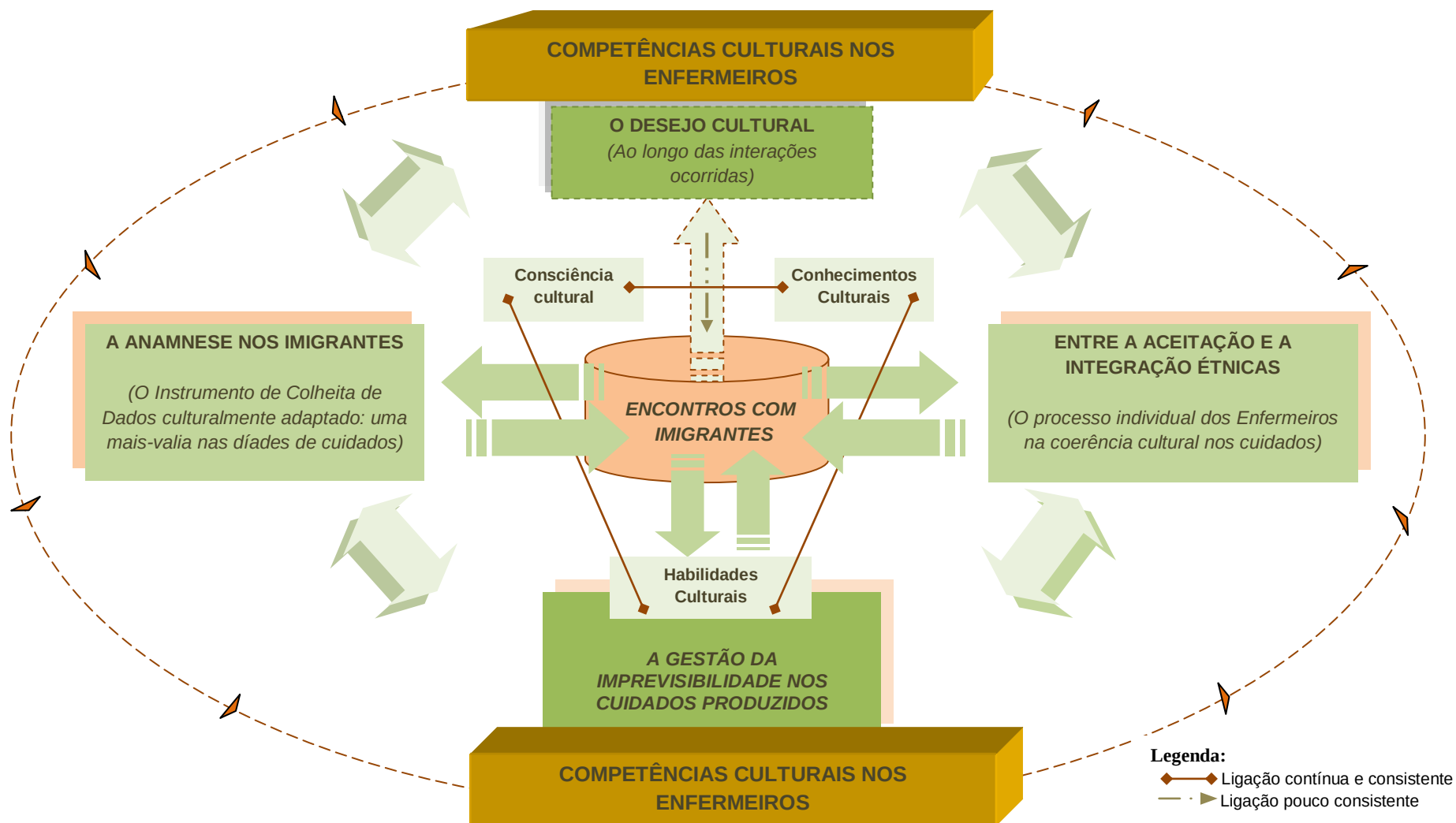


Figura 24. Da Anamnese nos Imigrantes à Construção de Competências Culturais nos Enfermeiros – um esquema interpretativo

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

*“Não basta dar os passos que nos devem levar um dia ao objetivo,
cada passo deve ser ele próprio um objetivo em si mesmo,
ao mesmo tempo que nos leva para diante”*

Johann Wolfgang Von Goethe

Ao longo do percurso de investigação que desenvolvemos, fomos progressivamente consciencializando a importância do objeto de estudo para uma prática clínica dos enfermeiros com imigrantes, mais “informada” pelas evidências produzidas. Compreendemos a verdadeira necessidade de assumirmos uma “cultura de humildade” científica apontada por Carvalho (2009) coadjuvando Spradley (1980), que nos adverte para a constatação de que uma etnografia é sempre e apenas uma parte do “todo” da realidade social.

Sabendo, na mesma linha de pensamento, que ao desenvolvermos um estudo com orientação etnográfica, tipicamente o “final” ficaria em aberto, como referem Hammersley e Atkinson (2007) apontaremos neste momento, as nossas principais conclusões, visando a finalização deste relatório.

Adotaremos a lógica sequencial das questões de investigação formuladas para apresentação desta fase do estudo, estruturando-nos nos padrões culturais dos enfermeiros, caraterizadores da cena cultural – interação e cuidados com imigrantes – que lhes são correspondentes, de acordo com a matriz que sustentou a análise interpretativa e o desenvolvimento do processo de teorização.

Finalizaremos este capítulo com aquelas que consideramos serem as implicações da investigação desenvolvida, ao nível das seguintes áreas na enfermagem: da disciplina, do mandato social, da profissão e da investigação.

Que significados são produzidos em situações de cuidar imigrantes?

(Padrão Cultural – No desenvolvimento da consciência cultural)

Os significados produzem-se para os enfermeiros no estudo, a par do desenvolvimento da sua consciência cultural. Este processo ocorre relacionado com o frequente confronto comparativo que os enfermeiros identificam nos imigrantes, face à figura destes profissionais nos seus países de origem e às decorrentes expetativas destas pessoas nos cuidados recebidos. Identificámos os seguintes significados:

- **Confronto com um processo comparativo**, cujas referências culturais “do outro lado” da comparação, são na maioria das vezes desconhecidas para os enfermeiros nas unidades do estudo – referimo-nos à figura do enfermeiro *per si* e à adequação da sua formação face à prática clínica que desenvolve, mas também ao tipo de cuidados e expetativas em relação aos mesmos. Este processo comparativo significa também insegurança para alguns enfermeiros, uma vez que o termo de comparação só lhes é frequentemente acessível pela “visão do mundo” dos imigrantes.
- **Necessidade de ajustes a novos referenciais culturais**; cuidar imigrantes significa a procura constante do “novo” sendo que esta tomada de consciência pressupõe questionamento, flexibilidade, evolução mas também desconforto e ansiedade para alguns enfermeiros no estudo. A clarificação de papéis na equipa de cuidados nomeadamente com o médico, surge como uma necessidade para alguns imigrantes, nem sempre clara para os enfermeiros participantes.
- **Necessidade de mais tempo para superação de dificuldades**; estas surgem sobretudo relacionadas com a barreira da língua e com o reenquadramento cultural das mensagens. Neste sentido o maior consumo de tempo emerge ligado à necessidade identificada pelos enfermeiros, de serem mais “cautelosos” na validação da mensagem transmitida e recebida, nas interações com imigrantes.
- **A assunção do papel da defesa e proteção** dos imigrantes como pessoas vulneráveis; promove o reconhecimento e inclusão destes sujeitos na equipa

de saúde, tal como surge proposto nos *standards* de Douglas et al. (2009) para a prática de cuidados de enfermagem culturalmente competentes, estimulando-os sobretudo ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença, nomeadamente na saúde materna e infantil.

- **Desenvolvimento da capacidade de negociação**; esta capacidade parece desenvolver-se a par da sensibilidade cultural dos enfermeiros, bem como da sua motivação para a interação com estas pessoas. No entanto a ideia de cuidar imigrantes, não tendo sido reconhecida como facilmente motivadora nos contactos iniciais, parece modificar-se e “diluir-se” ao longo do tempo nas interações estabelecidas, com a superação de desafios (assumidos como ganhos pessoais e profissionais) e com o desenvolvimento da capacidade de negociação nos cuidados.

- **A gestão do processo de comunicação pelos enfermeiros** emerge também no estudo com um significado específico nas situações de cuidar imigrantes; surge assumida pelos profissionais como uma responsabilidade sua mas aparentemente reiterada por outros elementos da equipa de cuidados nomeadamente pelos médicos – como identifica o participante entrevistado – esperando que essa gestão seja feita em primeira instância pelos enfermeiros.

Como se caracterizam as interações estabelecidas entre quem cuida e quem é cuidado?

(Padrão Cultural – Explorando conhecimentos culturais)

As interações estabelecidas nas díades – enfermeiros e imigrantes – estruturam-se de forma tanto mais sustentada quanto maior for a capacidade e a persistência dos profissionais, na procura de conhecimento cultural adequado ao planeamento, implementação e avaliação dos cuidados desenvolvidos.

Foi emergente nesta investigação que esta adequação passa, para além da pesquisa em fontes convencionais de conhecimento, pela necessidade de que os enfermeiros queiram “aprender” também com os imigrantes. Estas interações caracterizam-se por isso com múltiplos atributos, que vão para além do “respeito” por estas pessoas, tal como identificámos neste estudo:

- **Procura ativa de conhecimento cultural**, olhando os próprios imigrantes individual e coletivamente com as famílias, como fontes de saber face a outras crenças, hábitos e práticas com relevância para a harmonia e equilíbrio nos seus processos de saúde e doença.
- **O “redobrar” da atenção dispensada aos imigrantes** nos cuidados; surgiu também identificado como característica nas interações em contextos, enquadrada para alguns enfermeiros como estratégia de proteção em situações vulneráveis e com a emergência da coerência cultural na sua prática clínica.

Esta atenção é por outro lado conotada pelos imigrantes participantes, com o sentirem-se “foco de especial atenção” pelos enfermeiros, exatamente pelo seu estatuto de imigrantes. A mesma situação parece contribuir de forma visível para a integração destas pessoas no nosso país como país de acolhimento, emergindo os cuidados de enfermagem como via importante deste processo, em linha com a possibilidade de desenvolvimento de unidades de saúde culturalmente recetivas (Machado et al., 2010; WHO, 2010a; WHO, 2010b).

- **Conquista de relação de confiança através das crianças**, filhas de imigrantes; este achado emergiu com uma conotação de “garantia” no acesso relacional aos pais para os enfermeiros, intuitivamente construída com base na expressão fácil da sua afetividade com as crianças e também fácil e

naturalmente correspondida. Esta característica frequentemente mobilizada nas interações com imigrantes só surgiu consciencializada pelos enfermeiros quando a trouxemos à discussão, subestimando-se aparentemente a utilização da reflexividade como estímulo para a produção de saberes na ação e a partir dela (Amendoeira, 2004; Costa, 2008).

- **A contextualização dos imigrantes a “outras” lógicas de cuidados de saúde;** emergiu como característica nas interações nas díades, sendo que se regista dividida entre: a adequação pelos enfermeiros às necessidades específicas dos imigrantes (procurando por exemplo facilitar o acesso ao médico e melhorar a articulação interorganizações) e a condução dos encontros, mais confinada à lógica normativa do “pacote pronto da prateleira”(Ingleby, 2011) (dando-se pouco espaço a elaborações relacionais porventura mais difíceis de controlar por desconhecimento cultural).

- **A exploração do “outro lado”** regista-se também pelos enfermeiros, por vezes com uma base de enquadramento facilmente sobreponível à da curiosidade inicial, mas evoluindo facilmente para um processo de descoberta cultural e de mobilização de saberes com alguns participantes. Ocorre quando se permitem evoluir e desinstalar-se do seu etnocentrismo, relativizando a sua cultura e a dos “outros”.

- **As inseguranças na interação** foram também identificadas em algumas situações; surgiram ligadas sobretudo à barreira da língua e à inexistência de uma estrutura orientadora da avaliação transcultural nos imigrantes – orientação temporal, particularidades no processo de comunicação, crenças religiosas, entre outras – em linha com a sugestão de diferentes autores (Davighizar & Giger, 2001; Abreu, 2011). Emerge portanto a necessidade de um outro modelo de colheita de dados que promova a sua qualidade nas dimensões culturais, de forma compatível aos constrangimentos evidenciados pelos enfermeiros. Os profissionais encontram-se confinados a limites temporais apertados nas interações estabelecidas nas unidades estudadas, bem como para a gestão da multiplicidade de informação que necessitam avaliar em contexto domiciliário.

- **A construção de semelhanças entre partes;** surgiu também como característica destas interações, sendo que se evidenciou a procura ativa de

afinidades com imigrantes, por alguns enfermeiros, como forma de exploração de outras “visões” do mundo. Ocorre especificamente em relação à monitorização de situações no âmbito da saúde infantil e saúde materna, com manifestação clara de sensibilidade cultural nestes momentos, registando-se a procura da promoção da adesão aos cuidados pelos enfermeiros.

- **As limitações à expressão da liberdade individual**; surgem bilateralmente nas díades, essencialmente ligadas à barreira da língua, dando lugar a dificuldades no processo de comunicação e ao risco de cuidados inseguros. Estas situações confinam as interações a uma confiabilidade “mínima” entre partes, bem como à frequente dependência de intérpretes não profissionais, habitualmente desenquadrados do contexto e mensagens nos cuidados, comprometendo a intimidade e privacidade dos imigrantes.

Em situações multiculturais de cuidados que tipificação é possível estabelecer?

(Padrão Cultural – As habilidades específicas)

As situações multiculturais de cuidados emergem tipificadas a partir da mobilização de estratégias pelos participantes enfermeiros, para desenvolvimento de uma relação terapêutica com imigrantes. Estas estratégias desenvolvem-se essencialmente pela gestão da imprevisibilidade pelos enfermeiros nos contextos multiculturais de cuidados, a partir das seguintes vias: ultrapassando dificuldades relacionados com a barreira da língua e com o reenquadramento cultural dos imigrantes, procurando desde a primeira interação uma colheita de dados “minimamente” suficiente ao planeamento de cuidados e ainda criando espaços de interação promotores de uma relação de confiança com estas pessoas. Os enfermeiros capitalizam a presença das crianças sempre que possível, viabilizando um melhor acesso aos pais – frequentemente confundida pelos imigrantes com uma “relação de familiaridade”; corporiza-se desta forma uma parceria nos cuidados tal como previsto na prática clínica de enfermagem em Portugal, conforme podemos consultar nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001).

Damos assim conta dos diferentes tipos de estratégias em situações multiculturais de cuidados que configuram a sua tipificação:

- **A presença das crianças como minimizadora do impacto inconsciente nos enfermeiros;** se por um lado a presença de crianças nos cuidados é promotora da confiabilidade nas díades, por outro ela surge antes disso como minimizadora do designado “impacto inconsciente” (Purnell, 2011). Este impacto surgiu identificado pelos enfermeiros participantes quando se confrontavam com dificuldades na gestão do seu próprio património cultural (por vezes pouco claro para si mesmos) e com o dos outros (normalmente também pouco conhecido), constituindo-se a relação com os imigrantes adultos através das crianças, num recurso acessível e promotor de estabilização nas díades de cuidados.

- **A “abertura” para o humor nos cuidados com imigrantes,** emergiu sobretudo contextualizada à presença das crianças, constituindo-se como duas importantes condições (crianças e humor) identificadas pelos enfermeiros e aparentemente valorizadas pelos imigrantes, no sentido da adesão à continuidade dos cuidados propostos.

- **O tempo como um recurso insuficiente;** surgiu evidenciado no estudo, em associação a poucos conhecimentos culturais que os enfermeiros identificam e que o médico coadjuva como elemento da equipa de saúde, com dificuldades semelhantes. Estes participantes constataam a necessidade de uma “ferramenta prática” para a avaliação e planeamento dos cuidados com imigrantes, obviando-se um consumo acrescido de tempo na sua prática clínica (para além do limite máximo estipulado nas unidades do estudo), quando tomam consciência da possibilidade de utilização de um instrumento de colheita de dados culturalmente adequado. Contudo registámos com frequência um prolongamento “informalmente” conseguido pelos profissionais, quando consideram que os tempos na consulta de enfermagem não se revelam suficientes – interagindo no corredor, na sala de espera ou definindo curtos momentos de interação, não agendados.

Esta postura configura a desejável flexibilidade para a coerência cultural nos cuidados (Leininger, 1994, 2001), mas parece simultaneamente estar relacionada com a desvalorização que os próprios enfermeiros fazem da

mobilização de saberes em “contexto relacional”, como refere Amendoeira (2004).

- Os **contributos para uma vivência equilibrada dos processos de saúde-doença**, surgem enfatizados pelos imigrantes no estudo. Estes participantes relevam a importância dos saberes que lhes são transmitidos pelos enfermeiros no nosso país, nomeadamente em contexto de cuidados de saúde primários, para a vivência equilibrada dos seus projetos de saúde e para tomadas de decisão informadas. Esta aparente reconfiguração da figura do enfermeiro face aos países de origem, surge identificada ao longo de vários encontros com os profissionais, baseada no desenvolvimento de uma relação de proximidade e por vezes de familiaridade.

- **O uso de artefactos** nas situações multiculturais de cuidados; emergiu também como importante na especificidade do desenho e da aprendizagem de palavras-chave na língua nativa dos imigrantes pelos enfermeiros, para concretização do processo de comunicação nos cuidados, corporizando diferentes estratégias para gestão da imprevisibilidade nos contextos. Estas estratégias surgem em linha com a proposta das *guidelines* de Leininger (2001) para a prática clínica de enfermagem transcultural.

- **Os familiares como intérpretes**, configuram no desempenho deste papel, para além do ângulo atrás mencionado (do comprometimento da privacidade e intimidade dos imigrantes cuidados), dificuldades para os próprios familiares, também eles vulneráveis e suscetíveis a constrangimentos pessoais. Apesar desta constatação o risco da mobilização de familiares ou pessoas próximas dos imigrantes emergiu no estudo de uma forma por vezes pouco valorizada por alguns enfermeiros, embora registassem algumas situações “anedóticas” e dificuldades na utilização destes recursos. Configura-se desta forma mais uma estratégia mobilizada pela sua maior facilidade no acesso, apesar dos frequentes constrangimentos constatados.

- **Os intérpretes “dentro” da equipa de cuidados** são uma das propostas nacionais e também internacionais para as situações multiculturais de cuidados (Nunes, 2009; WHO, 2010a, WHO, 2010b). No nosso estudo, na sequência das vivências na prática clínica, relatadas pela enfermeira participante moldava, obtivemos evidências de que: as interações estabelecidas nas díades de

cuidados com uma intérprete profissional e ainda técnica de saúde, podem produzir alterações notórias ao nível dos comportamentos dos imigrantes em interação, tornando possível ultrapassar a barreira da língua nos cuidados. Evidencia-se desta forma a associação entre a mensagem culturalmente enquadrada e a segurança nos cuidados, conforme referencia Ingleby (2011).

Que dificuldades e mais-valias são identificadas nos cuidados em contexto multicultural?

(Padrão Cultural – Particularidades dos encontros)

No contexto multicultural de cuidados das díades do estudo, evidenciaram-se dificuldades e mais-valias a partir dos encontros entre enfermeiros e imigrantes.

Quer uns quer outros participantes enquadram estas dimensões com os contributos profissionais obtidos para as transições de saúde-doença nos imigrantes. Obtivemos a clarificação destas dificuldades e mais-valias pela constatação das vivências das fases de etnocentrismo ou de *ethnorrelativism*, no processo evolutivo de construção de competências culturais nos profissionais, de acordo com Bennett (2004).

Identificamos as seguintes particularidades nos encontros entre enfermeiros e imigrantes:

- **As diferentes concepções de saúde e de doença**, surgiram como uma dificuldade na prática clínica dos enfermeiros do estudo, sendo mais fácil ou mais dificilmente experienciada por estes participantes de acordo com a consciência que apresentam das suas próprias concepções. Emergiram evidências de uma visão algo simplista de alguns enfermeiros ao negarem e minimizarem diferenças culturais com imigrantes nos primeiros momentos de interação, configurando maiores dificuldades subsequentes na transposição de “muros” relacionais, com raro registo de conflitos culturais nas díades.

Em sentido contrário constatámos noutros participantes enfermeiros a consciência clara de que só reconhecendo as diferentes concepções bilaterais de saúde e doença e o projeto de saúde dos imigrantes, as dificuldades

bilaterais podem ser superadas, evidenciando uma conciliação consciente das perspectivas *etic* e *emic*, na reflexão sobre a coerência cultural na sua prática clínica.

- **Olhar para “lá” das diferenças** foi uma mais-valia identificada pelos enfermeiros no estudo, relevando a construção de um processo de individualização nos cuidados produzidos com imigrantes, à medida que a relação de confiança se vai desenvolvendo. Os participantes imigrantes validam a “face visível” deste processo ao identificarem a segurança e a estabilidade que consideram obter dos enfermeiros que os acompanham em cuidados de saúde primários, valorizando a possibilidade do enfermeiro de “referência”, que lhes é oferecida nestes contextos.

- **A gestão de outras crenças de saúde** emergiu no estudo, como uma capacidade dos enfermeiros participantes na conciliação da “oferta de cuidados” de enfermagem, profissionalmente enquadrada com a cultura dominante do nosso país como país de acolhimento, com a adoção de outras crenças e práticas de saúde.

A capacidade de negociação emergente nos enfermeiros, como propõe Leininger (1994, 2001), revelou-se uma mais-valia para os imigrantes cuidados, ao nível da promoção da sua integração no país onde vivem e da gestão das suas relações familiares relativamente a crenças e práticas de saúde, uma vez que os profissionais se posicionam como seus “aliados”, face a outros elementos da família.

As mais-valias surgem também para os enfermeiros como reveladoras de uma adaptabilidade cultural manifestada ao longo das interações estabelecidas, construindo as suas competências culturais, como identificam Deal e Prince (2003). No mesmo sentido revelam-se capazes com os seus cuidados, de promover o *empowerment* nas pessoas imigrantes, com o crescimento e desenvolvimento pessoais inerentes, num outro país, de acordo com Meleis (2010a).

O sentimento de frustração nos enfermeiros emergiu também como uma dificuldade ligada com as situações de não transposição da barreira da língua, conotada com a consequente desmotivação para os encontros com imigrantes. As frustrações surgem identificadas com a origem da desmotivação de alguns

enfermeiros, embora a possibilidade de utilização de outros recursos disponíveis, como a mobilização de intérpretes profissionais surja (paradoxalmente?) desvalorizada como mais-valia.

A capacidade de gestão da imprevisibilidade, emerge como uma mais-valia para os enfermeiros participantes, mobilizando e articulando frequentemente nas interações e cuidados com imigrantes, diferentes estratégias em diversas vertentes tais como a mobilização de: características que conhecem do “seu” contexto de trabalho, atribuição de significados (re) adequando o “seu” conhecimento clínico, gerindo em suma circunstâncias fazendo a adequação que consideram necessária, com recurso à acumulação das suas experiências profissionais.

Registámos como fonte de dificuldades para os enfermeiros no estudo, por um lado a capacidade de capitalizarem de forma sistemática os saberes contextuais produzidos em equipa de pares e multiprofissional, e por outro lado a aparente pouca valorização da sua reflexividade na ação, quando estes profissionais, nas palavras de Amendoeira, têm que escolher “no conjunto de saberes” (2004, p.21), adequando os seus cuidados à diversidade cultural que encontram.

DAS IMPLICAÇÕES QUE IDENTIFICAMOS

-Na disciplina-

Ao nível do desenvolvimento disciplinar, pensamos que este estudo favorece a contextualização da enfermagem transcultural como área transversal do conhecimento, ao nível do primeiro e segundo ciclos de formação, de diferentes formas:

- Ao nível do primeiro ciclo com vista ao desenvolvimento de uma identidade pessoal e profissional do estudante como “enfermeiro” que passa por uma apropriação de conceitos tão mais eficaz quanto mais experienciada em contexto teórico e clínico. Perspetivamos a sua promoção através de contactos multiculturais sucessivos, de forma efetiva e presencial ou “simulada” (Hunter,

2008) com a resolução de problemas (Costa, 2008), ou ainda com a “imersão” pontual em contextos multiculturais como propõem Law e Muir (2005).

Pensamos que a formação na área da enfermagem transcultural deverá assentar, de acordo com Costa (2008) numa aprendizagem experiencial como promotora do processo de transformação pessoal. Desta forma desenvolver-se-á numa base de contrato pedagógico entre professor-estudante-enfermeiro (orientador no contexto clínico), implicando “questionamentos sucessivos em atitude reflexiva permanente” (Costa, 2008, p.88), entre os diferentes participantes. Na especificidade da coerência cultural nos cuidados com imigrantes esta experiência deverá favorecer a sensibilidade e tolerância culturais dos estudantes, o seu desenvolvimento pessoal, cognitivo e as respetivas competências na comunicação verbal e gestual.

Parece-nos fundamental o estabelecimento de parcerias com enfermeiros das unidades de cuidados na comunidade, sensibilizando-os em particular para a necessidade de uma adequada estruturação da anamnese cultural nos imigrantes como garantia do planeamento e implementação de cuidados culturalmente adequados.

No segundo ciclo de formação em enfermagem, acreditamos que a área da coerência cultural nos cuidados é passível de ser explorada com os enfermeiros, ao nível da reflexão das diferenças e semelhanças culturais com as pessoas cuidadas na prática clínica: sobre crenças, valores e padrões de vida, consciência do seu etnocentrismo e necessidade de desenvolvimento do *ethnorrelativism* – suas implicações nas díades, em ordem à visibilidade, valorização e motivação no âmbito das competências culturais.

Valorizamos estas competências nos enfermeiros, como indo ao encontro de necessidades específicas das pessoas imigrantes, de acordo com a vertente clínica da profissão mas também aos níveis da gestão, assessoria e investigação, para o efetivo desenvolvimento de “cuidados seguros e de qualidade” nos contextos (OE, 2009b, p.4).

-Do mandato social-

A enfermagem, como profissão na área da saúde, precisa definir-se relativamente ao que entende por “respeito por valores, costumes, religiões” de pessoas culturalmente diversas, como podemos consultar no Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2009a), ou ainda por “sensibilidade para lidar com (...) diferenças” como se enfatiza nas competências do enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2003).

Esta definição da enfermagem como profissão, com o respetivo mandato social, passa também pela clarificação das respostas que pode oferecer aos sujeitos de cuidados imigrantes, nomeadamente como pretende promover o desenvolvimento de competências culturais nos seus profissionais, como se encontra previsto no II Plano para a Integração de Imigrantes no nosso país (Resolução do Conselho de Ministros nº 74/2010 de 17 de setembro).

Os enfermeiros ao empenharem-se no desenvolvimento de unidades de saúde culturalmente recetivas nas diferentes organizações prestadoras de cuidados valorizam também a necessidade de competências culturais na prática clínica em equipa multidisciplinar, perante os decisores políticos (Declaração de Amsterdão: hospitais migrant-friendly numa Europa etno-cultural diversificada, 2004).

No mesmo sentido pensamos que este estudo poderá contribuir para a clarificação das competências do enfermeiro de cuidados gerais definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2003), especificamente no âmbito da “prestação e gestão de cuidados”, no que concerne à “comunicação e relações interpessoais” e ao nível do seu “desenvolvimento profissional”, dando visibilidade à necessidade da consciencialização face à dimensão cultural dos cuidados, como algo efetivo que pode e deve ser desenvolvido.

- Da profissão-

Acreditamos que um dos contributos relevantes deste estudo é trazer à reflexão da prática clínica a multiculturalidade em cuidados e a identificação da necessidade concreta de um instrumento de colheita de dados, culturalmente adequado à avaliação das pessoas imigrantes.

A valorização dos saberes contextuais dos enfermeiros por eles mesmos, como um dos importantes suportes à construção das suas competências culturais, parece oferecer a oportunidade de efetivamente assumirem a gestão da imprevisibilidade nos cuidados com imigrantes, nos seus contextos, de forma consciente e culturalmente sustentada.

A dimensão cultural é central à identidade de pessoas e grupos, determina as conceções de saúde-doença e as expectativas face aos cuidados neste processo. Os enfermeiros devem apropriar-se desta realidade bem como da sistematização de conceitos a serem valorizados face a esta constatação, como estratégia de visibilidade profissional. Acreditamos que as competências culturais nos enfermeiros poderão como enfatiza Costa, contribuir ativamente para que a afirmação social da prática profissional de enfermagem, deixe de estar “mais circunscrita ao interior da profissão” (2008, p.81).

As áreas de intervenção dos diferentes profissionais em contextos multiculturais de cuidados precisam ser clarificadas para a melhoria dos cuidados culturalmente competentes com imigrantes. A ação dos mediadores culturais em Portugal deverá ser valorizada pelos enfermeiros (nos contextos de cuidados onde se regista a sua presença) como um potencial acrescido para a interpretação de diferentes línguas mas também do adequado reenquadramento cultural da mensagem no processo de comunicação. Esta presença deve possibilitar um adequado “intercâmbio de informação detalhada e correta” (Molina, 2006, p.65), contribuindo para uma colheita de dados mais aprofundada e no mesmo sentido para cuidados culturalmente adequados. Nos contextos de cuidados onde não existem mediadores culturais, a possibilidade de recurso a tradutores profissionais através do Serviço de Tradução Telefónica (Alto Comissariado para a Integração e Diálogo Intercultural, 2010), deverá constituir-se uma prática consciente, efetiva e sistemática pelos enfermeiros, obviando-se a implementação de cuidados inseguros em contexto clínico, nomeadamente com a “utilização” de crianças/familiares/vizinhos/conhecidos como intérpretes.

A constituição de uma base de dados enquadradora das especificidades culturais e étnicas mais características nos imigrantes em Portugal, facilmente

acessível e mobilizável pelos profissionais de saúde, surge como uma necessidade imperativa na prática clínica.

Tendo em conta que os enfermeiros se encontram numa posição privilegiada de proximidade, na interação e cuidados com imigrantes, a prática baseada em evidência científica poderá legitimar para estes profissionais a curto prazo, a sua liderança na avaliação transcultural na equipa multidisciplinar, nomeadamente em cuidados de saúde primários – concretizando projetos de unidades de saúde culturalmente recetivas.

- Da investigação -

Ao desenvolvermos investigação, em enfermagem transcultural, pretendemos contemplar a sua adequação à prática clínica contribuindo para a produção de resultados em duas áreas indissociáveis: no âmbito da construção de competências culturais nos enfermeiros e para o desenvolvimento da coerência cultural nos cuidados – finalidade do estudo.

Desta forma, pensando no futuro próximo da investigação na área da multiculturalidade em cuidados, definimos várias possibilidades, tendo em conta a necessidade de que a emergência do conhecimento científico conferirá prioridade aos problemas da diversidade cultural e à garantia da qualidade na prática clínica:

- Estudo indutivo para identificação das diferentes crenças e práticas de saúde adotadas pelos imigrantes e a sua relevância na adesão aos cuidados propostos.
- Estudo extensivo sobre a perceção dos enfermeiros e outros profissionais de saúde face à necessidade de desenvolvimento das competências culturais para cuidarem imigrantes.
- Estudo sobre benefícios da mediação cultural nas unidades de sua implantação e das perceções dos profissionais de saúde face às potencialidades da sua capitalização.
- Estudo extensivo visando a quantificação dos custos do atendimento culturalmente desadequado nas unidades de saúde.

Pensamos que é tempo de conduzir a investigação e a prática clínica em enfermagem, através da compreensão cultural das pessoas envolvidas – profissionais e sujeitos de cuidados. A possibilidade de organizar uma colheita de dados de forma holística e compreensiva permitirá uma maior segurança nos cuidados produzidos nas díades, recorrendo-se à utilização de indicadores de processo e de resultados (Fawcett, 2005, Abreu, 2011), fundamentais à visibilidade e ao desenvolvimento da qualidade dos cuidados prestados na área transcultural.

A investigação no âmbito das competências culturais nos enfermeiros poderá possibilitar o seu enquadramento num futuro próximo como *competências acrescidas* ao nível do segundo ciclo de formação, entendidas, de acordo com a OE como “aquelas competências que permitem responder de forma dinâmica a necessidades em cuidados de saúde da população, que se vão configurando, fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, práticas e contextos” (2009b, p.10).

Acreditamos que a construção das competências culturais será progressivamente assumida como uma inevitabilidade ao nível da produção de saberes em enfermagem enquanto disciplina mas também no âmbito da sua utilidade social, pela diversidade que caracteriza hoje sujeitos, profissionais e contextos de cuidados. Esta ideia foi para nós fonte de motivação no início do estudo mas assume agora na sua finalização a certeza de um renovado e crescente sentido.

BIBLIOGRAFIA

Abreu, W. (2003). *Saúde, Doença e Diversidade Cultural*. Lisboa, Portugal: Instituto Piaget.

Abreu, W. C. (2009). A anamnese em contextos multiculturais: Avaliação inicial e recurso aos cuidadores informais. In Lopes, J. C. R., Santos, M.C., Matos, M.S.D. & Ribeiro, O. P. (Eds.), *Multiculturalidade: Perspectivas da enfermagem - contributos para melhor cuidar* (pp. 11-46). Loures, Portugal: Lusociência.

Abreu, W. (2011). *Transições e Contextos Multiculturais*. (2ª ed.).Coimbra, Portugal: Formasau.

Almeida, J. F. & Pinto, J.M. (1976). *A investigação nas ciências sociais*. Lisboa, Portugal: Editorial Presença.

Alto Comissariado para a Integração e Diálogo Intercultural. ACIDI (2010). *Traduzir pela saúde*. Recuperado de www.acidi.gov.pt/noticias/visualizar-noticia/4cdbf631de114/traduzir-pela-saude

Alto Comissariado para a Integração e Diálogo Intercultural. ACIDI (2011). *Relatório de Políticas de Integração de Migrantes*. ACIDI: Presidência do Conselho de Ministros. Recuperado de <http://www.acidi.gov.pt/noticias/visualizar-noticia/4d6b77b1c7065/portugal-mais-perto-do-1o-nas-politicas-de-integracao-de-imigrantes>

Amendoeira, J. (1999). *A Formação em Enfermagem: que conhecimentos? Que contextos – um estudo etno-sociológico* (Dissertação de Mestrado). Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Amendoeira, J. (2000). O Cuidado de enfermagem – Que Sentido(s)? In Costa, M.A.M.; Mestrinho, M.G. & Sampaio, M. J. (Eds.), *Ensino de enfermagem: Processos e percursos de formação – balanço de um projeto*, (pp. 66-77). Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da saúde.

Amendoeira, J. (2004). Enfermagem em Portugal. Contextos, atores e saberes. *Enfermagem*, 35/36 (2),13-22.

Amendoeira, J. (2006). *Uma biografia partilhada da enfermagem*. Coimbra, Portugal: Formasau.

Anes, C.M.L.S. (2006). *Imigrantes em Portugal: filhos ou enteados de uma nova nação?* (Dissertação de Mestrado). Universidade Aberta, Lisboa, Portugal.

Bagnardi, M., Bryant, L. & Colin, J. (2009). Banks multicultural model: a framework for integrating multiculturalism into nursing curricula. *Journal of Professional Nursing*, 25 (4), 234-239.

Balle, F. (1995). Comunicação. In Boudon, R. (Dir.) *Tratado de sociologia*, (Curvelo, T. Trad.) (pp. 515-558). Lisboa, Portugal. Edições Asa. (Obra original publicada em 1992).

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*, (L.A. Reto e A. Pinheiro, Trads.) (4ª ed). Lisboa, Portugal: Edições 70. (Obra original publicada em 1977).

Basto, M.L. (2008). Investigação em enfermagem – Temáticas atuais a nível académico. In Gomes, L.M. (Ed.), *Enfermagem e úlceras de pressão: da reflexão sobre a disciplina às evidências nos cuidados* (pp. 58-80). Islas Canarias, Espanha: ICE.

Benckert R., Pohl J.M. & Coleman-Burns, P.(2004).Creating Cross-Racial Primary Care Relationships in a Nurse-Managed Center. *Journal of Cultural Diversity*, 11(3), 88-99.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a perito*, (A. A. Queirós e B. Lourenço, Trans.). Coimbra, Portugal: Quarteto. (Obra original publicada em 2001).

Benner, P. (2004). Using the Dreyfus Model of skill acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgement in nursing practice and education. *Bulletin of Science, Technology & Society*, 24(3), 188-199.

Bennett, M. J. (1986). A developmental approach to training for intercultural sensitivity. *International Journal of Intercultural Relations*, 10(2), 179-195.

Bennett, M. J. (2004). Becoming interculturally competent. In J.S. Wurzel (Ed.) *Toward multiculturalism: A reader in multicultural education* (2nd ed. pp. 62-77). Newton, MA, USA: Intercultural Resource Corporation. Recuperado de http://www.wholecommunities.org/pdf/privilege/4_Becominginterculturallycomepe_Bennett.pdf

Berger, P. L. & Luckmann, T. (1973). *A construção social da realidade*, (Editora Vozes, Trad.) (8^a ed.). Petrópolis, Brasil: Editora Vozes. (Obra original publicada em 1966).

Bogdan, R. & Biklen, S. (2010). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*, (M.J. Alvarez, S. B. Santos e T.M. Baptista, Trans.). Porto, Portugal: Porto Editora. (Obra original publicada em 1991).

Brink, P. J. (2013). Traditional Ethnography. In Beck, C.T. (Ed.), *Routledge international handbook of qualitative nursing research*. (pp. 203-212). New York, USA: Routledge.

Bronfenbrenner, U. (2002). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*, (M.A.V. Veronese, Trad.). Porto Alegre, Brasil: ArtMed. (Obra original publicada em 1994).

Bryman, A. (2012). *Social research methods*. (4th ed.). New York, USA: Oxford University Press.

Burgess, R. (1997). *A pesquisa de terreno*, (E. Freitas e M.I. Mansinho). Oeiras, Portugal: Celta Editora. (Obra original publicada em 1984).

Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184.

Campinha-Bacote, J. (2003). Cultural desire: the key to unlocking cultural competence. *Transcultural C.A.R.E. Associates*, 42 (6), 239-240.

Campinha-Bacote (2010). *Campinha-Bacote's Philosophy on Teaching Cultural Competence: the F.I.R.M. model*. Recuperado de <http://www.transculturalcare.net/AboutTCC.htm>

Campinha-Bacote, J. (2011). Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict: the role of cultural competence. *The online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), 1-8.

Campos, C. (2007). *Melhor Saúde para Todos numa Sociedade Inclusiva. Conferência "Saúde e Migrações na UE"*. Recuperado de <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/presidencia+ue/discursos+intervencoes/saude+migracoes.htm>

Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 247-333.

Carvalho, J. E. (2009). *Metodologia do trabalho científico: «saber-fazer» da investigação para dissertações e teses*. (2ª ed.). Lisboa, Portugal: Escolar Editora.

Chevrier, J. (2003). A especificação da problemática. In Gauthier, B. (Dir.). *Investigação social: da problemática à colheita de dados*, (N.Salgueiro e R.P.Salgueiro, Trans.) (3ª ed., pp. 65-96). Loures, Portugal: Lusociência. (Obra original publicada em 2000).

Chick, N. & Meleis, A. I. (1986). *Transitions: A Nursing Concern*. San Francisco, USA: Aspen Publications.

Chick, N. & Meleis, A.I. (2010). Transitions: a nursing concern. In Meleis, A.I. (Ed.), *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. (pp. 24-37). New York, USA: Springer Publishing Company.

Chubaci, R.Y.S. & Merighi, M.A.B. (2002). A comunicação no processo de hospitalização do imigrante japonês. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10 (6), 805-812.

CIPE (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem-Versão 2.0*. Edição Portuguesa OE. Recuperado de www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE

Coffman, M. J. (2004). Cultural caring in nursing practice: a meta-synthesis of qualitative research. *Journal of Cultural Diversity*, 11 (3), 100-109.

Comissão para a cidadania e igualdade de género de Dezembro de 2008 a Dezembro de 2010 (2010). *Projeto saudar*. Coimbra, Portugal: POPH – QREN.

Comité Económico e Social Europeu (2008). *Parecer Exploratório sobre Saúde e Migrações*. Recuperado de <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/presidencia+ue/eventos/parecer+cese.htm>

Comunicação da Comissão Europeia ao Conselho, ao Parlamento Europeu, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões, relativa à imigração, à integração e ao emprego (2008). Recuperado de http://eur-lex.europa.eu/pt/dossier/dossier_05.htm

Correia, M. C. B. (2009). A observação participante enquanto técnica de investigação. *Pensar Enfermagem*, 13 (2), 30-36.

Cortis, J. D. (2004). Meeting the needs of minority ethnic patients. *Journal of Advanced Nursing*, 48 (1), 51-58.

Costa, M. A. M. (1998). *Enfermeiros: dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa, Portugal: Fim de Século.

Costa, M. A. M. (2003). A enfermagem e a globalização. *Revista Sinais Vitais*, 51, 3-13.

Costa, A. (2008). Aprender a cuidar: Consonâncias e dissonâncias de um binómio desafiante. In Gomes, L.M. (Ed.), *Enfermagem e úlceras de pressão: da reflexão sobre a disciplina às evidências nos cuidados* (pp. 81-102). Islas Canarias, Espanha: ICE.

Crespo, M. L. & Martinez, I.C. (2006). Fenómenos migratórios, competência cultural y cuidados de salud. *Cultura de los Cuidados*, 10 (20), 87-91.

Crête, J. (2003). A ética em investigação social. In Gauthier, B. (Ed.), *Investigação social: da problemática à colheita de dados*, (N. Salgueiro, Trad.)

(3ª ed., pp.233-254). Loures, Portugal: Lusociência. (Obra original publicada em 2000).

Culley, L. (2009). Cultural diversity and nursing practice. *Journal of Research in Nursing*, 13(2), 86-88.

Davidhizar, R. & Giger, J. N. (2001). Teaching culture within the nursing curriculum using the Giger-Davidhizar model of transcultural nursing assessment. *Journal of Nursing Education*, 40 (6), 282-284.

Deal, J.J. & Prince, D.W. (2003). *Developing cultural adaptability*. Greensboro, USA: Center for Creative Leadership.

Declaração de Amsterdão: hospitais migrant-friendly numa europa etno-cultural diversificada (2004). Recuperado de http://www.migesplus.ch/uploads/tx_srkpddfiles/mfh_amsterdam_declaration_portuguese.pdf

Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de agosto. Diário da República nº161 – I Série. Regime jurídico da organização e funcionamento das USF. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro. Diário da República nº38 – I Série. Caracterização geral e criação dos agrupamentos de centros de saúde. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Decreto - Regulamentar nº 2/2013 de 18/março. Alteração ao Decreto-Regulamentar nº 84/2007 de 5 de novembro. Regulamentação da entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros do território nacional. Ministério da Administração Interna. Lisboa, Portugal.

Degazon, C.E. (2011). Diversidade cultural na comunidade. In Stanhope, M. & Lancaster, J.(Eds.) *Enfermagem de saúde pública: Cuidados de saúde na*

comunidade centrados na população, (M.A.P.R. Pita Negrão, Trad.) (7ªed., pp. 148-172). Loures, Portugal: Lusociência. (Obra original publicada em 2008).

Dias, M.F.P.B. (2005). *Construção e validação de um inventário de competências: contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com o grau de licenciado*. Loures, Portugal: Lusociência.

Dominicé, P. (1996). *L'histoire de vie comme processus de formation*. Paris, France: L'Harmattan.

Douglas, M.K. et al. (2009). Standards of practice for culturally competent nursing care: a request for comments. *Journal of Transcultural Nursing*, 20 (3), 237-269.

Dowd, S.B., Giger, J.N. & Davidhizar, R. (1998). Use of Giger and Davidhizar's transcultural assessment model by health professions. *Int. Nurs. Rev.*, 45(4), 119-128.

Dreyfus, H.L. & Dreyfus, S.E.(1980). *A five stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition*. Unpublished report, University of California, Berkeley, USA.

Dreyfus, H.L. & Dreyfus, S.E. (1986). *Mind over machine: the power of human intuition and expertise in the era of the computer*. New York, USA: Free Press.

Duarte, H. & Lopes, D. (2010). Percursos de vida profissional, satisfação e motivações perante o trabalho: integrando os modelos de desenvolvimento de carreiras com os modelos de ocupações profissionais. In Pais, J.M. & Ferreira, V.S. (Eds.). *Tempos e transições de vida: Portugal ao espelho da europa*. Lisboa, Portugal: ICS.

Durand, C. & Blais, A. (2003). A medida. In Gauthier, B. (Ed.), *Investigação social: da problemática à colheita de dados*, (N. Salgueiro, Trad.) (3ª ed., pp.175-200). Loures, Portugal: Lusociência. (Obra original publicada em 2000).

Durieux-Paillard, S. (2011). Differences in language, religious beliefs and culture: the need for culturally responsive health services. In Rechel, B., Mladovsky, P., M., Devillé, W., Rijks, B., Petrova-Benedict, R. & McKee, M. (Eds). *Migration and health in the European Union* (pp. 203-212). Berkshire, USA: McGraw Hill.

Fachada, M.O. (2003). *Psicologia das Relações Interpessoais*. Lisboa, Portugal: Rumo.

Fawcett, J. (2005). Middle-range nursing theories are necessary for the advancement of the discipline. *Aquichan*, 5 (1), 32-43.

Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*, (A. M. Parreira, Trad.). Lisboa, Portugal. Monitor. (Obra original publicada em 2002).

Fonseca, M. L., Silva, S., Esteves, A. & McGarrigle, J. (2009). *Mighealthnet – Relatório sobre o Estado da Arte em Portugal*. Lisboa, Portugal: Centro de Estudos Geográficos.

Freitas, D. & Galvão, C. (2007). O uso de narrativas autobiográficas no desenvolvimento profissional de professores. *Ciências e Cognição*, 12, 219-233.

Friedberg, E. (1995). Organização. In Boudon, R. (Dir.) *Tratado de sociologia*, (Curvelo, T. Trad.) (pp. 343-378). Lisboa, Portugal. Edições Asa. (Obra original publicada em 1992).

Gálvez, M.D.C., Pozo, M.M., Alcón, M.A.L. & García, G.U. (2008). Diversidad y alimentación hospitalaria. Diseño de un cuestionario de valoración de la adaptación cultural. *Index de Enfermeria*, 17(2), 87-91.

Gauthier, B. (2003). Introdução. In Gauthier, B. (Dir.). *Investigação social: da problemática à colheita de dados*, (N. Salgueiro e R.P.Salgueiro, Trans.) (3ª ed., pp. 15-32). Loures, Portugal: Lusociência. (Obra original publicada em 2000).

Geoffrion (2003). O grupo de discussão. In Gauthier, B. (Ed.). *Investigação social: da problemática à colheita de dados*, (N. Salgueiro e R.P. Salgueiro, Trans.) (3ª ed., pp. 319-344). Loures, Portugal: Lusociência. (Obra original publicada em 2000).

Gerrish, K. (2005). O eu e os outros: o rigor e a ética da etnografia por dentro. In Latimer, J. (Ed.) *Investigação qualitativa avançada para enfermagem*. (J.T. Menezes, Trad.) (pp. 89-106). Lisboa, Portugal: Instituto Piaget. (Obra original publicada em 2003).

Ghiglione, R. & Matalon, B. (1993). *O inquérito: teoria e prática*. (2ª ed). Oeiras, Portugal: Celta.

Giger, J., Davidhizar, R.E., Purnell, L., Harden, J.T., Phillips, J. & Strickland, O. (2007). American academy of nursing expert panel report: developing cultural competence to eliminate health disparities in ethnic minorities and other vulnerable populations. *Journal of Transcultural Nursing*, 18 (2), 95-102.

Gil, T.G., Gimeno,I.M. & Gonzalez,R.L. (2006). Antropologia de los cuidados en el ámbito académico de la enfermería en Espanha. *Texto & Contexto Enferm*, 15 (1), 155-161.

Gilbert, J. (2006). Reflecting on Intercultural Dialogue in Nursing. *Texto & Contexto Enferm*, 15 (1), 131-136.

Gingras, F.P. (2003a). A sociologia do conhecimento. In Gauthier, B. (Ed.). *Investigação social: da problemática à colheita de dados*, (N. Salgueiro e R.P. Salgueiro, Trads.) (3ª ed., pp. 33- 62). Loures, Portugal: Lusociência. (Obra original publicada em 2000).

Gingras, F.P. (2003b). A teoria e o sentido da investigação. In Gauthier, B. (Ed.). *Investigação social: da problemática à colheita de dados*, (N. Salgueiro e R.P. Salgueiro, Trads.) (3ª ed., pp. 117-140). Loures, Portugal: Lusociência. (Obra original publicada em 2000).

Griffiths, R., Emrys, E., Lamb, C., Eagar, S. & Smith, M. (2003). Operation Safe Haven: the needs of nurses caring for refugees. *International Journal of Nursing Practice*, 9, 183-190.

Halcomb, E.J., Gholizadeh, L., DiGiacomo, M. Phillips, J. & Davidson, M. P. (2007). Literature Review: considerations in undertaking focus group research with culturally and linguistically diverse groups. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1000-1011. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01760.x

Hammersley, M. & Atkinson, P. (2007). *Ethnography: principles in practice*, (3rd ed.). London, England: Routledge. (Obra original publicada em 1983).

Hanssen, I. (2004). An Intercultural Nursing Perspective on Autonomy. *Nursing Ethics*, 11(1), 28-41.

Houle, G. (2003). A história de vida ou a narrativa de prática. In Gauthier, B. (Ed.), *Investigação social: da problemática à colheita de dados*, (N. Salgueiro, Trad.) (3ª ed., pp.303-318). Loures, Portugal: Lusociência. (Obra original publicada em 2000).

Hunter, J.L. (2008). Applying constructivism to nursing education in cultural competence. *Journal of Transcultural Nursing*, 19 (4), 354-362.

Infopédia – Enciclopédia e Dicionários Porto Editora (2003-2013). Recuperado de <http://www.infopedia.pt>.

Ingleby, D. (2011). Good practice in health provision for migrants. In Rechel, B., Mladovsky, P., M., Devillé, W., Rijks, B., Petrova-Benedict, R. & McKee, M. (Eds). *Migration and health in the European Union* (pp. 227-241). Berkshire, USA: McGraw Hill.

Josso, C. (1987). Da formação do sujeito... ao sujeito em formação. In Nóvoa, A. & Finger, M. (Eds.), *O método (auto) biográfico e a formação*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.

Josso, C. (1991). *Cheminer vers soi*. Lausanne, Suisse: L'Age d'Homme.

Josso, C. (2002). *Experiências de vida e formação*. Lisboa, Portugal: Educa.

Kardong-Edgren, S., et al. (2005). Cultural attitudes, Knowledge, and skills of nursing faculty toward patients from four diverse cultures. *Journal of Professional Nursing*, 21 (3), 175-182.

Kennedy, H.P., Fisher, L., Fontaine, D. & Martin-Holland, J. (2008). Evaluating diversity in nursing education: A mixed method study. *Journal of Transcultural Nursing*, 19, 363-370.

Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. & Major, F. (1994). *La pensée infirmière*. Québec, Canada: Maloine.

Laperrière, A. (2003). A observação direta. In Gauthier, B. (Dir.), *Investigação social: Da problemática à colheita de dados*, (N. Salgueiro e R.P. Salgueiro, Trads.) (3ª ed., pp. 257-278). Loures, Portugal: Lusociência. (Obra original publicada em 2000).

Law, K. & Muir, N. (2005). The Internationalization of the Nursing curriculum. *Nurse Education in Practice*, 6, 149-155. doi: 10.1016

Le Boterf ,G. (1995). *De la competence: essai sur un attracteur étrange*. (2^a ed.). Paris, France: Les Éditions d'Organisation.

LeCompte, M.D. & Preissle, J. (1994). Qualitative research: what it is, what it isn't and how it's done. *JAI Press*, 3, 141-163.

LeCompte, M.D. (1995). *Un matrimonio conveniente: diseño de investigación cualitativa y estándares para la evaluación de programas*. Revista Electrónica y Evaluación Educativa, 1(1). Recuperado de <http://www.uv.es/RELIEVE/v1/RELIEVEv1n1.htm>

Lei nº 29/2012 de 9 de agosto. Diário da República nº 154/2012 – I Série. Aprova o regime jurídico de entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros do território nacional. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.

Leininger, M.M. (1977). Novas orientações no ensino da enfermagem: assistência primária e transcultural. In 16º congresso quadrienal Tokio-Japão: informações e convenção sobre o pessoal de enfermagem, Lisboa, 2 jun.1977 (97-114).

Leininger, M.M. (1985).Ethnography and ethnonursing: models and modes qualitative of analysis. In Leininger , M.M. (Ed.), *Qualitative Methods in Nursing*. (pp. 33 -73). Orlando, USA: Grune & Stratton.

Leininger, M.M. (1991). Future directions in transcultural nursing in the 21st century. *Nurs.Rev*, 44 (1), 19-23.

Leininger, M.M. (1994). *Nursing and Antropology: Two worlds to blend*. Ohio, USA: Greyden Press.

Leininger, M.M. (1997). Enfermagem transcultural: imperativo da enfermagem mundial. *Enfermagem*, 10 (2), 32-36.

Leininger, M.M. (1998). Transcultural Nursing: concepts, theories and practices (2ª ed.). New York, USA: McGraw Hill.

Leininger, M.M. (2001). A mini journey into transcultural nursing with its founder. *Nebraska Nurse*, 32(4), 16-17.

Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosh, J. & Westmorland, M. (2007). *Guidelines for critical review form: qualitative studies (version 2.0). Qualitative Review Form Guidelines*. Recuperado de http://www.srs.mcmaster.ca/portals/20/pdf/ebp/qualreview_version2.0.pdf

Livta, A. & Jacoby, A. (2004). Os métodos qualitativos e a prática baseada na evidência. In Craig, J.V. & Smyth, R.L. (Eds.). *Prática baseada na evidência*, (M.J. Sampaio, Trans.) (pp.136- 163). Loures, Portugal: Lusociência. (Obra original publicada em 2002).

Lopes, J.C.R. (2009). Organizações de saúde multiculturais. In Lopes, J.C.R., Santos, M.C., Matos, M.S.D. & Ribeiro, O.P. (Eds.), *Multiculturalidade: Perspectivas da enfermagem - contributos para melhor cuidar* (pp. 47-64) Loures, Portugal: Lusociência.

Machado, M.C. (2009). Globalização, multiculturalidade e saúde. In Lopes, J.C.R., Santos, M.C., Matos, M.S.D. & Ribeiro, O.P. (Eds.), *Multiculturalidade : Perspectivas da enfermagem - contributos para melhor cuidar* (pp. 3-10) Loures, Portugal: Lusociência.

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>

Malglaive, G. (1995). *Ensinar adultos*. (2ª ed). Porto, Portugal: Porto Editora.

Malvárez, S. (2007). El reto de cuidar en un mundo globalizado. *Texto & Contexto Enfermagem*, 16 (3), 520-530.

Marc, E. & Picard, D. (n.d.). *A interação social*. Porto, Portugal: Rés.

Martín, M.A. & Tomás-Sábado, J. (2006). Actitud ante la inmigración en estudiantes de enfermería: Valoración antes y después del 11- M. *Educación Médica*, 9 (1), 17-20.

McFarland, M.R., Mixer, S.J., Webhe-Alamah, H. & Burk, R. (2012). Ethnonursing: A qualitative research method for studying culturally competent care across disciplines. *International Journal of Qualitative Methods*, 11 (3), 259-270.

Meleis, A.I.(1987a). Role transition and health. *Kango Kenkyo: The Japanese Journal of Nursing Research*, 20 (1), 69-89.

Meleis, A.I. (1987b). Revisions in knowledge development: a passion for substance. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: an International Journal*, 1(1), 5-19.

Meleis, A. I. (2005). *Theoretical nursing: development & progress*. (3ªed). Philadelphia, USA: Lippincot.

Meleis, A. I. (2010a). Transitions from practice to evidence-based models of care. In Meleis, A. I. (Ed.), *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*.(pp. 1-10) New York, USA: Springer Publishing Company.

Meleis, A. I. (2010b). Role insufficiency and role supplementation: a conceptual framework. In Meleis, A.I. (Ed.), *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 13-24). New York, USA: Springer Publishing Company.

Meleis, A.I. & Jonsen, A.R. (1983). Ethical crises and cultural differences. *Medicine in Perspective*, 138 (6), 889-893.

Meleis, A.I., Sawyer, L.M., Im, E., Messias, D.K.H., Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Proquest Nursing Journals*, 23(1), 12-28.

Meleis, A.I. & Trangenstein, P.A. (1994). Facilitating transitions: redefinition of a nursing mission. *Nursing Outlook*, 42 (6), 255-259.

Mendes, A. P. C. (2006). Contextos migratórios e educação intercultural. In Bizarro, R. (Ed.), *A escola e a diversidade cultural: Multiculturalismo, interculturalismo e educação* (pp. 133-142). Porto, Portugal: Areal Editores.

Mendes, J. M. (2010). *Cultura e multiculturalidade*. Amadora, Portugal: Escola Superior de Teatro e Cinema.

Meyer, D.E.E. (2004). *Teorias e políticas de gênero: fragmentos históricos e desafios atuais*. *Rev Bras Enferm*, 57 (1), 13-18. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n1/a03v57n1.pdf>

Miles, M.B. & Huberman, A.M. (1984). *An expanded sourcebook: qualitative data analysis*. (2ª ed). Newbury Park: Sage Publications.

Miles, M.B. & Huberman, A.M. (1994). *Qualitative data analysis: a source book of new methods*. Thousand Oaks, USA: Sage Publications.

Molina, M.A.F. (2006). Fenómenos migratórios y su influencia en los cuidados transculturales en el marco hospitalario. *Cultura de los cuidados*, 10 (20), 62-68.

Muchielli, A. (1994). *Les méthodes qualitatives*. (2ªed.). Paris, France: Presses Universitaires de France.

Munoz, C.C., DoBroka, C.C. & Mohammad, S. (2009). Development of a multidisciplinary course in cultural competence for nursing and human service professions. *Journal of Nursing Education*, 48, 495-503. doi: 10.3928/01484834-20090610-03

Nóvoa, A. (1992). Os professores e as histórias da sua vida. In Nóvoa, A. (Ed.), *Vidas de professores* (pp. 11-30), Porto, Portugal: Porto Editora.

Nunes, L. (2009). Multiculturalidade – a perspetiva da ordem dos enfermeiros. In Lopes, J.C.R., Santos, M.C., Matos, M.S.D. & Ribeiro, O.P. (Eds.), *Multiculturalidade: Perspectivas da enfermagem – contributos para melhor cuidar* (pp. 47-64). Loures, Portugal: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros. Conselho de enfermagem. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual-enunciados descritivos*. Lisboa, Portugal: OE.

Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem. (2003). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa, Portugal: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2009a). *Código deontológico do enfermeiro. Estatuto da OE. Anexo ao Decreto-Lei nº 111/2009 de 16 de setembro*. Lisboa, Portugal: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2009b). Conselho de Enfermagem. *Sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem – Individualização e reconhecimento de especialidades clínicas em enfermagem - Perfil de*

competências comuns e específicas de enfermeiro especialista. Lisboa, Portugal: OE.

Ordem dos Enfermeiros. Conselho Jurisdicional e Gabinete de Comunicação e Imagem (2012). *Repe e estatuto da ordem dos enfermeiros*. Lisboa, Portugal: OE.

Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. UNESCO. (2002). *Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural*. Recuperado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127160por.pdf>

Outeirinho, M.F. (2006). A perspetiva comparatista no ensino duma cultura estrangeira: reflexões sobre uma abordagem intercultural. In Bizarro, R. (Ed.). *A escola e a diversidade cultural: Multiculturalismo, interculturalismo e educação* (pp.172-177). Porto, Portugal: Areal Editores.

Peckover, S. & Chidlaw, R.G. (2007). The (Un) - certainties of district nurses in the context of cultural diversity. *Journal of Advanced Nursing*, 58 (4), 377- 378.

Pereira, M.A.D.A. (2008). *A Comunidade chinesa imigrante* (Dissertação de Mestrado). Universidade Aberta, Lisboa, Portugal.

Peres, A.N. (2006). Educação intercultural e formação de professores. In Bizarro, R. (Ed.). *A escola e a diversidade cultural: Multiculturalismo, interculturalismo e educação*. (pp. 123-132), Porto, Portugal: Areal Editores.

Perry, A.G., Potter, P.A. & Elkin, M.K. (2012). *Nursing interventions & clinical skills* (5ª ed.). St. Louis, USA: Elsevier.

Pimenta, C. (2006). Interdisciplinaridade e universidade: tópicos de interpretação e ação. In Bizarro, R. (Ed.). *A escola e a diversidade cultural*:

Multiculturalismo, interculturalismo e educação (pp. 10-36). Porto, Portugal: Areal Editores.

Plowden, K. O., John, W., Vasquez, E., Kimani, J.(2006). Reaching African American Men: a Qualitative Analysis. *Journal of Community Nursing*, 23(3), 147-158.

Poirier, J., Clapier-Valladon, S. & Raybaut, P.(1999). *Histórias de Vida. Teoria e Prática* (J. Quintela, Trad.) (2ªed.). Oeiras, Portugal: Celta. (Obra original publicada em 1983).

Preciado, M.M. (2005). La relación com el paciente inmigrante: Perspectivas investigadoras. *Index de Enfermeria*, 50, 25-29.

Projet Cresi: European reference guide for competencies in nursing (2008). *Pilot Project Leonardo da Vinci*. 2006-2008. B/06/B/F/PP-144.008. Recuperado de http://www.cadredesante.com/spip/IMG/pdf/0_CRESE_Farde.pdf

Purnell, L. (2002). The Purnell model of cultural competence. *Journal of transcultural nursing*, 13(3), 193-196.

Purnell, L. (2011). Models and theories focused on culture. In Butts, J.B. & Rick, K.L. *Philosophies and theories for advanced nursing practice* (pp. 225-568), Hattiesburg, USA: Jones & Bartlett Learning.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais*, (J.M. Marques e M.A. Mendes, Trads.) (5ª ed). Lisboa, Portugal: Gradiva. (Obra original publicada em 1992).

Ramalho, A. (2005). *Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem meta-análise: estrutura, funções e utilização na investigação em enfermagem*. Coimbra, Portugal: Formasau.

Ramos, N. (2008). Interculturalidade e comunicação nos cuidados de saúde. In Ramos, N. (Ed.). *Saúde, migração e interculturalidade: Perspetivas teóricas e práticas* (pp. 97-132). João Pessoa, Brasil: Editora Universitária da UFPB.

Ray, M.A., Morris, E. & McFarland, M. (2013). Ethnonursing method of Dr. Madeleine Leininger. In Beck, C.T. (Ed.), *Routledge international handbook of qualitative nursing research* (pp. 213-229). New York, USA: Routledge.

Rechel, B., Mladovsky, P., Devillé, W., Rijks, B., Petrova-Benedict, R. & McKee, M. (2011). The future of migrant health in europe. In Rechel, B., Mladovsky, P, M., Devillé, W., Rijks, B., Petrova-Benedict, R. & McKee, M. (Eds). *Migration and health in the European Union* (pp. 245-250). Berkshire, USA: McGraw Hill.

Reis, A. & Costa, M.A.M. (2012). Cuidar imigrantes: que desafios na prática clínica de enfermagem? In Lobo, A. et al. (Eds.). *Contextos de Investigação em Saúde* (pp. 139-149). Chaves, Portugal. Disponível em www.eschaves.pt/documentos/Contexto_livro.pdf

Reis, A. & Costa, M.A.M. (2013). Cuidados de saúde a imigrantes: Para uma cultura de segurança e confiabilidade. *Revista de Segurança Comportamental*, GA, Lda. Lisboa, Portugal, 7, 18-20.

Resolução do Conselho de Ministros nº63-A/2007 de 3 de maio. Diário da República nº 85 – I Série. Plano para a integração dos imigrantes. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa, Portugal.

Resolução do Conselho de Ministros nº 74/2010 de 17 de setembro. Diário da República nº182 – I Série. II Plano para a Integração de Imigrantes. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa, Portugal.

Rifà Ros, R., Tutusaus, C., Adrados, C., Pallarés Marti, A., Pérez Pérez, I., & Vila Gimeno, C. (2006). Proyecto de mejora de la atención a la población inmigrante en la atención primaria de salud en Catalunya. *Cultura de los Cuidados*, 10 (20), 92-98.

Rodrigues, R. & Dias, S. (2012). Encontro com a Diferença: a perspetiva dos profissionais de saúde no contexto da prestação de cuidados aos imigrantes. *Forum Sociológico*, 22 (1), 63-72.

Sá-Chaves, I. (2000). Formação, competências e conhecimento profissional. In Costa, M.A.M.; Mestrinho, M.G. & Sampaio, M.J. (Eds.), *Ensino de enfermagem: Processos e percursos de formação – balanço de um projeto* (pp. 39-48). Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde.

Santinho, C. (2012). A importância da competência Cultural no atendimento de saúde a Refugiados e Requerentes de Asilo. *Forum Sociológico*, 22 (1), 73-81.

Serviço de Estrangeiros e Fronteiras – SEF (2012). *Relatório de imigração, fronteiras e asilo-2011. Departamento de Planeamento e Formação - Núcleo de Planeamento: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras*. Lisboa, Portugal: SEF.

Serviço de Estrangeiros e Fronteiras – SEF (2013). *Relatório de imigração, fronteiras e asilo – 2012. Departamento de Planeamento e Formação – Núcleo de Planeamento: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras*. Lisboa, Portugal: SEF.

Silva, A.C. & Martingo, C. (2007). Unidades de saúde amigas dos migrantes – uma resposta ao desafio da multiculturalidade em Portugal. *Revista Migrações*, 1, 155-159.

Silveira, R.S., Martins, C. R., Lunardi, V.L. & Filho, W.D.L. (2009). Etnoenfermagem como metodologia de pesquisa para a congruência do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (3), 442-446.

Skott, C. & Lundgren, S.M. (2009). Complexity and Contradiction: Home Care in a Multicultural Area. *Nursing Inquiry*, 16 (3), 223-231.

Soares, M.L.C. (2004). *O que é o Conhecimento? Introdução à Epistemologia*. Porto, Portugal: Campo das Letras.

Sousa, J.E.X.F. (2006). *Os Imigrantes Ucrânicos em Portugal e os Cuidados de Saúde*. Lisboa, Portugal: ACIDI.

Spradley, J.P.(1980). *Participant observation*. Orlando, USA: Library of Congress Cataloging in Publication Data.

Strauss, A. & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*, (L.O. Rocha, Trad.) (2ª ed.).S. Paulo, Brasil: Artmed. (Obra original publicada em 1998).

Streubert, H.J. & Carpenter, D.R. (2013). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista*, (A.P.S.S. Espada, Trad.) (5ª ed). Loures, Portugal: Lusociência. (Obra original publicada em 1999).

Tong, A., Sainsbury, P. & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32- item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*, 19 (6), 349-357.

Toofany, S. (2007). Minority ethnic groups' experiences and expectations of nursing in primary care. *Primary Health Care*, 17 (2), 39-42.

Tortumluoglu, G. (2006). The implications of transcultural nursing models in the provision of culturally competent care. *Int Nurs Web J*, 25, 1-11.

Tuohy, D. McCarthy, J., Cassidy, I. & Graham, M.M. (2008). Educational needs of nurses when nursing people of a different culture in Ireland. *International Nursing Review*, 55 (1), 164-170.

Vega, A. (2010). *Soignants/soignés: pour une approche anthropologique des soins infirmiers*. Bruxelles, Belgique: de boeck.

Wikberg, A. & Eriksson, K. (2008). Intercultural caring – an abductive model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, 486-496. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00555.x

World Health Organization. (2010a). Health of migrants – the way forward: report of a global consultation (2010). Madrid, Espanha: WHO.

World Health Organization. (2010b). How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity. Briefing on policy issues produced through the WHO/European commission equity project (2010b). Copenhagen, Denmark: WHO.

Zoucha, R. & Broome, B. (2008). The significance of culture in nursing: examples from the Mexican-American culture and knowing the unknown. *Urologic Nursing*, 28 (2), 140-142.

Zoucha, R., Mayle, K. & Colliza, D. (2011). The bridging of transcultural response in health care and service learning courses in a community based baccalaureate nursing curriculum: a natural connection. *Online journal of cultural competence in nursing and healthcare*, 1 (4), 1-10.

ANEXOS

ANEXO I

Plano de Entrevista Exploratória a Mediadora Cultural

PLANO DE ENTREVISTA SEMIDIRETIVA
HOSPITAL REGIÃO DE LISBOA (17/10/2010)
MEDIADORA CULTURAL

Nota prévia

- Acesso ao terreno: através de estudante do 2º ciclo de estudos
- Acordo telefónico prévio, para agendamento de entrevista
- Informações telefónicas: fala em Projeto Piloto neste hospital; os mediadores culturais são vários e de várias áreas profissionais (há até um que é economista); intervêm na área social; percebe que na Saúde há muito trabalho a desenvolver; faz “acompanhamento” de pessoas/famílias?; refere que tem todo o interesse em divulgar o Projeto Piloto por todo o país; negociámos a concretização desta divulgação, a partir do momento do registo definitivo do nosso Projeto de Doutoramento, no ICBAS – UP.
- Pedir autorização para **registo magnético da entrevista**

Objetivos

Caraterizar conceito, dimensões e potencialidades da Mediação Cultural no contexto do hospital e noutros

Identificar organizações envolvidas, objectivos e estratégias no âmbito do Projeto Piloto

Identificar momentos, sujeitos envolvidos e receptividade/dificuldades dessa mediação

Observações:

Hora de início:

Hora de termino:

Objectivos

- Caraterizar conceito, dimensões e potencialidades da Mediação Cultural no contexto de cuidados de saúde
- Identificar organizações envolvidas, objectivos e estratégias no âmbito do Projeto Piloto

-Identificar momentos, sujeitos envolvidos e recetividade/dificuldades dessa mediação	
QUESTÕES	INDICADORES
1) Gostaria de a ouvir relativamente às condições que levaram à criação deste Projeto	1.1) Organização responsável 1.2) Conceito 1.3) Dimensões que têm em conta 1.4) Percurso até aqui 1.5) Tempo de implementação
2) Sendo um Projeto Piloto, onde considera que já chegaram e onde pretendem chegar?	2.1) Balanço da situação 2.2) Mediadores envolvidos/áreas de formação 2.3) Tempo diário dispendido 2.4) Organização do trabalho 2.5) Génese da designação (Med. Cultural)
3) Porque surge neste hospital?	3.1) População/ tipo de imigrantes 3.2) Outras razões 3.3) Implantação noutras Unidades (hospitais e CSP)
4) Existe articulação com outras organizações da comunidade?	4.1) Organizações de saúde 4.2) Outras
5) Como é feita a articulação com os técnicos de saúde?	5.1) Situações de acompanhamento 5.2) Tipo de acompanhamento 5.3) Expectativas iniciais dos técnicos e decurso do internamento

ANEXO II

Plano de Entrevista a Enfermeiros

PLANO DE ENTREVISTA A ENFERMEIROS

(OUTUBRO/2011)

Objectivo geral: Contribuir para a clarificação dos sentidos atribuídos pelos enfermeiros à sua prática clínica com pessoas imigrantes

Blocos temáticos	Objetivos específicos	Para formulário de questões
➤ Imigrantes no contexto da sua vida profissional	Caracterizar a perspectiva do enfermeiro em situações multiculturais de cuidados	Situações mais frequentes; Que desafios se lhe colocam; Como se vê nestas situações;
➤ Dificuldades e mais valias nas situações de cuidados	Identificar dimensões valorizadas no processo de cuidados	Estratégias pessoais; Que recursos; Que estruturas de suporte; O que faz falta; Segurança dos cuidados
➤ Referência dos imigrantes para continuidade de cuidados na comunidade	Relacionar as dimensões identificadas e a valorização relativa por enfermeiros e outros	Entre enfermeiros da mesma equipa; Inter-instituições; Interface com outros técnicos (mediadores culturais; técnicos sociais, médicos, outros); Estabelecimento de prioridades
➤ Os enfermeiros na perspectiva dos imigrantes	Caraterizar o enfermeiro culturalmente competente	Que expetativas mútuas no processo de cuidados; Encontros e desencontros no processo de cuidados; Autonomia nas tomadas de decisão; Consciência dos processos de saúde
➤ Experiências significativas no contexto de vida do enfermeiro	Identificar o posicionamento face ao seu próprio desempenho e ao idealizado nesta área de cuidados	Relato de experiências relevantes na sua prática clínica; Motivação/desmotivação para cuidar imigrantes; Relevância no seu desenvolvimento profissional

ANEXO III

Plano de Entrevista a Imigrantes

PLANO DE ENTREVISTA A IMIGRANTES**(AGOSTO/2012)**

Objectivo geral: Contribuir para a clarificação dos sentidos atribuídos pelos imigrantes aos cuidados prestados por enfermeiros

Blocos temáticos	Objetivos específicos	Para formulário de questões
➤ Imigrantes no contexto dos cuidados de saúde em Portugal	Caracterizar a perspectiva do imigrante em situações de cuidados de saúde e de enfermagem, em particular	Importância do papel dos enfermeiros na unidade; Situações mais frequentes; Como se vê nestas situações; Que expectativas coloca;
➤ Dificuldades e mais valias nas situações de cuidados	Identificar dimensões valorizadas no processo de cuidados	Estratégias pessoais; Que recursos e estruturas identifica; O que faria falta;
➤ Referência dos imigrantes para continuidade de cuidados na comunidade	Relacionar as dimensões identificadas e a valorização relativa da figura dos enfermeiros na continuidade dos cuidados entre instituições	Importância do papel dos enfermeiros na articulação inter-instituições; Interface com outros técnicos (mediadores culturais; técnicos sociais, médicos, outros);
➤ Os enfermeiros na perspectiva dos imigrantes	Caraterizar o enfermeiro culturalmente competente	Que expetativas no processo de cuidados; Encontros e desencontros no processo de cuidados; Autonomia nas tomadas de decisão;
➤ Experiências de saúde, significativas na vida do imigrante	Identificar os cuidados idealizados em situações de saúde/doença	Relato de experiências de saúde/doença relevantes; Relevância na sua integração em Portugal

ANEXO IV

Plano de Entrevista a Médico

PLANO DE ENTREVISTA A MÉDICO**(Agosto /2012)**

Objectivo geral: Contribuir para a clarificação dos sentidos atribuídos pelos médicos à sua prática clínica na equipa multiprofissional, com pessoas imigrantes

Blocos temáticos	Objetivos específicos	Para formulário de questões
➤ Imigrantes no contexto da sua vida profissional	Caracterizar a perspectiva do médico em situações multiculturais de cuidados	Situações mais frequentes; Que desafios se lhe colocam; Como se vê nestas situações;
➤ Dificuldades e mais valias nas situações de cuidados a imigrantes	Identificar dimensões valorizadas no processo de cuidados	Estratégias pessoais; Valorização da equipa multiprofissional; Que estruturas de suporte; O que faz falta; Segurança dos cuidados
➤ Referência dos imigrantes para continuidade de cuidados na comunidade	Relacionar as dimensões identificadas e a valorização relativa por outros médicos, enfermeiros ou outros técnicos	Entre elementos da mesma equipa (médico/enfermeiro); Interface com outras instituições; Estabelecimento de prioridades
➤ Os médicos na perspectiva dos imigrantes	Caraterizar o médico culturalmente competente	Que expetativas mútuas na prática clínica; Encontros e desencontros na prática clínica; Princípios nas tomadas de decisão;
➤ Experiências significativas no contexto de vida do médico	Identificar o posicionamento face ao seu próprio desempenho e ao idealizado nesta área de cuidados	Relato de experiências relevantes na sua prática clínica; Motivação/desmotivação para cuidar imigrantes; Relevância no seu desenvolvimento profissional

ANEXO V
Termos de Consentimento Informado

I DOUTORAMENTO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

ICBAS - UNIVERSIDADE DO PORTO

REALIZAÇÃO DE UM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

**NOTA EXPLICATIVA PRÉVIA À OBTENÇÃO DO CONSENTIMENTO INFORMADO
(IMIGRANTES)**

ASSINALE, POR FAVOR SE NECESSITA DE TRADUÇÃO DO DOCUMENTO:

Sim ____ Não ____

Estou a fazer um estudo de investigação, para caracterizar os cuidados de enfermagem que os enfermeiros do ACES Ribatejo prestam a pessoas imigrantes, nas Unidades de Saúde Familiar, ou nas casas das pessoas, durante a visita domiciliária.

Para isso, como investigadora, e também enfermeira, permanecerei por alguns períodos a observar a prestação de cuidados.

Se em qualquer momento manifestar o desejo de interromper a situação de observação isso será imediatamente respeitado.

No final, poderá ter interesse para o estudo fazer-lhe uma pequena entrevista, sem que o seu nome ou dados pessoais sejam identificados.

Comprometo-me a manter integralmente o sigilo e o anonimato de todas as pessoas envolvidas nas situações de observação.

De acordo com o compromisso que assumo, da minha presença não poderá resultar qualquer dano para si ou para a sua família.

Noutros momentos do estudo, desenvolverei entrevistas a enfermeiros e a imigrantes, bem como momentos de discussão alargada em grupos, com outros imigrantes, onde poderá participar livremente, sobre os cuidados de enfermagem que lhe são prestados.

Solicito assim que, após se considerar devidamente informado, preencha este documento dando o seu consentimento, nos seguintes termos que se seguem .

Santarém, ____/____/____

Alcinda Maria Sarmento do Sacramento Costa dos Reis

1) TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO – Imigrantes

(MOMENTOS DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE)

Eu, abaixo assinado, declaro que aceito a presença da investigadora Alcinda Maria Sarmiento do Sacramento Costa dos Reis, enquanto estiver a receber cuidados de enfermagem.

Nome: _____

Santarém, ____/____/____

2) TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO – Imigrantes

(CONCESSÃO DE ENTREVISTA)

Concedo à investigadora uma entrevista, para clarificação dos dados observados se para isso for solicitado e de acordo com a utilidade para o estudo, no qual participo livremente.

Nome: _____

Santarém, ____/____/____

3) TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO – Imigrantes

(GRUPO DE DISCUSSÃO)

Aceito de igual modo a sua presença durante a discussão em grupo sobre os cuidados que me são prestados.

Nome: _____

Santarém, ____/____/____

I DOUTORAMENTO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

ICBAS - UNIVERSIDADE DO PORTO

REALIZAÇÃO DE UM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

**NOTA EXPLICATIVA PRÉVIA À OBTENÇÃO DO CONSENTIMENTO INFORMADO
(Mediadora Cultural/ Enfermeiros /Médico)**

O estudo em desenvolvimento destina-se a caracterizar a prática de cuidados de enfermagem que os enfermeiros do ACES Ribatejo desenvolvem com pessoas imigrantes, quer no espaço físico das Unidades de Saúde Familiar, quer no espaço dos domicílios dos utentes, durante a visita domiciliária.

Em relação aos enfermeiros, a investigadora, que também é enfermeira, permanecerá por alguns períodos a observar a prestação de cuidados, não interferindo diretamente nos mesmos; se os enfermeiros manifestarem o desejo de interromper a situação de observação isso será imediatamente respeitado.

Poderá ter também interesse para o estudo fazer uma pequena entrevista aos enfermeiros observados, sendo o sigilo e o anonimato dos mesmos integralmente respeitados; de acordo com o compromisso assumido, da presença da investigadora não resultará qualquer dano para as pessoas observadas.

Noutros momentos do estudo, desenvolver-se-ão entrevistas a enfermeiros, a imigrantes e a outros técnicos bem como momentos de discussão alargada em grupos de discussão, sobre a temática apresentada.

Solicita-se que, após se considerar devidamente informado, preencha este documento dando o seu consentimento, nos termos que se seguem.

Santarém, ____/____/____

Alcinda Maria Sarmento do Sacramento Costa dos Reis

1) TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO – Enfermeiros

(MOMENTOS DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE)

Eu, abaixo assinado, declaro que aceito a presença da investigadora Alcinda Maria Sarmento do Sacramento Costa dos Reis, enquanto estiver a prestar cuidados de enfermagem aos utentes imigrantes.

Nome: _____

Santarém, ____/____/____

2) TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Mediadora Cultural/ Enfermeiros /Médico

(CONCESSÃO DE ENTREVISTA)

Concedo à investigadora uma entrevista, para clarificação dos dados observados, se para isso for solicitado e de acordo com a utilidade para o estudo, no qual participo livremente.

Nome: _____

Santarém, ____/____/____

3) TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO – Enfermeiros

(GRUPO DE DISCUSSÃO)

Aceito de igual modo a sua presença durante a discussão em grupo, com outros enfermeiros, sobre os cuidados prestados.

Nome: _____

Santarém, ____/____/____

ANEXO VI

Autorização da Direção Executiva do Agrupamento de Centros de Saúde

ARSLVT
Administração Regional de Saúde
de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.



ACES RIBATEJO

100929 004916

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Exma Senhora

Enfª Alcinda Maria Sarmento do Sacramento

Costa dos Reis

Rua Rádio Ribatejo, nº 1 – 5º dtº

2000-217 Santarém

Nossa Referência

Director Executivo

Data

Assunto: Pedido de autorização para efectuar colheita de dados no ACES Ribatejo para desenvolvimento de tese de doutouramento

Em resposta ao requerimento de V. Exa. sobre o assunto em epígrafe, informo que anuímos ao seu pedido.

Com os melhores cumprimentos,

Carlos M. M. Ferreira
Director Executivo

ANEXO VII

Parecer da Comissão de Ética da Universidade do Porto



COMISSÃO DE ÉTICA

PARECER N.º
10/CEUP/2011

**PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE DO PORTO SOBRE O
PROJECTO INTITULADO:**

**Da Multiculturalidade em Cuidados à Produção de Competências nos
Enfermeiros**

SUBMETIDO POR ALCINDA MARIA SARMENTO DO SACRAMENTO COSTA

DOS REIS Data de entrada do pedido: 2011.04.10

Locais onde

decorrerá o estudo:

ICBAS – UP

Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) (UCC Cartaxo, UCC Santarém e USF Salinas (Rio
Maior), do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Santarém

Relator: Prof. Doutor
António Carneiro

Julho de 2011

COMISSÃO DE ÉTICA

Objecto do estudo: As práticas da Enfermagem em Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e Unidade de Saúde Familiar (USF), do Agrupamentos de Centros De Saúde (**ACES**), de Santarém, quando confrontados com imigrantes em diferentes fases de integração na sociedade portuguesa.

Objectivo do estudo: A requerente definiu como finalidade para o estudo: **...+ Contribuir para o desenvolvimento de um cuidar em Enfermagem, culturalmente consistente *...+*

Enquadrament o do estudo:

A investigadora é enfermeira e professora na Escola Superior de Saúde de Santarém, a fazer o curso de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto. Estudo incluído na Proposta de Tese, integrada no 3º Ciclo – Doutoramento em Ciências de Enfermagem do ICBAS, UP.

A supervisora é Professora Coordenadora com Agregação, aposentada do ICBAS, que no seu comentário de aceitação da condição de supervisora do estudo esclarece: **...+ considero que o projecto e o trabalho já desenvolvido reúnem as condições em termos teóricos e metodológicos para a sua discussão em fase de período probatório, aguardando-se os subsídios que o júri dará para o prosseguimento do mesmo. Considero estarem reunidas as condições para que a doutoranda prossiga a actividade de investigação e aceito continuar a orientar esta doutoranda *...+.*

Concepção e pertinência do estudo: Partindo da percepção de que em Portugal há um número progressivamente maior de imigrantes, muitos dos quais são acompanhados em Unidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS), a autora reconhece que **...+ os contextos de cuidados são hoje caracterizados por diversidades étnicas e culturais e sendo que os cuidados de enfermagem são frequentemente desenvolvidos com imigrantes de diferentes origens, vivenciando as inerentes fases de transição *...+ colocam-se aos enfermeiros várias dificuldades nesse processo: umas decorrentes de especificidades culturais que lhes são desconhecidas outras relacionadas com a barreira linguística, entre outras, ocorrendo situações de choques culturais *...+* Mais reconhece que **...+ na prática clínica de enfermagem, nem sempre se manifesta a consciência, o desejo e a sensibilidade culturais com sujeitos culturalmente diversos *...+ ressaltando a necessidade de trabalhar modelos de desenvolvimento de competências culturais *...+ com os enfermeiros em contextos de trabalho e/ou de formação *...+.* A investigadora reconhece ainda que em Portugal há **...+ insuficiência de estudos na área *...+ pelo que lhe interessa *...+ explorar as dimensões que*

*dificultam a coerência no processo de cuidados (entre enfermeiros e sujeitos de cuidados), para consciencialização e teorização sobre este fenómeno, de acordo com a especificidade cultural dos enfermeiros portugueses *...+*

O estudo é pertinente e os objectivos delineados correspondem a necessidades percebidas, necessárias e eticamente justificadas.

Metodologia: A investigadora, em resposta aos pedidos de esclarecimento da CEUP, revê ponto por ponto as considerações e pedidos de esclarecimento formulados no parecer provisório, sendo então aparente o peso que conferiu a cada um dos pontos salientados pela CEUP, clarificando as competências e aptidões que adquiriu e que lhe proporcionam condições para a realização do presente estudo.

Acresce que a orientadora certifica as competências que qualificam a investigadora para as intervenções que se propõe fazer.

Confidencialidade: A investigadora demonstra estar preocupada com a confidencialidade e possível utilização indevida das informações obtidas durante a investigação, quando refere que **...+ Ciente da delicadeza das situações de cuidados em causa, comprometemo-nos como aliás se nos impõe como investigadora e enfermeira, a respeitar plenamente o sigilo e a privacidade das situações observadas, bem como o anonimato dos diferentes intervenientes no processo de cuidados (enfermeiros e utentes/famílias). *...+.*

Na explicitação adicional assegura que a confidencialidade será respeitada e os dados codificados.

Benefício risco: A investigadora não discute esta questão mas assegura ter a convicção de que os benefícios se revelarão na melhoria dos cuidados com os imigrantes e na qualificação profissional e pessoal dos enfermeiros envolvidos no estudo, assegurando em contrapartida estar ciente da necessidade de proteger os imigrantes em condição vulnerável, limitando as intervenções àqueles que se disponibilizem a fazê-lo.

Respeito pela liberdade e autonomia dos sujeitos objecto do estudo: A investigadora reviu e reformulou os formulários de consentimento tornando-os apropriados para imigrantes e para enfermeiros. A investigadora esclarece que a metodologia do estudo inclui a noção de que “ ... qualquer manifestação de indecisão, não adesão ou desejo de interrupção dos momentos de desenvolvimento das técnicas de investigação referidas, será imediatamente respeitada...”.

Indemnização por danos: Não está descrita, nem mencionada, explicitando a investigadora que as intervenções serão interrompidas logo que seja reconhecida manifestação de “ ... não adesão ou desejo de interrupção dos momentos de desenvolvimento das técnicas de investigação referidas, será imediatamente respeitada...”.

Continuação do tratamento: Não está antecipada, nem analisada.

Propriedade dos dados: A investigadora explicita que serão anonimizados e disponibilizados às entidades com responsabilidade na área do estudo (... Escola Superior de Saúde de Santarém (onde trabalhamos) e o Agrupamento de Centros de Saúde Ribatejo ...), com a intenção de melhorar procedimentos e formação dos profissionais.

Curriculum da investigadora: Sendo Enfermeira e Professora de Escola de Enfermagem tem requisitos formais para conduzir o presente estudo. A investigadora e sua orientadora asseguram a existência de qualificações para a realização das várias técnicas descritas no estudo.

Data previsível da conclusão do estudo: 2013.

Conclusão: A CEUP considera que o projecto de investigação aqui proposto tem justificação ética para a sua realização, busca novidade numa área sensível da assistência social e da saúde. A CEUP entende que as considerações e esclarecimentos da investigadora em resposta às solicitações da CEUP, justificam a o parecer favorável deste comissão no que se refere às condições éticas para a realização do estudo pretendido.

Universidade do Porto, 13 de
Julho de 2011

O Relator



Prof. Dr. António H. Carneiro

O Presidente



Prof. Doutor
Jorge Sequeiros