

Competência (trans)Cultural no cuidar um estudo exploratório em enfermeiros de uma ULS da Região Centro Oeste de Portugal

Paulo João Matos dos Santos

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Gestão de Unidades de Saúde
(2^o ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor Vítor Manuel Pinto de Figueiredo
Co-orientador: Prof. Doutora Maria Assunção Almeida Nogueira

outubro de 2025

Folha em branco

Declaração de Integridade

Eu, Paulo João Matos dos Santos que abaixo assino, estudante com o número de inscrição M13488 do Curso de Gestão de Unidades de Saúde da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 13/10/2025

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Vítor Manuel Pinto de Figueiredo, pela clareza com que guiou, pela paciência com que esperou e pela confiança que depositou.

À Professora Doutora Maria Assunção Almeida Nogueira, cuja presença foi porto seguro e horizonte de sentido.

Aos colegas enfermeiros, cuja partilha e disponibilidade foram pilares essenciais neste percurso académico.

À minha família, vida dentro da minha vida, razão dos meus sonhos e das minhas escolhas.

Folha em branco

Resumo

Os movimentos migratórios que caracterizam a realidade portuguesa contemporânea colocam novos desafios aos serviços de saúde, tornando indispensável a capacitação dos profissionais com competências culturais que assegurem cuidados de qualidade, inclusivos e sensíveis à diversidade.

Objetivo: Neste trabalho, propusemo-nos analisar a competência cultural dos enfermeiros de uma Unidade Local de Saúde de um hospital da região Centro-Oeste de Portugal, a partir da apreciação das suas perceções, práticas e necessidades no contexto da diversidade cultural dos utentes.

Método: Desenvolvemos um estudo exploratório, descritivo e de natureza qualitativa, envolvendo dez enfermeiros selecionados intencionalmente e a exercer funções em diferentes contextos do referido hospital. A recolha de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas, analisadas segundo a técnica de análise temática proposta por Braun e Clarke (2006). Foram integralmente salvaguardados os princípios éticos inerentes a este tipo de investigação.

Resultados: Evidenciam que os enfermeiros reconhecem a relevância da competência cultural, embora identifiquem barreiras e dificuldades na prestação de cuidados a indivíduos migrantes. Verificou-se que, para enfrentar tais desafios, recorrem a estratégias adaptativas, ainda que limitadas pelo reduzido apoio institucional disponível. Este fenómeno revela repercussões significativas, tanto na vida profissional como na esfera pessoal dos participantes. Sugerem medidas para minorar este problema.

Conclusões: O estudo demonstra, assim, que os enfermeiros procuram mitigar as dificuldades associadas ao cuidado em contextos multiculturais, ainda que de forma essencialmente individual e improvisada. Torna-se evidente a necessidade de refletir de forma sistemática sobre este fenómeno, bem como de desenvolver políticas organizacionais que promovam a valorização da diversidade cultural, realidade crescente e incontornável nos serviços de saúde portugueses.

Palavras-chave

Competência cultural; enfermagem; profissionais de saúde; migrantes

Folha em branco

Abstract

The migratory movements that characterize contemporary Portuguese reality pose new challenges to health services, making it essential to equip professionals with cultural competence to ensure high-quality, inclusive, and diversity-sensitive care.

Objective: This study aimed to analyze the cultural competence of nurses working in a Local Health Unit of a hospital located in the Central-West region of Portugal, based on an assessment of their perceptions, practices, and needs in the context of user cultural diversity.

Method: We conducted an exploratory, descriptive, qualitative study involving ten purposefully selected nurses working in different settings within the hospital. Data collection was carried out through semi-structured interviews, analyzed according to the thematic analysis framework proposed by Braun and Clarke (2006). All ethical principles inherent to this type of research were fully safeguarded.

Results: Findings show that nurses recognize the relevance of cultural competence, although they identify barriers and difficulties in providing care to migrant patients. To address such challenges, they resort to adaptive strategies, although these remain limited by the reduced institutional support available. This phenomenon has significant repercussions both in the professional and personal spheres of participants, who also suggest measures to mitigate these difficulties.

Conclusions: The study highlights that nurses attempt to mitigate the challenges of providing care in multicultural contexts, albeit mainly in an individual and improvised manner. It also underscores the urgent need for systematic reflection on this phenomenon, as well as for the development of organizational policies that promote the appreciation of cultural diversity—an increasingly present and unavoidable reality in Portuguese health services.

Keywords

Cultural competence; nursing; health professionals; migrants

Folha em branco

Índice

Capítulo 1 - Introdução.....	1
Capítulo 2 - Da Conceptualização de cultura às práticas de saúde culturalmente competentes.....	4
2.1 Teorias Gerais da Competência Cultural no Setor da Saúde.....	5
2.1.1 O Modelo de Campinha-Bacote.....	5
2.1.2 O Modelo de Papadopoulos e Lees	6
2.1.3 A Perspetiva de Betancourt.....	6
2.1.4 Síntese das Teorias Gerais	6
2.2. Modelos Transculturais Aplicados à Enfermagem.....	7
2.2.1 A Teoria de Leininger.....	7
2.2.2 O Modelo de Purnell.....	8
2.2.3 O Modelo de Giger & Davidhizar.....	8
2.2.4 Outras Contribuições Teóricas em Enfermagem	8
2.3. Aplicações práticas dos modelos teóricos em Enfermagem	9
2.4. Aplicações práticas em vários países	10
Capítulo 3 - Metodologia do estudo	13
3.1 Participantes e colheita de dados	13
3.2. Análise dos dados.....	15
Capítulo 4 - Competência (Trans)Cultural: Resultados e Análise Crítica	18
4.1 Caracterização socio profissional	18
4.2 Competências culturais dos Enfermeiros no cuidar	20
4.2.1. Conceito e Perceção de Competência Cultural	21
4.2.2. Barreiras e dificuldades no cuidar.....	23
4.2.3. Estratégias e Práticas de Adaptação dos enfermeiros.....	25
4.2.4. Apoio organizacional e formação	27
4.2.5 Propostas de Melhoria – Estratégias Sugeridas pelos Enfermeiros	29
4.2.6 Impacto na Vida Profissional e Pessoal.....	32
Capítulo 5 - Reflexões finais e Conclusão.....	35
Referências Bibliográficas.....	37
Anexos	42
Anexo 1 - Autorização da Comissão de Ética	43
Anexo 2 - Guião da Entrevista Semi-estruturada	45
Anexo 3 - Consentimento Informado.....	49
Anexo 4. - Exemplo de resposta à entrevista Semi- estruturada	51

Folha em branco

Lista de Figuras

Figura 1 – Conceito e Perceção de competência cultural	21
Figura 2 - Barreiras e dificuldades no cuidar	23
Figura 3 - Estratégias e prática de adaptação.....	25
Figura 4 - Apoio organizacional e formação.....	27
Figura 5 - Propostas de melhoria	29
Figura 6 - Impacto na vida profissional e pessoal.....	32

Folha em branco

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos Enfermeiros Informantes.....	19
---	----

Folha em branco

Lista de Acrónimos

ACM	Alto Comissariado para as Migrações
AIMA	Agência para a Integração, Migrações e Asilo
APA	American Psychological Association
DGS	Direção Geral da Saúde
E	Entrevistado (seguido do número da entrevista)
INE	Instituto Nacional de Estatística
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial da Saúde
SEF	Serviço de Estrangeiros e Fronteiras
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UBI	Universidade da Beira Interior
ULS	Unidade Local de Saúde
UE	União Europeia
WHO	World Health Organization (Organização Mundial da Saúde, em inglês)

Folha em branco

Capítulo 1 - Introdução

A presente dissertação, intitulada “**Competência (trans)cultural no cuidar: um estudo exploratório em enfermeiros de uma ULS da região Centro Oeste de Portugal**” foi desenvolvida no âmbito do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Universidade da Beira Interior (UBI), constituindo o trabalho final exigido para a conclusão do ciclo de estudos. Entendemos que a escolha do tema se insere numa problemática atual e emergente no setor da saúde: a necessidade de reconhecer e integrar a diversidade cultural como componente essencial da qualidade dos cuidados de enfermagem e ser um desígnio estratégico fulcral por parte dos gestores.

Nas últimas décadas, o fenómeno migratório tem-se intensificado à escala global, consequência da globalização, de crises políticas, económicas e ambientais, bem como da procura de melhores condições de vida. Este movimento humano, amplamente estudado por Castles, de Haas e Miller (2020), transforma de modo profundo as sociedades contemporâneas, repercutindo-se nos sistemas de saúde, de educação, de habitação e no mercado de trabalho. Portugal, tradicionalmente associado à emigração, tem vindo a assumir-se como país de destino para diferentes fluxos migratórios, oriundos da Europa, África, Ásia e América Latina (Oliveira, 2021), em que nos desafiam constantemente em vários setores, nomeadamente no da saúde.

Segundo dados recentes do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF, 2021), a população migrante em Portugal representa já uma percentagem significativa da população total, com particular incidência em algumas regiões. Nos distritos do interior de Portugal, a presença de migrantes tem vindo a aumentar de forma consistente, representando aproximadamente 4% da população local. Embora este número seja inferior ao registado em áreas metropolitanas, a sua relevância é acrescida pela concentração de recursos humanos e materiais mais limitados em regiões do interior. Este contexto evidencia a necessidade de refletir sobre a capacidade das Unidades Locais de Saúde (ULS) em responder de forma equitativa e eficaz a uma população cada vez mais diversa.

A diversidade cultural nos serviços de saúde não é apenas um dado estatístico, mas um desafio estrutural. Implica reconhecer que os utentes transportam consigo práticas, valores, crenças e expectativas que podem influenciar a forma como percebem a saúde, a doença e os tratamentos. A ausência de estratégias adequadas pode originar barreiras de comunicação, incompreensões e até erros clínicos, afetando não apenas a

qualidade dos cuidados prestados, mas também a satisfação dos utentes e a adesão terapêutica (Kaihlanen, Hietapakka & Heponiemi, 2019).

Neste quadro, a enfermagem assume um papel central. Enquanto profissão que garante o contacto mais próximo e contínuo com os utentes, a enfermagem é determinante para operacionalizar a sensibilidade cultural no quotidiano das unidades de saúde. Tal como sublinha Campinha-Bacote (2018), a competência cultural em enfermagem resulta da combinação entre conhecimento, habilidades, atitudes e desejo cultural, sendo um processo dinâmico e contínuo. Sem esta competência, os profissionais correm o risco de prestar cuidados tecnicamente adequados, mas culturalmente incongruentes, o que pode gerar sentimentos de exclusão e desumanização por parte dos utentes. Os enfermeiros encontram-se na linha da frente do contacto com os clientes tornando-os atores principais no contacto com a população multicultural o que induz ao surgimento de dificuldades quotidianas que raramente são documentadas. Reconhecer dificuldades no cuidar estes indivíduos, oferece dados relevantes para orientar formações, criar protocolos e práticas mais inclusivas.

Do ponto de vista organizacional a competência cultural é recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018) e da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2020), que defendem a equidade cultural como condição para sistemas de saúde eficazes. Ao identificar lacunas e propor soluções, este estudo procura fornecer pistas para políticas públicas mais consistentes e para uma gestão hospitalar mais estratégica. A escolha do tema, deste trabalho, decorre, portanto, da convicção de que a competência cultural é simultaneamente um desafio clínico, ético e de gestão. Clínico, porque impacta diretamente a segurança e a qualidade dos cuidados; ético, porque se relaciona com o respeito pela dignidade e identidade de cada pessoa; e de gestão, porque requer políticas organizacionais claras, recursos adequados e estratégias de formação contínua. Este tema também foi escolhido porque embora existam estudos internacionais amplos sobre competência cultural, em Portugal a investigação é ainda incipiente, sobretudo em regiões de interioridade. Este trabalho surge com a premissa de tentar colmatar esta lacuna, ao focar-se num contexto de interior. Assim, traçamos como objetivo geral deste estudo:

- Analisar a **competência cultural dos enfermeiros da Unidade Local de Saúde de um hospital da região Centro Oeste de Portugal**, a partir da apreciação das suas perceções, práticas e necessidades no contexto da diversidade cultural dos utentes.

De forma mais específica, o estudo pretende:

1. Explorar as percepções dos enfermeiros acerca da importância da competência cultural no exercício da sua profissão;
2. Identificar dificuldades, barreiras e dilemas éticos vivenciados no contacto com utentes culturalmente diversos;
3. Analisar estratégias utilizadas para superar obstáculos comunicacionais e clínicos;
4. Avaliar o impacto da ausência de recursos institucionais no bem-estar dos profissionais e na qualidade dos cuidados.

A presente dissertação está estruturada em cinco capítulos, concebidos para desenvolver de forma progressiva e articulada a temática da competência (trans)cultural no contexto da prática de enfermagem. O **Capítulo 1 – Introdução** delimita o problema de investigação, apresenta os objetivos e fundamenta a relevância da temática à luz das transformações sociais e dos desafios enfrentados pelos serviços de saúde. O **Capítulo 2 – Da conceptualização de cultura às práticas de saúde culturalmente competentes** explora o referencial teórico, com destaque para os principais modelos de competência cultural e suas implicações na prática clínica e organizacional. No **Capítulo 3 – Metodologia do estudo**, descreve-se o percurso metodológico adotado, com ênfase na abordagem qualitativa, na seleção intencional dos participantes, na construção do guião de entrevista e na técnica de análise temática. O **Capítulo 4 – Competência (Trans)Cultural: Resultados e Análise Crítica** apresenta os dados empíricos recolhidos junto dos enfermeiros participantes, organizados em categorias analíticas que refletem percepções, práticas, barreiras, estratégias e impactos da competência cultural no cuidar. O **Capítulo 5 – Reflexões finais e Conclusão** retoma os principais achados do estudo, destaca as suas implicações para a formação, prática e gestão em saúde, e propõe recomendações para futuras investigações e intervenções institucionais.

Complementarmente, a dissertação inclui um conjunto de **anexos** que contribuem para a transparência e rigor metodológico do trabalho, nomeadamente: a autorização da Comissão de Ética, o guião da entrevista semiestruturada, o termo de consentimento informado e um exemplo de transcrição de entrevista. Estes documentos asseguram a conformidade ética e a reprodutibilidade da pesquisa realizada.

Capítulo 2 - Da Conceptualização de cultura às práticas de saúde culturalmente competentes

A globalização, ao intensificar fluxos migratórios e a mobilidade transnacional, tornou a diversidade cultural uma característica estrutural das sociedades contemporâneas. Este fenómeno não se restringe ao campo social ou económico, mas repercute-se de modo direto nos sistemas de saúde, desafiando-os a repensar os seus modelos de funcionamento e a forma de responder às necessidades de populações cada vez mais heterogéneas (Castles, de Haas & Miller, 2020).

A saúde continua a ser entendida como um direito universal, princípio basilar defendido pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018). No entanto, a concretização deste direito exige adaptação dos serviços às diferenças culturais, linguísticas e religiosas. A competência cultural surge, neste enquadramento, como elemento central para assegurar equidade e qualidade nos cuidados de saúde.

O conceito de competência cultural tem sido objeto de debate académico desde meados do século XX, consolidando-se como um campo interdisciplinar que integra contributos da antropologia, sociologia, enfermagem, medicina e gestão em saúde. Diferentes autores procuraram conceptualizá-lo, realçando dimensões específicas. Campinha-Bacote (2002) entende-o como um processo dinâmico, em permanente construção, que integra consciência, conhecimento, habilidades, encontros e desejo cultural. Já Papadopoulos e Lees (2002) defendem um percurso gradual que evolui da consciência até à competência plena, sublinhando a importância da reflexão crítica. Betancourt et al. (2016), por sua vez, aproximam o conceito da noção de qualidade assistencial, argumentando que a competência cultural não é um acréscimo opcional, mas parte integrante da prática clínica segura e eficaz.

Ao longo das últimas décadas, instituições internacionais têm sublinhado o papel da competência cultural como estratégia essencial para reduzir desigualdades em saúde. A OMS (2018) e a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2020) destacam que sistemas de saúde mais adaptados à diversidade cultural conseguem não só melhorar os indicadores de saúde, mas também aumentar a satisfação dos utentes e otimizar recursos.

2.1 Teorias Gerais da Competência Cultural no Setor da Saúde

A emergência da competência cultural como conceito estruturante na saúde deve ser compreendida à luz da evolução dos paradigmas sociais sobre diversidade. Três grandes modelos marcaram esta trajetória: a assimilação, o multiculturalismo e a interculturalidade.

O paradigma da **assimilação** baseava-se na ideia de que as minorias culturais deveriam adaptar-se integralmente à cultura dominante. Embora dominante em meados do século XX, este modelo revelou-se insuficiente para promover equidade, pois desvalorizava a identidade cultural dos grupos migrantes (Berry, 1997).

O **multiculturalismo**, adotado em países como o Canadá e o Reino Unido, reconhece a coexistência de múltiplas culturas no mesmo espaço social. No entanto, apesar de afirmar a diversidade, este modelo nem sempre promoveu interações reais entre comunidades, podendo levar à criação de “ilhas culturais” (Kymlicka, 2012).

Em contraste, a **interculturalidade** defende um modelo dinâmico de diálogo, cooperação e valorização da diversidade como recurso social (Zapata-Barrero, 2017). Esta abordagem é particularmente relevante para os serviços de saúde, pois propõe que a interação entre profissionais e utentes seja entendida como espaço de construção mútua, em que ambos participam ativamente no processo de cuidado.

No campo da saúde, diferentes teorias têm procurado operacionalizar a interculturalidade em práticas clínicas.

2.1.1 O Modelo de Campinha-Bacote

Campinha-Bacote (2002) é uma das autoras mais influentes na área, tendo desenvolvido o “**Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services**”. Este modelo defende que a competência cultural é um processo contínuo e não um estado final. É estruturado em cinco dimensões interdependentes:

1. **Consciência cultural** – reconhecimento das próprias crenças, preconceitos e limitações;
2. **Conhecimento cultural** – compreensão sobre práticas, valores e crenças de diferentes grupos;
3. **Habilidade cultural** – capacidade de recolher dados culturais relevantes e adaptá-los aos cuidados;

4. **Encontros culturais** – experiências diretas com indivíduos de diferentes culturas, fundamentais para o crescimento profissional;
5. **Desejo cultural** – motivação intrínseca do profissional para envolver-se no processo.

A grande força deste modelo é o seu caráter dinâmico, que reconhece a aprendizagem contínua como essencial. Nenhum profissional atinge a “plena competência cultural”, mas pode sempre avançar no processo.

2.1.2 O Modelo de Papadopoulos e Lees

Papadopoulos e Lees (2002) propõem uma abordagem em quatro fases: **consciência, conhecimento, sensibilidade e competência**. O modelo destaca o papel da sensibilidade cultural como etapa intermédia, indispensável antes de alcançar a competência plena. Esta perspetiva valoriza não só o desenvolvimento individual, mas também a reflexão crítica sobre preconceitos, estereótipos e práticas discriminatórias.

A aplicação deste modelo no contexto hospitalar tem sido reconhecida pela sua ênfase na formação contínua e pelo sublinhar da responsabilidade das instituições no apoio ao desenvolvimento profissional (Papadopoulos, 2006).

2.1.3 A Perspetiva de Betancourt

Betancourt *et al.* (2016) introduzem uma perspetiva que relaciona diretamente a competência cultural com a qualidade dos cuidados. Para estes autores, **não se trata apenas de formar profissionais individualmente, mas de transformar a estrutura organizacional dos serviços de saúde**. Protocolos, indicadores de desempenho e programas de formação devem refletir a diversidade cultural como componente essencial da qualidade assistencial.

Esta abordagem encontra paralelo nas recomendações da OMS (2018), que defende que a equidade em saúde depende da capacidade dos sistemas de integrar diferenças culturais, linguísticas e religiosas nos seus processos.

2.1.4 Síntese das Teorias Gerais

Apesar de divergirem nos seus enfoques, estas teorias partilham pontos comuns:

- a competência cultural é entendida como um processo contínuo;
- envolve simultaneamente dimensões individuais e organizacionais;
- a interação entre profissional e utente é central;
- a diversidade cultural deve ser vista como recurso e não como obstáculo.

Estas perspetivas constituem o quadro de referência para os modelos mais específicos aplicados à prática clínica, nomeadamente em enfermagem.

2.2. Modelos Transculturais Aplicados à Enfermagem

A enfermagem, pela sua proximidade com o utente e pelo carácter contínuo dos cuidados que presta, foi uma das primeiras áreas a reconhecer a importância da dimensão cultural no processo de cuidar. A disciplina da **enfermagem transcultural** emergiu formalmente com os trabalhos pioneiros de Madeleine Leininger na década de 1960, que fundou a **Teoria da Diversidade e Universalidade dos Cuidados Culturais** (Leininger, 2002).

2.2.1 A Teoria de Leininger

Para Leininger, a cultura é determinante central da saúde. O modo como cada pessoa percebe a doença, interpreta sintomas ou adere a tratamentos está profundamente enraizado nas suas crenças culturais. Ignorar esta dimensão compromete a eficácia dos cuidados.

A sua teoria assenta em dois princípios fundamentais:

1. **Diversidade cultural** – reconhecimento das diferenças de valores, crenças e práticas entre grupos culturais;
2. **Universalidade cultural** – identificação de elementos comuns que atravessam diferentes culturas.

A prática da enfermagem transcultural, segundo Leininger, consiste em equilibrar estes dois polos.

Um dos contributos mais importantes da autora foi a criação do **Modelo do Sol Nascente**, que integra fatores sociais, religiosos, económicos, políticos e tecnológicos na análise do cuidado. Esta representação gráfica tornou-se uma ferramenta pedagógica e prática, auxiliando enfermeiros a considerar múltiplas dimensões na tomada de decisão clínica (Leininger & McFarland, 2002).

Leininger (2002) definiu ainda três formas principais de intervenção culturalmente congruentes:

- **Preservação/manutenção cultural** – apoiar práticas benéficas à saúde;

- **Acomodação/negociação cultural** – ajustar procedimentos clínicos de acordo com crenças culturais;
- **Repadronização/restruturação cultural** – modificar práticas prejudiciais, oferecendo alternativas seguras.

2.2.2 O Modelo de Purnell

Outro contributo relevante é o **Modelo de Purnell para Competência Cultural** (1998). Este modelo apresenta 12 domínios interdependentes que orientam a recolha sistemática de dados culturais: desde a comunicação e os papéis familiares até à nutrição, saúde mental e práticas religiosas.

A principal vantagem deste modelo reside na sua abrangência e aplicabilidade em diferentes contextos clínicos. Permite ao enfermeiro mapear características culturais do utente e identificar pontos críticos a considerar nos cuidados (Purnell, 2005).

2.2.3 O Modelo de Giger & Davidhizar

Giger e Davidhizar (1995) desenvolveram um modelo mais simplificado, focado em seis áreas centrais: comunicação, espaço, organização social, tempo, fatores ambientais e variações biológicas. A sua utilidade prática é reconhecida sobretudo em contextos de elevada pressão, como serviços de urgência, onde o tempo para recolha detalhada de informação cultural é limitado.

2.2.4 Outras Contribuições Teóricas em Enfermagem

Além dos modelos de Leininger, Purnell e Giger & Davidhizar, outros contributos relevantes emergiram no campo da enfermagem transcultural.

O **Modelo de Andrews e Boyle** (2003) reforça a importância de considerar simultaneamente fatores macro (políticos, económicos, legais) e micro (familiares, comunitários) no planeamento de cuidados. O enfoque recai na adaptação prática dos cuidados a diferentes contextos culturais, incentivando o uso de guias clínicos que incluam variáveis culturais.

Já o **Modelo de Suh** (2004) destaca o papel da ética na competência cultural, defendendo que a prestação de cuidados culturalmente congruentes não é apenas uma questão técnica, mas também de justiça social.

Em termos pedagógicos, Campinha-Bacote (2002) propôs ainda ferramentas para avaliação do desenvolvimento da competência cultural em estudantes e profissionais de

saúde, como o **Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence among Healthcare Professionals-Revised (IAPCC-R)**.

2.3. Aplicações práticas dos modelos teóricos em Enfermagem

Os modelos transculturais de enfermagem têm vindo a ser explorados e aplicados em múltiplos contextos clínicos, sendo reconhecidos como ferramentas fundamentais para assegurar cuidados culturalmente congruentes e adaptados às necessidades de populações diversas. A sua utilização é documentada em diferentes áreas, revelando tanto a flexibilidade dos modelos como a sua relevância para a prática contemporânea de enfermagem.

No campo da **urgência**, onde a pressão do tempo e a elevada rotatividade de utentes tornam os cuidados particularmente desafiantes, destaca-se a aplicação do **Modelo de Giger & Davidhizar**. Este modelo, com enfoque em seis dimensões centrais — comunicação, espaço, organização social, tempo, fatores ambientais e variações biológicas — fornece aos enfermeiros um guia rápido para identificar barreiras culturais imediatas. Em particular, a dimensão da comunicação revela-se crucial, já que os serviços de urgência frequentemente recebem utentes que não dominam a língua do país de acolhimento. A literatura sugere que, nestes contextos, a utilização do modelo contribui para que os profissionais adaptem estratégias comunicacionais básicas e seguras, recorrendo a linguagem não verbal, símbolos visuais ou tecnologias de tradução (Suh et al., 2019).

Na área do **bloco operatório e dos serviços de hemoterapia**, a pertinência da **Teoria de Leininger** tem sido amplamente referida. Situações clínicas como a recusa de transfusões de sangue por motivos religiosos ou culturais são frequentemente apresentadas como exemplos paradigmáticos de dilemas transculturais. O modelo do Sol Nascente de Leininger fornece um enquadramento que permite analisar estas práticas a partir de uma perspetiva que integra fatores espirituais, familiares e comunitários, além das dimensões biomédicas. A literatura internacional tem documentado que a negociação entre equipas de saúde e utentes em tais circunstâncias pode beneficiar de estratégias baseadas nesta teoria, nomeadamente através da acomodação e da reestruturação cultural, permitindo encontrar soluções seguras que respeitem, tanto quanto possível, as convicções do paciente (Kaihlanen et al., 2019).

No âmbito da **nutrição hospitalar**, o **Modelo de Purnell** tem mostrado especial utilidade, uma vez que contempla a alimentação como um dos seus 12 domínios de

análise cultural. As restrições alimentares de natureza religiosa ou cultural — como as dietas halal, kosher ou práticas associadas a períodos de jejum — exigem dos serviços hospitalares uma capacidade de adaptação que vai além da mera dieta clínica convencional. A aplicação sistemática deste modelo permite identificar antecipadamente necessidades específicas dos utentes, prevenindo situações de rejeição alimentar e potenciando maior adesão terapêutica. Estudos recentes sublinham que a adaptação das dietas hospitalares de acordo com práticas culturais não só melhora a satisfação do utente, como tem implicações diretas nos resultados clínicos (De-María et al., 2024).

Por sua vez, na **saúde mental**, a dimensão cultural assume uma relevância ainda mais acentuada. Muitas populações interpretam o sofrimento psíquico a partir de categorias culturais próprias, que incluem crenças espirituais, concepções de destino, ou explicações religiosas. A **Teoria de Leininger** fornece um enquadramento robusto para a integração destas perspetivas nos planos terapêuticos, defendendo a necessidade de acomodar práticas culturais, quando não prejudiciais, e de negociar alternativas em casos de conflito. A literatura demonstra que a inclusão de elementos espirituais ou rituais simbólicos, articulados com a terapêutica biomédica, pode favorecer uma maior aceitação do tratamento por parte do utente e reduzir taxas de abandono (Norredam & Krasnik, 2019).

2.4. Aplicações práticas em vários países

A evolução da competência cultural em saúde tem seguido trajetórias distintas em diferentes países, refletindo a sua história migratória, as características dos sistemas de saúde e as políticas públicas adotadas.

Nos Estados Unidos, a diversidade cultural sempre foi um dado estrutural. Neste contexto, emergiram os CLAS Standards (Culturally and Linguistically Appropriate Services), que obrigam as instituições de saúde a disponibilizar intérpretes, materiais traduzidos e formação em diversidade cultural (Office of Minority Health, 2013).

Estes padrões são inspirados no modelo de Betancourt et al. (2016), que associa competência cultural à qualidade assistencial. A sua implementação tornou os EUA referência internacional na formalização de políticas de competência cultural.

No Reino Unido, o modelo de Papadopoulos e Lees ganhou especial relevância, integrado em programas de formação do National Health Service (NHS). Desde os anos 2000, têm sido promovidas formações sobre preconceitos inconscientes e diversidade (Phillimore, 2020).

Mais recentemente, surgiram iniciativas de participação ativa das comunidades migrantes na definição de políticas de saúde, alinhadas com o paradigma da interculturalidade.

A Suécia é frequentemente citada pelo seu sistema nacional de intérpretes telefônicos disponíveis 24 horas por dia, assegurando comunicação em mais de 100 línguas (Norredam & Krasnik, 2019).

Esta medida, inspirada pelo modelo de Betancourt, demonstra que a competência cultural pode ser operacionalizada por meio de infraestruturas tecnológicas relativamente acessíveis.

Em Espanha, o aumento da diversidade cultural após os anos 1990 levou à introdução de mediadores culturais em hospitais públicos e à adaptação de dietas hospitalares para respeitar práticas religiosas, como as dietas halal (De-María et al., 2024). Estas medidas resultaram em maior adesão terapêutica e satisfação dos utentes.

Em Portugal, a diversidade cultural tem aumentado significativamente nas últimas décadas, sobretudo em regiões do litoral, mas também no interior centro, onde comunidades migrantes se têm estabelecido em setores como agricultura, construção civil e serviços (AIMA, 2024).

De acordo com a Agência para a Integração, Migrações e Asilo (AIMA), Portugal registava 1.044.606 cidadãos estrangeiros com autorização de residência, representando 10,3% da população total (AIMA, 2024). Em 2024, esse número cresceu para cerca de 1,5 milhões de residentes estrangeiros (AIMA, 2024).

No entanto, a integração da competência cultural nos serviços de saúde portugueses permanece limitada. Relatórios do Observatório das Migrações (2022) e da OCDE (2020) apontam que a adaptação cultural dos serviços ainda não está formalmente incorporada nos planos estratégicos do Serviço Nacional de Saúde.

A prática clínica continua a depender sobretudo do esforço individual dos profissionais de saúde, sem protocolos institucionais sistemáticos.

Exemplos pontuais, foram identificados:

- Hospitais de Lisboa introduziram mediadores culturais em serviços de obstetrícia, com foco em populações migrantes africanas (Machado et al., 2021);

- Centros de saúde em Lisboa e no Algarve disponibilizaram materiais traduzidos em várias línguas, incluindo mandarim e crioulo (Oliveira, 2021);
- Contudo, nas regiões de interior centro, como documentado pela AIMA (2023), a adaptação cultural permanece praticamente inexistente, não havendo protocolos formais sobre intérpretes, mediadores ou dietas diferenciadas.

Assim, embora existam avanços pontuais, conforme vimos anteriormente, a realidade portuguesa continua marcada pela ausência de medidas estruturadas.

Capítulo 3 - Metodologia do estudo

A metodologia constitui o núcleo central de qualquer investigação científica, garantindo a validade, a credibilidade e a fiabilidade dos resultados obtidos. É através dela que se define a lógica do estudo, o modo como os dados são recolhidos, tratados e interpretados, e como se assegura a qualidade do conhecimento produzido.

Realizamos um estudo exploratório, descritivo, segundo um paradigma qualitativo que teve como objetivo analisar a **competência cultural dos enfermeiros de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da região Centro Oeste de Portugal**, a partir da apreciação das suas perceções, práticas e necessidades no contexto da diversidade cultural dos utentes.

Este tipo de estudo, de cariz qualitativo, deve-se ao facto de que a competência transcultural ser um fenómeno complexo, subjetivo, que não pode ser reduzido a variáveis mensuráveis de forma exclusivamente quantitativa. As experiências individuais, os significados atribuídos e as estratégias mobilizadas pelos profissionais só podem ser devidamente compreendidas através de metodologias que deem voz aos participantes e valorizem os seus discursos. Segundo Creswell e Creswell (2018), a investigação qualitativa é particularmente adequada quando se pretende compreender processos e significados, e identificar perceções permitindo captar dimensões latentes da realidade social e profissional. A investigação qualitativa foca em compreender fenómenos complexos a partir da perspetiva dos participantes (Oliveira, 2024).

Este trabalho segue um desenho exploratório-descritivo: exploratório porque procurou investigar uma temática ainda pouco estudada no contexto específico da Unidade Local de Saúde de uma região do interior de Portugal abrindo caminho para novas linhas de investigação e aprofundamento; descritivo porque visou caracterizar perceções, práticas e necessidades dos enfermeiros relativamente à competência transcultural, sem procurar estabelecer relações de causa-efeito.

3.1 Participantes e colheita de dados

A população-alvo do estudo correspondeu a enfermeiros em exercício numa ULS da Região Centro Oeste de Portugal, que mantivessem contacto direto e regular com utentes de origens culturais diversas. A seleção dos participantes foi realizada de forma intencional, uma técnica adequada em investigação qualitativa, na medida em que permite selecionar indivíduos com experiência e conhecimento relevantes para a temática em análise (Patton, 2015).

Os critérios definidos foram os seguintes:

- **Inclusão:** enfermeiros com, pelo menos, seis meses de experiência na instituição e contacto direto com utentes culturalmente diversos. Este critério assegurou-nos que os participantes já adquiriram experiência suficiente para contribuir com dados relevantes e refletir sobre práticas do seu contexto de trabalho.
- **Exclusão:** enfermeiros com funções exclusivamente administrativas, sem interação com doentes, isto porque as perceções são incompletas e superficiais, o que poderia enviesar os resultados

O número de participantes foi determinado pelo critério de saturação teórica (Fusch & Ness, 2015). Decidimos cessar a recolha de dados após a realização de dez entrevistas, momento em que os dados começaram a apresentar redundância, ausência de novas informações e repetitivas. Recorremos à entrevista semiestruturada por entendermos ser o melhor instrumento a dar maior liberdade ao investigador na formulação das questões, tendo em conta as características individuais dos participantes. Assim, o guião desta entrevista (Anexo 2) foi elaborado a partir de referenciais teóricos consolidados da competência cultural em enfermagem (Campinha-Bacote, 2002; Leininger, 2002; Papadopoulos & Lees, 2002; Betancourt et al., 2016). Organizou-se em cinco blocos principais:

1. Perfil sociodemográfico e profissional – idade, género, anos de experiência, formação em diversidade cultural.
2. Perceções sobre competência cultural – definições pessoais, importância, barreiras e desafios.
3. Práticas profissionais – exemplos de adaptação dos cuidados, estratégias de comunicação.
4. Necessidades formativas – avaliação da formação recebida, temas considerados prioritários.
5. Sugestões e melhorias – propostas de políticas, recursos e estratégias organizacionais.

As entrevistas decorreram em local reservado dentro das unidades de saúde. A duração média variou entre 30 e 60 minutos. Esta etapa decorreu entre os meses de maio e junho de 2025.

As entrevistas realizadas foram transcritas para Microsoft Word (Anexo 4). A qualidade metodológica do estudo foi assegurada segundo os critérios de Lincoln & Guba (1985). Estes autores defendem que, em vez de se recorrer aos conceitos tradicionais da investigação quantitativa, como validade e fiabilidade, se deve atender a quatro dimensões essenciais. A credibilidade refere-se ao grau em que os resultados são reconhecidos como verdadeiros e consistentes com as experiências dos participantes. A transferibilidade diz respeito à possibilidade de os resultados poderem ser aplicados a outros contextos, não através de generalização estatística, mas pela descrição densa e detalhada que permita ao leitor avaliar a sua pertinência. A dependabilidade avalia a consistência do processo de investigação, assegurando que todas as fases do estudo são claramente documentadas e justificadas. Por fim, a confirmabilidade procura garantir que os resultados refletem as vozes dos participantes, minimizando enviesamentos do investigador através de práticas como a reflexividade ou auditorias externas. Assim, estes critérios oferecem uma estrutura robusta para sustentar a confiança e a legitimidade dos estudos qualitativos.

3.2. Análise dos dados

Foi utilizada a técnica de análise temática (Braun & Clarke, 2006), reconhecida como uma das abordagens mais consistentes em estudos qualitativos na área da saúde. Escolhemos estes autores por nos dar maior flexibilidade na análise de conteúdo. A análise dos discursos seguiu as seguintes etapas:

1. Familiarização com os dados – Leitura reiterada das transcrições.
2. Codificação inicial – Identificação de unidades de significado relevantes.
3. Agrupamento em temas – Organização dos códigos em categorias temáticas.
4. Revisão e refinamento – Verificação da consistência e coerência entre temas.
5. Construção da narrativa analítica – Integração dos resultados com a literatura científica.

(Braun & Clarke, 2006)

Assim, após a transcrição integral das 10 entrevistas, procedeu-se à codificação dos dados, etapa central da análise qualitativa. A codificação consistiu em atribuir códigos

(palavras-chave ou expressões curtas) a segmentos de texto relevantes, de forma a identificar padrões de significados e a organizar a informação em categorias.

O processo seguiu três níveis, conforme Braun & Clarke (2006) e Saldaña (2021):

a) Codificação Aberta (Primeira ordem) - Foram identificadas unidades de significado diretamente das falas dos participantes.

Exemplos de códigos iniciais: “uso de tradutor online”; “recusa de medicação oral”; “sobrecarga física e psicológica”; “respeito pelas crenças religiosas” e “dificuldade em avaliar dor em doentes orientais”.

b) Codificação Axial (Segunda ordem) - Os códigos foram agrupados em subcategorias relacionadas entre si.

c) Exemplo:

- Comunicação
 - Uso de tradutores digitais
 - Dependência de familiares
 - Barreiras linguísticas
 - Expressão não verbal da dor
- Práticas Culturais
 - Recusa de tratamentos (medicação, anestesia, transfusão)
 - Dietas religiosas/culturais
 - Rituais no nascimento e no luto

c) Codificação Temática (Categorias finais) - As subcategorias foram integradas em categorias mais amplas, que estruturaram a análise final:

- Conceito e percepção de competência cultural
- Barreiras e dificuldades no cuidar
- Estratégias e práticas de adaptação
- Apoio organizacional e formação
- Propostas de melhorias e estratégias sugeridas para o futuro
- Impacto na vida profissional e pessoal

3.3. Considerações éticas

O projeto obteve parecer favorável da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde, onde realizamos o estudo (Anexo 1)

Recorremos ao consentimento informado escrito (Anexo 3), assinado por todos os participantes, assegurando voluntariedade, anonimato e confidencialidade, foi ainda referido que poderiam desistir em qualquer momento da entrevista se esta fosse motivo de constrangimento.

Os participantes foram identificados por códigos (N1, N2, N3...), como forma de garantir o anonimato.

Os dados foram armazenados em formato digital protegido, assumimos o compromisso de os destruir quando estes já não forem necessários.

Capítulo 4 - Competência (Trans)Cultural: Resultados e Análise Crítica

Este capítulo apresenta os resultados obtidos a partir das 10 entrevistas semiestruturadas realizadas com enfermeiros de diferentes serviços da ULS. O objetivo foi compreender percepções, experiências, dificuldades e estratégias relacionadas com a **competência cultural em enfermagem**, em contextos de prática clínica distintos. Apresentamos a caracterização socio profissional dos participantes no quadro que se segue.

4.1 Caracterização socio profissional

Os participantes do estudo consistem em dez enfermeiros em exercício, em diferentes serviços de saúde, integrados na ULS do Centro-Oeste de Portugal. A seleção destes indivíduos foi realizada, como já foi referido anteriormente, de forma intencional, considerando como critério principal o contacto direto com utentes de origens culturais diversas. Este grupo é heterogéneo no que respeita à idade, sexo, experiência profissional, formação académica e contexto de atuação. A tabela 1 engloba um resumo dos dados Sociodemográficos dos enfermeiros entrevistados.

Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos Enfermeiros Informantes

<i>Enfermeiro/ Informante</i>	Idade	Sexo	Experiência Profissional (anos)	Local de exercício na ULS	Formação específica em competência Cultural?
N1	30	Feminino	7	Serviço de Urgência	Não
N2	42	Masculino	15	Unidade de Cuidados Intensivos	Não
N3	35	Feminino	10	Psiquiatria	Não
N4	28	Feminino	4	Ortopedia	Não
N5	50	Masculino	20	Bloco Operatório	Não
N6	33	Feminino	8	Hemoterapia	Não
N7	37	Feminino	12	Cirurgia	Não
N8	29	Masculino	5	Urologia	Não
N9	45	Feminino	18	Cirurgia ambulatório	Não
N10	32	Feminino	6	Serviço de Sangue	Não

Os enfermeiros situam-se na faixa etária entre os 25 e os 55 anos, abrangendo tanto enfermeiros em início de carreira como profissionais com percursos consolidados, com longos períodos de trabalho. Esta diversidade contribui para a incorporação de diferentes perspetivas sobre a prática clínica em contextos transculturais.

No que concerne ao sexo, o grupo inclui profissionais de ambos os sexos, verificando-se, contudo, uma predominância feminina, em consonância com a realidade nacional da profissão de enfermagem (OE, 2022).

Relativamente ao tempo de experiência profissional, a maioria exerce funções há mais de cinco anos, sendo que alguns acumulam já mais de uma década de prática. Esta

variável revela-se pertinente, dado que a competência cultural, entendida como um processo contínuo e dinâmico, tende a consolidar-se através do contacto prolongado com populações culturalmente diversas.

No que respeita ao local de exercício profissional, os enfermeiros encontram-se distribuídos por diferentes serviços da ULS, nomeadamente urgência, unidade de cuidados intensivos, ortopedia, psiquiatria, bloco operatório, hemoterapia, cirurgia, urologia e unidade de ambulatório. Esta diversidade de contextos assegura uma representação abrangente, que vai desde os cuidados de emergência até às intervenções programadas.

No plano da formação académica, todos os participantes possuem licenciatura em Enfermagem, sendo que alguns completaram ainda percursos de pós-graduação ou cursos de especialização noutras áreas clínicas. Contudo, nenhum relatou possuir formação estruturada especificamente orientada para a competência cultural, lacuna que reforça evidências de estudos prévios sobre a realidade portuguesa (Teixeira et al., 2024).

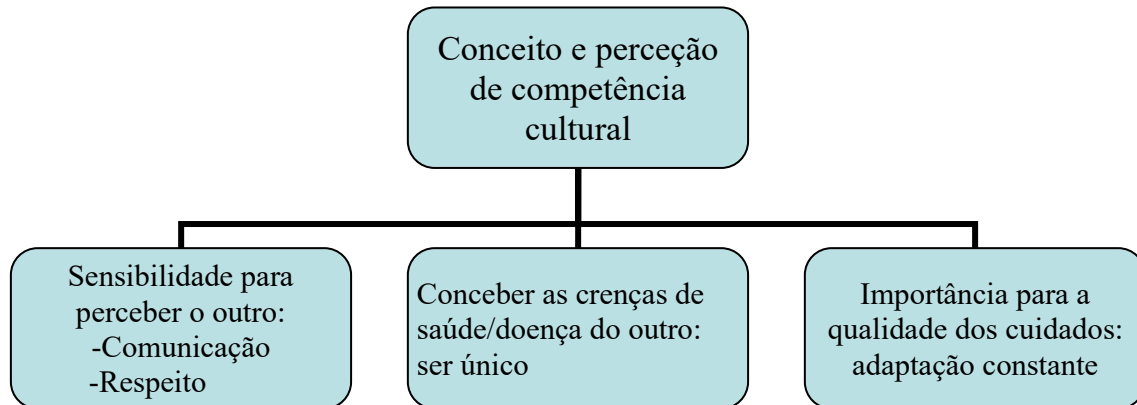
4.2 Competências culturais dos Enfermeiros no cuidar

A análise qualitativa das entrevistas realizadas com os enfermeiros permitiu reunir um conjunto significativo de narrativas, experiências e perceções acerca da competência cultural nos cuidados de saúde. Para organizar os dados de forma clara e sistemática, foram elaborados esquemas que traduzem as categorias e subcategorias que emergiram dos discursos dos informantes.

O texto que se segue consubstancia essa análise de forma sequencial, abordando cada categoria e respetivas subcategorias de modo a garantir uma leitura estruturada, mas sempre ancorada nas vozes dos participantes. As citações são apresentadas de forma integral, mantendo-se a integridade e fidelidade das entrevistas originais, de forma a evidenciar a riqueza das experiências relatadas.

4 .2.1. Conceito e Percepção de Competência Cultural

Figura 1 – Conceito e Percepção de competência cultural



A percepção da competência cultural, entre os diferentes enfermeiros, apresenta uma matriz comum: todos reconhecem-na como uma dimensão central para a prática de enfermagem no cuidar utentes multiculturais, mas simultaneamente apontam fragilidades na sua operacionalização concreta.

Os enfermeiros revelaram diferentes formas de compreender a competência cultural, ainda que todas apontem para a importância da adaptação do cuidado à singularidade do doente. A definição apresentada por N1, que trabalha em Serviço de Urgência, mostra uma visão centrada na comunicação e no respeito: *“Para mim, é conseguir cuidar de qualquer doente, independentemente da sua origem ou da sua cultura, sem deixar que isso crie barreiras.*

É ter sensibilidade para perceber que cada pessoa pode ver a doença e o tratamento de forma diferente. **Conceber as crenças de saúde/doença do outro.** É saber ouvir, respeitar e tentar adaptar o cuidado dentro do possível.” Esta perspetiva encontra eco na literatura de Leininger (2002), que defende a enfermagem transcultural como um processo em que o cuidar só atinge a sua plenitude quando é culturalmente congruente. Outros enfermeiros reforçam esta ideia. N3, em Medicina Interna, enfatiza que *“é conseguir olhar para cada pessoa não apenas como doente, mas também como alguém que traz consigo uma história, crenças, hábitos. É perceber que aquilo que resulta para uns pode não resultar para outros.”* Esta visão é congruente com os referenciais teóricos de Purnell (2013), que considera a competência cultural como um processo contínuo de aprendizagem e adaptação, em que o profissional reconhece as influências do contexto cultural sobre os determinantes de saúde.

No campo da saúde mental, a definição é ainda mais específica. O enfermeiro N4, em Psiquiatria, afirma: *“Para mim, competência cultural é conseguir entender que a saúde*

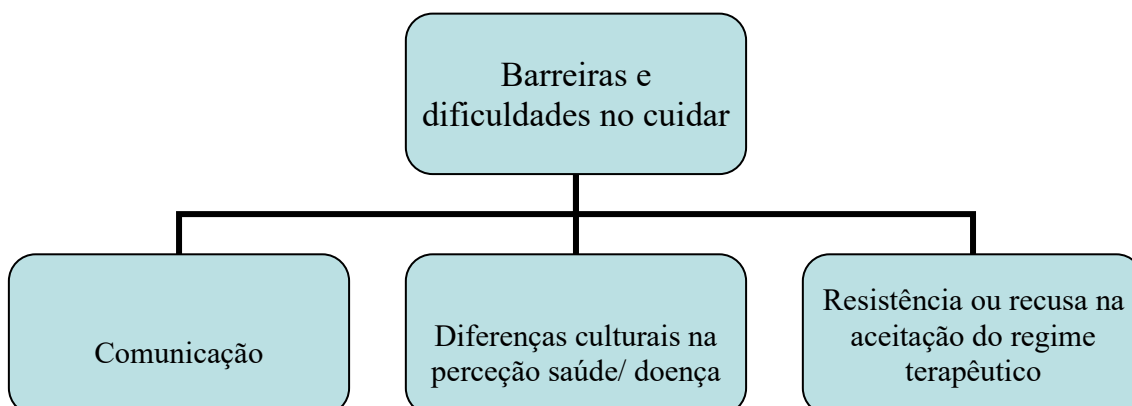
mental não é vivida da mesma forma em todas as culturas. Sintomas como ouvir vozes, por exemplo, podem ser interpretados como doença em Portugal, mas em outras culturas podem ser vistos como um dom espiritual.” Esta posição remete para estudos de Kleinman (1980), que salientam a importância das “modelos explicativos” dos doentes na compreensão do sofrimento psíquico. A análise das falas demonstra que, em áreas como a Psiquiatria, a competência cultural não é apenas desejável, mas imprescindível para distinguir o que é patológico do que é expressão cultural.

A subcategoria **importância para a qualidade dos cuidados** emerge de forma unânime nas entrevistas. N2, em Cuidados Intensivos, sublinha: *“Absolutamente. Se não tivermos essa sensibilidade, podemos criar conflitos desnecessários. Por exemplo, decisões sobre a limitação de tratamentos são muito delicadas. Já vi famílias africanas e latino-americanas recusarem aceitar a suspensão de terapêuticas, porque para eles desistir não é uma opção.”* Esta reflexão encontra sustentação em Campinha-Bacote (2011), que realça que a competência cultural é essencial para a qualidade e segurança dos cuidados, sendo inseparável da construção de confiança.

De igual modo, N8, em Obstetrícia, considera que *“sem dúvida. Se não tivermos sensibilidade cultural, as famílias não confiam em nós. E na Pediatria e Obstetrícia a confiança é tudo. Muitas vezes as mães estão vulneráveis, ansiosas, e se não sentirem que respeitamos a sua cultura, podem recusar cuidados ou não seguir orientações.”* Esta observação corrobora as recomendações da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2018), que destaca a importância da competência cultural nos cuidados materno-infantis, sublinhando que a ausência dessa dimensão pode comprometer a adesão terapêutica e aumentar a vulnerabilidade clínica.

4.2.2. Barreiras e dificuldades no cuidar

Figura 2 - Barreiras e dificuldades no cuidar



A análise do corpus empírico evidencia que as barreiras e dificuldades constituem uma das dimensões mais transversais nas experiências relatadas pelos enfermeiros. A matriz de redução de dados permitiu organizar este bloco em torno de três subcategorias centrais: comunicação, diferenças culturais em saúde/doença e Resistência ou recusa na aceitação do regime terapêutico

Os testemunhos recolhidos refletem, de forma consistente, que a ausência de recursos estruturais e a limitação de formação específica agravam estas dificuldades, obrigando os profissionais a recorrer a estratégias de improviso.

Na subcategoria **comunicação**, a barreira linguística é o aspeto mais reiterado em quase todas as entrevistas. N1, em Urgência, sublinha: *“A língua, sem dúvida. É desesperante quando precisamos de informações rápidas sobre alergias, medicação habitual ou antecedentes, e o paciente não fala português nem inglês. Outro desafio é interpretar sinais não verbais. Já tive doentes orientais que não expressavam dor de forma clara, e isso dificultava a triagem.”* A urgência, pela sua natureza temporalmente crítica, torna esta barreira particularmente perigosa. A literatura (Flores, 2006; Bischoff et al., 2012) confirma que falhas de comunicação em contexto de urgência podem comprometer a segurança clínica, sobretudo quando não existem intérpretes disponíveis.

Na mesma linha, N6, em Ortopedia, descreve: *“A comunicação e a avaliação da dor. É muito difícil fazer escalas de dor com doentes que não compreendem a língua ou não estão habituados a classificar o sofrimento em números. Muitas vezes temos de recorrer à observação do comportamento, mas isso pode falhar.”* Este excerto mostra a

relação direta entre a barreira linguística e a dificuldade na avaliação clínica. Estudos como o de Green (2018) destacam que a dor, sendo uma experiência subjetiva, é fortemente mediada pela linguagem e pela cultura, o que pode levar a erros diagnósticos quando não existem ferramentas adaptadas.

A subcategoria **diferenças culturais na percepção da saúde e da doença** surge igualmente com frequência. N4, em Psiquiatria, explicita: *“Sintomas como ouvir vozes, por exemplo, podem ser interpretados como doença em Portugal, mas em outras culturas podem ser vistos como um dom espiritual. Muitas vezes não sabemos se estamos perante um sintoma ou uma prática cultural.”* Este dilema clínico ilustra o que Kleinman (1980) descreveu como “modelos explicativos”, salientando que as crenças culturais moldam a forma como os indivíduos interpretam os sintomas e o sofrimento.

A mesma problemática aparece em cuidados intensivos. N2 relata: *“Para nós, desligar um ventilador pode ser uma decisão clínica lógica, mas para algumas famílias é visto como tirar a vida. Isso gera muito sofrimento e resistência.”* Esta diferença nos valores relativos ao fim de vida, já discutida em literatura de cuidados paliativos (Givens et al., 2010), torna a prática clínica num terreno de negociação constante, onde a ausência de competência cultural pode conduzir à rutura da relação terapêutica.

Na subcategoria Resistência ou recusa na aceitação do regime terapêutico, a experiência mais recorrente refere-se a recusas motivadas por razões religiosas. N10, no Serviço de Sangue, testemunha: *“O maior desafio são as recusas de transfusões. Temos doentes que, por motivos religiosos, não aceitam, mesmo correndo risco de vida. Também é difícil explicar procedimentos complexos a quem não fala português.”* Esta dificuldade tem sido amplamente documentada em estudos sobre saúde e religião, sendo as Testemunhas de Jeová um dos grupos mais analisados (Muramoto, 2010).

Casos semelhantes foram relatados em contextos cirúrgicos. N5, em Cirurgia Ambulatória, afirma: “Já tive pacientes muçulmanas que recusavam anestesia geral, por receio de não acordarem a tempo de cumprir certas obrigações religiosas. Explicar a segurança da anestesia nessas circunstâncias é muito difícil.” O desafio de conciliar protocolos clínicos com crenças espirituais evidencia o que Leininger (2002) descreve como “negociação cultural do cuidado”.

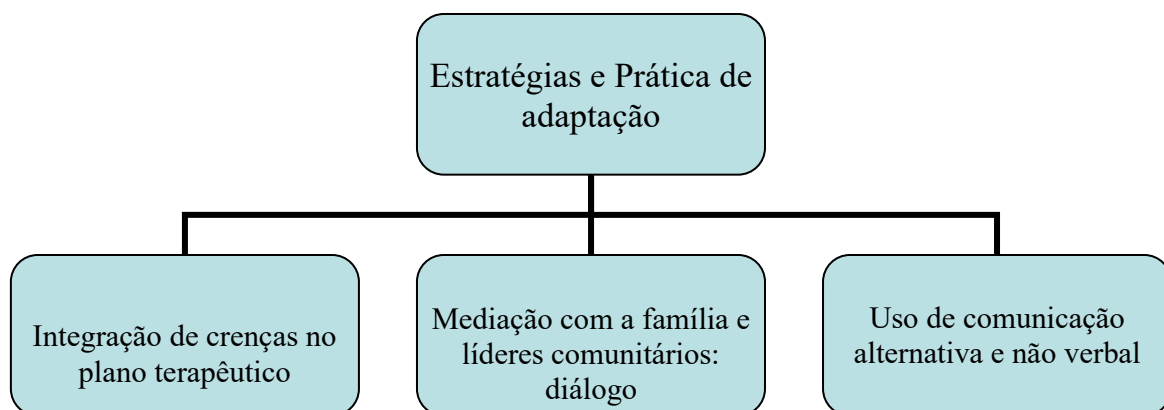
O impacto destas barreiras é também referido na área da Obstetrícia. N8 relata: *“A vacinação é um grande desafio. Já tive várias mães migrantes que recusaram vacinas para os filhos, alegando motivos culturais ou religiosos. Outro desafio é o aleitamento.”*

Algumas culturas têm práticas diferentes e recusam seguir as recomendações.” Este dado encontra correspondência em estudos de etnografia em saúde infantil, que demonstram que práticas tradicionais de cuidado coexistem, muitas vezes em tensão, com recomendações biomédicas (Helman, 2007).

Assim, as entrevistas mostram que a experiência dos enfermeiros está fortemente marcada por barreiras linguísticas, diferenças de valores e crenças, e recusas de tratamento. A ausência de apoios institucionais para lidar com estas barreiras reforça a carga emocional e ética sentida pelos profissionais. A literatura confirma que estas dificuldades são universais e, quando não são acompanhadas de medidas estruturadas, aumentam o risco de erro clínico e de conflitos com os utentes.

4.2.3. Estratégias e Práticas de Adaptação dos enfermeiros

Figura 3 - Estratégias e prática de adaptação



Perante as barreiras identificadas, os enfermeiros descreveram um conjunto de estratégias que recorrem no dia a dia para ultrapassar as dificuldades de comunicação, respeitar crenças culturais e garantir a segurança clínica e a qualidade dos cuidados. Este bloco foi organizado em três subcategorias principais: **integração de crenças no plano terapêutico, diálogo e mediação com famílias e líderes comunitários e uso de comunicação alternativa e não verbal.**

Na subcategoria **integração de crenças no plano terapêutico**, os enfermeiros relatam esforços em adaptar os cuidados, procurando pontos de encontro entre protocolos clínicos e práticas culturais. N4, em Psiquiatria, dá um exemplo claro: *“Tivemos um paciente de origem africana que apresentava alucinações auditivas. A família recusava qualquer intervenção médica, dizendo que aquilo era sinal de ligação espiritual. No fim, chegámos a um compromisso: iniciámos a medicação, mas permitimos visitas do líder religioso. Esse equilíbrio ajudou a manter a adesão ao*

tratamento.” Esta narrativa ilustra a aplicação prática daquilo que Leininger (2002) designa como “negociação e acomodação cultural”, onde o objetivo é respeitar práticas culturais sem comprometer a terapêutica.

Na mesma linha, N5, em Cirurgia Ambulatória, descreve: *“Lembro-me de uma paciente de origem indiana que estava muito ansiosa antes de uma pequena cirurgia. Não queria tirar o lenço da cabeça e recusava-se a vestir a bata cirúrgica. (...) Acabámos por permitir que usasse o lenço durante o procedimento, desde que fosse esterilizado. Foi uma solução de compromisso.”* Este exemplo mostra como pequenos ajustes podem reduzir a ansiedade e aumentar a confiança dos utentes.

Na subcategoria **mediação com a família e líderes comunitários - diálogo**, destaca-se o papel dos familiares como tradutores informais, mas também como mediadores culturais. N8, em Obstetrícia, afirma: *“Foi preciso envolver também a família, porque não era apenas a mãe, mas toda a rede de apoio que insistia nessa prática.”* A referência ao papel da família na tomada de decisão reflete o que a literatura (Searight & Gafford, 2005) descreve como “modelos coletivistas de saúde”, em que a autonomia individual não é o único princípio regulador.

Os líderes religiosos também são identificados como recursos importantes. N4 salienta: *“Já recorremos a líderes religiosos da comunidade para ajudar na adesão ao tratamento. Às vezes a palavra deles tem mais impacto do que a nossa.”* Esta prática, embora empírica, vai ao encontro das recomendações de Betancourt et al. (2003), que defendem a articulação entre saúde formal e redes comunitárias como forma de reduzir conflitos culturais.

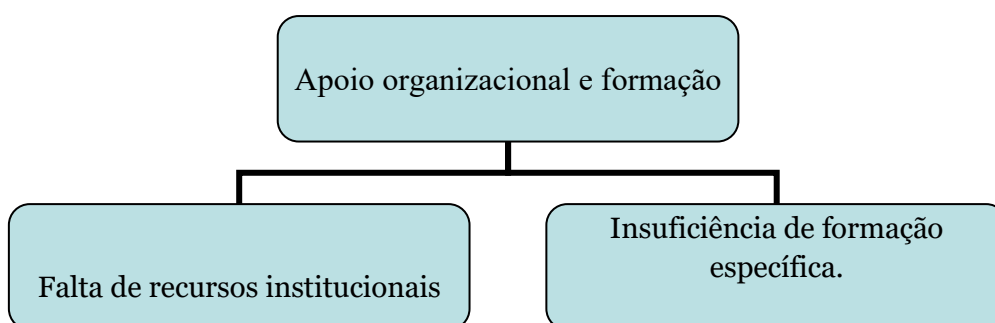
Por fim, a subcategoria **uso de comunicação alternativa e não verbal** é mencionada de forma recorrente. Face à ausência de intérpretes, os enfermeiros recorrem a gestos, desenhos e até recursos digitais. N6, em Ortopedia, exemplifica: *“Já cheguei a desenhar uma escala de dor com carinhas felizes e tristes para tentar que o doente indicasse como se sentia.”* Esta estratégia, embora rudimentar, ilustra a criatividade necessária para colmatar falhas estruturais.

N1, em Urgência, descreve as limitações do recurso a tradutores digitais: *“Lembro-me de uma situação em que perguntei ‘onde sente dor?’ e a resposta traduzida foi algo como ‘eu moro numa casa amarela’. Fiquei sem saber o que fazer.”* Este relato sublinha os riscos do uso exclusivo de ferramentas não validadas, apontados também em estudos sobre segurança clínica (Flores, 2005).

As entrevistas mostram, portanto, que a prática clínica é marcada por improviso, criatividade e, sobretudo, por tentativas de equilibrar o respeito pelas crenças culturais com as exigências biomédicas. Apesar das dificuldades, estas estratégias revelam um esforço contínuo dos profissionais em garantir que os cuidados de saúde sejam compreendidos, aceitos e respeitados pelos utentes.

4.2.4. Apoio organizacional e formação

Figura 4 - Apoio organizacional e formação



Os relatos dos enfermeiros evidenciam de forma clara que a competência cultural não pode ser vista apenas como responsabilidade individual. A ausência de políticas organizacionais e protocolos estruturados, a falta de recursos e formação estruturada gera fragilidades na prática diária, obrigando os profissionais a improvisar, e sobretudo a cuidar da melhor forma possível garantindo o bem-estar dos utentes. Este bloco centra-se em duas dimensões principais, que podemos extrair das conversas dos informantes: **falta de recursos institucionais** e **insuficiência de formação específica**.

Na dimensão **falta de recursos institucionais**, a maioria dos enfermeiros destacou a inexistência de intérpretes formais nos serviços de saúde. N1, da Urgência, foi categórico: *“Nunca tivemos intérpretes disponíveis no serviço, e materiais multilingues também são raros. Ficamos dependentes de improvisos, o que não é seguro nem para nós nem para os doentes.”* Esta ausência compromete diretamente a segurança do doente, sobretudo em contextos de decisão rápida.

N2, em Cuidados Intensivos, reforça a mesma perceção: *“Sinto muita falta de intérpretes no hospital.”* A comunicação, sendo já um dos maiores desafios na prática clínica, é agravada pela inexistência de apoio institucional. Situações críticas, como negociações sobre limitação terapêutica, tornam-se ainda mais complexas quando não existe uma mediação linguística adequada.

Também N9, em Cirurgia, identifica a mesma lacuna: *“Não há intérpretes, nem materiais traduzidos, e falta articulação entre equipas para responder a estas situações.”* A ausência de protocolos e de recursos formais gera uma dependência excessiva da criatividade individual e da boa vontade dos profissionais, o que a literatura tem descrito como “risco organizacional” em contextos multiculturais (Betancourt et al., 2003).

Além da comunicação, os enfermeiros relatam falhas na produção de materiais educativos adaptados. N8, em Obstetrícia, salienta: *“Acho que devia haver panfletos em várias línguas sobre vacinação, amamentação e cuidados básicos ao recém-nascido.”* A falta de informação escrita adaptada não só dificulta a compreensão das famílias, como também sobrecarrega os profissionais, que perdem tempo a improvisar explicações individualizadas.

Na dimensão **insuficiência de formação específica**, o consenso entre os entrevistados é evidente. N3, em Medicina Interna, afirma: *“A formação que temos é quase nula. Tudo o que aprendi foi na prática, com tentativa e erro.”* A ideia de aprender “com erros” é preocupante, pois revela não só falhas no ensino formal, mas também na atualização contínua.

N6, em Ortopedia, acrescenta: *“O tema da dor, por exemplo, devia incluir um módulo sobre diferenças culturais. E nunca tivemos isso.”* Este testemunho vai ao encontro do que vários autores (Suh et al., 2019; Kaihlanen et al., 2019) têm defendido: a competência cultural deve ser incorporada em todas as áreas clínicas, incluindo avaliação da dor, práticas cirúrgicas e saúde mental.

Outro testemunho ilustrativo é o de N10, em Hemoterapia: *“Fiz muitas formações em hemoterapia e segurança transfusional, mas nada sobre aspetos culturais.”* Este exemplo mostra como a formação técnica é priorizada em detrimento das dimensões humanas e culturais, mesmo em áreas onde o conflito cultural pode ter consequências fatais, como no caso das recusas transfusionais.

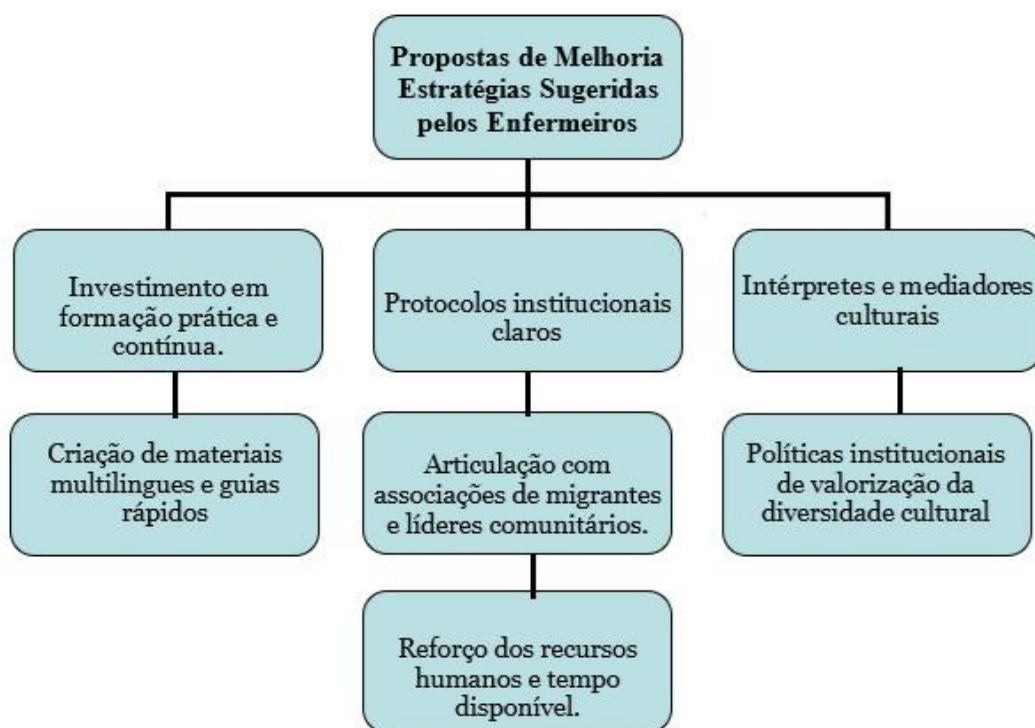
A percepção de ausência de formação contínua surge de forma transversal. N2, na UCI, observa: *“Não basta uma formação pontual. Precisamos de algo regular, porque o perfil dos doentes está em constante mudança.”* A necessidade de atualização é vista como essencial num contexto de fluxos migratórios dinâmicos, onde as populações atendidas variam ao longo do tempo.

Do ponto de vista bibliográfico, a literatura confirma estas lacunas. De acordo com Campinha-Bacote (2002), a competência cultural deve ser encarada como um processo contínuo e dinâmico, não como um objetivo estático. Essa ideia é reforçada por Purnell (2013), que defende que as instituições de saúde devem investir em programas estruturados de educação cultural ao longo de toda a carreira dos profissionais.

Os enfermeiros, embora empenhados, sentem-se desamparados, sem ferramentas adequadas para enfrentar os desafios da diversidade cultural. Esta realidade gera frustração, desgaste emocional e, em última instância, riscos para a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

4.2.5 Propostas de Melhoria – Estratégias Sugeridas pelos Enfermeiros

Figura 5 - Propostas de melhoria



Ao longo das entrevistas, ficou claro que os enfermeiros não apenas identificam problemas e lacunas na abordagem à competência cultural, mas também apresentam propostas concretas de melhoria. Estas sugestões surgem enraizadas na prática quotidiana, refletindo a experiência acumulada e as dificuldades enfrentadas.

A primeira proposta recorrente é o **investimento em formação prática e contínua**. N1, da Urgência, sublinha: *“Precisávamos de uma formação prática, com casos reais,*

simulações, estratégias de comunicação, e até noções básicas sobre as principais comunidades com que lidamos.” Esta visão vai ao encontro da perspectiva de Kaihlanen et al. (2019), que defendem o uso de simulações clínicas como ferramenta para treinar competências interculturais em contextos de elevada pressão, como a Urgência.

N5, no Bloco de Cirurgia Ambulatória, reforça a necessidade de programas adaptados ao contexto específico: *“Gostava de ter formação prática sobre comunicação intercultural, sobre crenças religiosas em saúde, e sobre como lidar com situações de recusa de tratamento. Também seria útil aprender estratégias rápidas, porque no bloco o tempo é sempre limitado.”* Esta referência demonstra a importância de que os programas não sejam genéricos, mas desenhados para responder às particularidades de cada serviço.

Outra proposta destacada é a criação de **protocolos institucionais claros**. N3, em Medicina Interna, refere: *“Seria útil ter orientações oficiais, por exemplo em relação a doentes com restrições alimentares religiosas.”* Já N10, no Serviço de Sangue, é incisiva: *“Precisamos de protocolos específicos para recusas transfusionais, intérpretes especializados, formação contínua e maior envolvimento da Comissão de Ética.”* Estes testemunhos mostram a ausência de guias formais que orientem a prática em situações culturalmente complexas, deixando os profissionais entregues a improviso.

Também é sublinhada a necessidade de **intérpretes e mediadores culturais**. Esta lacuna aparece em praticamente todas as entrevistas. N8, em Obstetrícia, destaca: *“Acho que devia haver panfletos em várias línguas sobre vacinação, amamentação e cuidados básicos ao recém-nascido.”* Já N7, em Urologia, refere situações concretas de falha de comunicação: *“Não temos intérpretes especializados, nem protocolos que nos orientem nestas situações. Muitas vezes improvisamos e adaptamos conforme a situação.”*

Um ponto inovador trazido por alguns profissionais é a **criação de materiais multilingues e guias rápidos**. N5 sugere: *“Também acho que seria útil termos pequenos guias rápidos, como fichas com informações básicas sobre diferentes culturas e como lidar com elas no contexto do bloco.”* Esta proposta é sustentada pela literatura, onde Papadopoulos (2006) enfatiza a eficácia de materiais de apoio visual e informativo na promoção de cuidados culturalmente seguros.

Outra sugestão de relevo é a **articulação com associações de migrantes e líderes comunitários**. N4, em Psiquiatria, destacou um exemplo concreto: *“No fim, chegámos a um compromisso: iniciámos a medicação, mas permitimos visitas do líder religioso. Esse equilíbrio ajudou a manter a adesão ao tratamento.”* Este testemunho mostra

como a inclusão de mediadores externos pode ser uma ponte eficaz entre práticas clínicas e crenças culturais.

As **políticas institucionais de valorização da diversidade cultural** também surgem como prioridade. N2, na UCI, sublinha: *“O hospital precisa de assumir isto como prioridade. Não pode ser deixado à improvisação dos profissionais. Devia haver políticas institucionais claras, integração no plano anual de formação e apoio das chefias.”* Esta visão alinha-se com o que Betancourt et al. (2016) descrevem como “cultura organizacional inclusiva”, essencial para sustentar mudanças práticas de longo prazo.

Por fim, surge ainda a **necessidade de reforço dos recursos humanos e de tempo disponível**. Vários entrevistados, incluindo N1 e N6, referem que a sobrecarga de trabalho limita a capacidade de lidar adequadamente com situações de diversidade cultural. Como N1 expressa: *“A maior barreira é mesmo o tempo. Estamos sobrecarregados e nem sempre conseguimos ter a paciência necessária para lidar com estas diferenças.”*

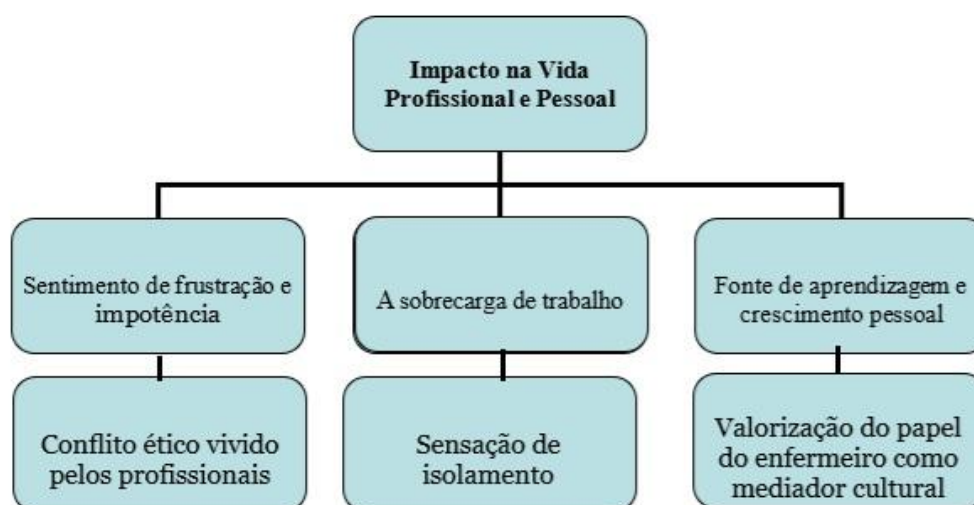
Em síntese, as propostas de melhoria concentram-se em cinco eixos principais:

1. Formação prática, contínua e adaptada aos serviços.
2. Protocolos institucionais claros para situações recorrentes.
3. Intérpretes e mediadores culturais especializados.
4. Materiais educativos multilingues e guias rápidos.
5. Políticas organizacionais e reforço de recursos humanos.

Estas propostas não emergem de forma abstrata, mas da realidade concreta do quotidiano hospitalar, em que os enfermeiros se veem obrigados a improvisar para garantir cuidados mínimos de qualidade. A literatura reforça que a integração destas medidas é fundamental para transformar a competência cultural de um esforço individual para um compromisso coletivo e institucional.

4.2.6 Impacto na Vida Profissional e Pessoal

Figura 6 - Impacto na vida profissional e pessoal



As entrevistas revelam de forma consistente que a competência cultural, ou a falta dela, não afeta apenas a qualidade dos cuidados prestados, mas também o bem-estar, a motivação e a identidade profissional dos enfermeiros, repercutindo-se na vida pessoal. Verificamos que este impacto pode ser tanto positivo como negativo tendo consequências tanto no plano emocional como no organizacional, sendo descrito por muitos como fonte de desgaste, frustração mas, também, simultaneamente, de crescimento pessoal.

Um dos aspectos mais relevantes prende-se com a experiência de frustração e impotência vivenciada pelos profissionais. N10, do Serviço de Sangue, relata: *“É angustiante. Já chorei por sentir impotência. É difícil aceitar que temos um tratamento que salva-vidas e não o podemos aplicar.”* Este testemunho evidencia a intensidade da carga emocional associada a contextos em que crenças culturais entram em conflito com a prática clínica. A literatura sustenta esta observação: segundo Kaihlanen et al. (2019), a ausência de estratégias eficazes para enfrentar barreiras culturais constitui um fator potenciador de exaustão e de stress moral entre os profissionais de saúde.

A sobrecarga de trabalho é recorrentemente identificada como um fator agravante deste impacto. N1, da Urgência, refere: *“Muitas vezes, a sobrecarga do serviço deixa-nos sem energia para ter a paciência necessária. E quando surgem situações culturais complexas, sentimos frustração porque sabemos que não conseguimos dar o melhor cuidado.”* Este testemunho ilustra a forma como a pressão laboral compromete a capacidade de resposta adequada em contextos culturalmente sensíveis. Esta constatação é corroborada pela literatura, nomeadamente por Purnell (2019), que

evidencia a relação entre condições laborais adversas, diversidade cultural e a incidência de burnout.

Apesar das dificuldades identificadas, diversos enfermeiros reconhecem que a diversidade cultural constitui igualmente **uma fonte de aprendizagem e de crescimento pessoal**. N8, em Obstetrícia, afirma: *“Apesar das dificuldades, vejo a diversidade cultural como uma oportunidade. Aprendo muito com os doentes de outras culturas, e sinto que isso me torna uma enfermeira mais completa.”* Este testemunho encontra-se em consonância com Campinha-Bacote (2002), que sustenta que cada encontro intercultural representa uma oportunidade de desenvolvimento profissional.

Outro impacto de relevo corresponde ao **conflito ético experienciado pelos profissionais**, particularmente em situações de recusa terapêutica. N2, da UCI, relata: *“Já vi famílias africanas e latino-americanas recusarem aceitar a suspensão de terapêuticas, porque para eles desistir não é uma opção. Se não tivermos capacidade de dialogar com respeito, a relação de confiança perde-se.”* Este dilema, situado entre o respeito pelas crenças culturais e a salvaguarda da segurança clínica, constitui um fardo ético significativo, amplamente referido na literatura como fator de desgaste emocional e de sentimento de falha moral (Betancourt et al., 2016).

No plano relacional, vários enfermeiros expressam uma **percepção de isolamento**. N4, da Psiquiatria, salienta: *“Falta formação, faltam intérpretes e faltam protocolos específicos. Muitas vezes ficamos sozinhos, a improvisar.”* A ausência de mecanismos institucionais de suporte conduz os profissionais a enfrentar estas dificuldades de forma individualizada, sem o respaldo organizacional necessário.

Por outro lado, o impacto positivo manifesta-se igualmente **na valorização do papel do enfermeiro enquanto mediador cultural**. N7, em Urologia, refere: *“Gosto muito da Urologia, mas é uma área muito delicada, onde as questões culturais estão sempre presentes. Já tivemos situações de choque cultural que poderiam ter sido evitadas com mais preparação.”* Este testemunho evidencia que, apesar das barreiras, os profissionais reconhecem a relevância estratégica do seu papel na adaptação e qualificação dos cuidados de saúde.

Em síntese, o impacto da competência cultural na experiência profissional e pessoal dos enfermeiros distribui-se em duas dimensões principais:

- **Negativa:** frustração, impotência, stresse moral, sobrecarga laboral e isolamento;

- **Positiva:** crescimento pessoal, aprendizagem contínua e valorização da prática.

Os dados analisados corroboram a ideia de que a competência cultural não constitui apenas um requisito técnico, mas representa um fator determinante para a satisfação profissional e para a sustentabilidade do exercício da enfermagem em contextos multiculturais.

Capítulo 5 - Reflexões finais e Conclusão

O presente estudo contribuiu para a reflexão em torno da competência cultural na prática de enfermagem em Portugal, a partir de dados recolhidos junto de profissionais de saúde, nomeadamente de enfermeiros, do interior centro do país. Os resultados evidenciam que a competência cultural se encontra no núcleo da prestação de cuidados de qualidade, equitativos e humanizados, assumindo especial relevância perante a crescente diversidade da população utente (Kaihlanen, Hietapakka, & Heponiemi, 2019).

A pertinência deste tema adquire particular destaque no atual contexto migratório português, em que a chegada de comunidades oriundas da Ásia, da Europa de Leste e de países africanos de língua oficial portuguesa tem modificado significativamente o perfil dos doentes (SEF, 2020; AIMA, 2024). Este cenário introduz novos desafios relacionados não apenas com barreiras linguísticas, mas também com crenças, práticas religiosas e conceções distintas acerca de saúde e doença (Purnell, 2018; Leininger & McFarland, 2006).

A análise realizada, no nosso estudo, mostra que os enfermeiros reconhecem a relevância da competência cultural, no entanto identificam lacunas significativas ao nível da formação e do apoio organizacional. Esta realidade converge com a literatura internacional, que salienta que a ausência de estratégias estruturadas e de recursos institucionais compromete a capacidade de resposta das equipas de saúde (Sharifi, Adib-Hajbaghery, & Najafi, 2019; Campinha-Bacote, 2011). Paralelamente, verificou-se que a experiência profissional se desdobra em impactos negativos — como frustração, impotência, stresse moral, sobrecarga laboral e isolamento — e positivos, nomeadamente crescimento pessoal, aprendizagem contínua e valorização da prática profissional. Os enfermeiros, apontam várias estratégias para minorar o que consideram ser um problema nos diferentes contextos de trabalho. Para além de manifestarem a necessidade de formação referiram também a necessidade de existência de protocolos, a existência de interpretes e mediadores culturais, o apoio através de panfletos, ou outros materiais, ilustrativos e informativos em várias linguas e ainda a articulação da ULS com organismos comunitários. Estamos certos de que deste modo poderiam originar a políticas organizacionais de valorização cultural: Uma realidade presente e em crescente evolução.

Ainda que os objetivos tenham sido alcançados, importa reconhecer as limitações do estudo. A amostra foi reduzida (dez enfermeiros) e circunscrita a uma unidade local de

saúde, restringindo a possibilidade de generalização dos resultados (Creswell & Poth, 2018). Do mesmo modo, a natureza qualitativa da investigação permitiu explorar em profundidade percepções e práticas profissionais, mas não possibilitou aferir a extensão quantitativa das tendências identificadas nem conseguimos fazer relações entre dados. Este também não era o nosso propósito. O estudo deve, assim, ser entendido como uma aproximação exploratória à temática no contexto português, com todas as dificuldades sentidas pelo investigador principal, ao longo do processo investigativo, pela sua inexperiência na aplicação da metodologia científica. Julgamos que esta última limitação ultrapassou-se pelo acompanhamento dos orientadores que este estudo teve.

No que respeita a perspetivas futuras, destaca-se a necessidade de desenvolver e validar um instrumento específico para avaliar a competência cultural dos enfermeiros em Portugal. A adaptação de questionários já validados internacionalmente, como o *Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence among Healthcare Professionals* (Campinha-Bacote, 2002) ou o *Cultural Competence Assessment Instrument* (Schim et al., 2003), permitiria medir de forma sistemática o nível de competência cultural, identificar lacunas e orientar políticas de formação. Torna-se igualmente relevante a realização de estudos multicêntricos, que incluam diferentes regiões do país e utilizem metodologias mistas, de modo a proporcionar uma visão mais completa e robusta do fenómeno (Sousa, Antunes, & Silva, 2021; WHO, 2022).

Em síntese, os resultados confirmam que a competência cultural constitui uma dimensão incontornável da prática de enfermagem contemporânea. Simultaneamente, evidenciam fragilidades estruturais que comprometem a equidade no acesso e a qualidade dos cuidados. Apesar do seu carácter exploratório, este estudo sublinha a necessidade de aprofundar a investigação neste domínio, não apenas para reforçar a prática clínica, mas também para sustentar políticas de saúde inclusivas e ajustadas à diversidade crescente da população portuguesa.

Referências Bibliográficas

Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Owusu Ananeh-Firempong, O. (2016). Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports*, *118*(4), 293–302. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/003335490311800403>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77–101. Disponível em: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>

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. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10459602013003003>

Campinha-Bacote, J. (2018). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, *13*(3), 181–184. <https://doi.org/10.1177/104365960201300306>

Castles, S., de Haas, H., & Miller, M. J. (2020). *The age of migration: International population movements in the modern world* (6th ed.). New York: Guilford Press.

Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Cruz, J. P., Colet, P. C., Alquwez, N., Alotaibi, K. A., & Alshammari, F. (2020). Influence of perceived organizational support on the relationship between bullying, work environment, and intention to leave among Filipino nurses: A structural equation model. *Journal of Nursing Management*, *28*(6), 1363–1373. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jonm.13074>

De-María, M., Lozano, M., & González, P. (2024). Cultural food practices in hospitals: Challenges and strategies for patient-centered care. *Journal of Health and Social Behavior*, *65*(1), 45–61. <https://doi.org/10.1177/00221465231123456>

Eurostat. (2021). Migration and migrant population statistics. Eurostat. Consultado em 12 de abril de 2024, às 21h34, em <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/>

Flores, G. (2005). The impact of medical interpreter services on the quality of health care: A systematic review. *Medical Care Research and Review*, 62(3), 255–299. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1077558705275416>

Fortin, M.-F. (2009). O processo de investigação: Da conceção à realização. Lusociência.

Fusch, P. I., & Ness, L. R. (2015). Are we there yet? Data saturation in qualitative research. *The Qualitative Report*, 20(9), 1408–1416. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2015.2281>

Instituto Nacional de Estatística. (2023). Estatísticas da população residente em Portugal. INE. Consultado em 25 de maio de 2024, às 16h55, em <https://www.ine.pt/>

Kaihlanen, A. M., Hietapakka, L., & Heponiemi, T. (2019). Increasing cultural awareness: Qualitative study of nurses' perceptions about cultural competence training. *BMC Nursing*, 18(38), 1–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0363-x>

Kallio, H., Pietilä, A. M., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: Developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 2954–2965. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jan.13031>

Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.

Lauwers, H., Verhaeghe, S., Beeckman, D., & Van Hecke, A. (2024). Cultural competence and nurses' wellbeing: Exploring the links between diversity, stress, and burnout. *International Journal of Nursing Studies*, 147, 104521. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104521>

Leininger, M. (2002). Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 189–192. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/10459602013003006>

Li, X., Zhang, Y., & Wang, H. (2023). Ethical dilemmas in cross-cultural healthcare: Nurses' perspectives on refusal of treatment. *Nursing Ethics*, 30(2), 367–379. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/09697330221102248>

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage.

Machado, R., Silva, A., & Costa, M. (2021). Cultural mediation in maternal health: Experiences from Portuguese hospitals. *European Journal of Public Health*, 31(Suppl. 3), ckab164. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab164>

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). *Burnout: Stress and resilience in health care*. Harvard University Press.

Observatório das Migrações. (2021). Indicadores de integração de imigrantes: Relatório estatístico anual. Alto Comissariado para as Migrações. Consultado em 8 de junho de 2025, às 11h03, em <https://www.om.acm.gov.pt/>

OCDE. (2020). *Indicators of immigrant integration 2020: Settling in*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264307216-en>

Oliveira, C. R. (2021). *Migrações e políticas públicas em Portugal: Desafios na integração de populações imigrantes*. Lisboa: Observatório das Migrações. Disponível em: Disponível em: <https://www.om.acm.gov.pt>

Oliveira, M. (2024). *Investigação qualitativa em saúde: Fundamentos e práticas aplicadas*. Coimbra: Almedina.

Organização Mundial da Saúde. (2018). *Framework on integrated, people-centred health services*. World Health Organization. Consultado em 18 de fevereiro de 2025, às 15h12, em <https://www.who.int/>

Papadopoulos, I., & Lees, S. (2002). Developing culturally competent researchers. *Journal of Advanced Nursing*, 37(3), 258–264. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02092.x>

Papadopoulos, I., & Lees, S. (2002). Developing culturally competent researchers. *Journal of Advanced Nursing*, 37(3), 258–264. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2648.2002.02092.x>

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12–40.

Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.

Purnell, L. (2012). Transcultural health care: A culturally competent approach. *Journal of Transcultural Nursing*, 23(2), 99–100. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1043659611431994>

Purnell, L. (2019). Updating the Purnell theory and model for cultural competence. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(2), 94–102. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1043659618817587>

Schein, E. H. (2017). *Organizational culture and leadership* (5th ed.). Wiley.

Schim, S. M., Doorenbos, A. Z., Miller, J., & Benkert, R. (2003). Development of a cultural competence assessment instrument. *Journal of Nursing Measurement*, 11(1), 29–40. Disponível em: <https://doi.org/10.1891/jnum.11.1.29.52062>

Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. (2021). Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2021. SEF. Consultado em 27 de março de 2025, às 19h48, em <https://sefstat.sef.pt/>

Shen, Z. (2015). Cultural competence models and cultural competence assessment instruments in nursing: A literature review. *Journal of Transcultural Nursing*, 26(3), 308–321. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1043659614524790>

Sousa, L., Antunes, A., & Silva, C. (2021). Competência cultural em enfermagem: Desafios e oportunidades no contexto português. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(8), e20078. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RV20078>

Suh, E. E., Kagan, S., & Strumpf, N. (2019). Cultural competence in healthcare: Emerging frameworks and practical approaches. *Annual Review of Nursing Research*, 37(1), 69–90. <https://doi.org/10.1891/0739-6686.37.69>

Teixeira, M. E., Gaspar, R., & Almeida, A. (2024). Integrating cultural competence in nursing curricula: Lessons for healthcare organizations. *Nurse Education Today*, 128, 105853. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.105853>

Truong, M., Paradies, Y., & Priest, N. (2017). Interventions to improve cultural competency in healthcare: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 14, 99. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-99>

Van Manen, M. (2016). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy* (2nd ed.). Routledge.

World Health Organization (WHO). (2018). *Framework on integrated people-centred health services*. Geneva: WHO. Disponivel em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511507>

World Health Organization (WHO). (2022). *Global report on health equity for migrants and refugees*. Geneva: WHO. Disponivel em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240054463>

Zapata-Barrero, R. (2017). Intercultural policy paradigm: A renewed vision of diversity management. *Comparative Migration Studies*, 5(14), 1–22. <https://doi.org/10.1186/s40878-017-0057-4>

Anexos

Anexo 1 - Autorização da Comissão de Ética



Documento: Submissão de pedido de autorização para realização de estudo

Assunto: Pedido de parecer para a realização do estudo intitulado "Avaliação da Competência Cultural dos Enfermeiros da Unidade Local de Saúde de

Requerente: Paulo João Matos dos Santos

Título: "Avaliação da Competência Cultural dos Enfermeiros da Unidade Local de Saúde de " que pretende desenvolver e validar um questionário para avaliar a competência cultural dos enfermeiros da ULS , permitir a identificação de lacunas e o planeamento de intervenções específicas.

Investigador: Paulo João Matos dos Santos

Orientador: Prof. Dr. Vitor Figueiredo

Co-orientador: Prof. Dr. Assunção Nogueira

Amostra: entrevista semiestruturada a uma amostra de 10 enfermeiros e questionário a uma amostra de 100 enfermeiros

Data do pedido: datado no a 12/03/2025

A Comissão de Ética , EPE, concorda com a aplicação do referido estudo desde que seja mantida a confidencialidade dos sujeitos do mesmo e todos os princípios éticos inerentes ao processo de investigação sejam respeitados

ULS de , E.P.E, 4 de abril de 2025

A Comissão de Ética

Isabel Inês Santos

Dr. Vitor Figueiredo

Assunção Nogueira

Paulo João Matos dos Santos

Maria Rita F. M. N. Gaxete

António Santo

Anexo 2 - Guião da Entrevista Semi-estruturada

Guião de Entrevista Semiestruturada sobre Competência Cultural em Enfermagem	
<p>Objetivo Geral: Explorar as percepções, práticas e desafios relacionados à competência cultural dos enfermeiros, fundamentando o desenvolvimento de estratégias para a melhoria dos cuidados culturalmente competentes.</p> <p>Instruções:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresente o objetivo da entrevista. • Assegure o consentimento informado e a confidencialidade. • Siga as questões-guia, mas permita liberdade para que o entrevistado se expresse. 	
Questões:	Referências bibliográficas:
<p>1. Perfil do Entrevistado</p> <p>1.1 Nome (opcional):</p> <p>1.2 Idade:</p> <p>1.3 Género:</p> <p>1.4 Anos de experiência profissional:</p> <p>1.5 Função atual na organização:</p> <p>1.6 Já participou em formações relacionadas com a diversidade cultural ou competência cultural? Quais?</p>	
<p>2. Percepções sobre Competência Cultural</p> <p>Base Teórica: A competência cultural é definida como um processo contínuo que exige a integração de conhecimento, atitudes e comportamentos que possibilitem cuidados culturalmente sensíveis e eficazes (Campinha-Bacote, 2002).</p> <p>Além disso, Leininger (2002) sublinha que a cultura influencia significativamente as necessidades de saúde e as respostas dos pacientes ao tratamento. A sua Teoria do Cuidado Cultural destaca a necessidade de os enfermeiros compreenderem e respeitarem as diferenças culturais, ajustando os cuidados de acordo com as crenças, valores e práticas de cada grupo populacional.</p> <p>2.1 Como define "competência cultural" no contexto dos cuidados de saúde?</p> <p>2.2 Considera que a competência cultural é importante para a qualidade dos cuidados que presta? Porquê?</p> <p>2.3 Que aspetos considera essenciais para prestar cuidados culturalmente competentes?</p> <p>2.4 Quais são os desafios mais comuns ao lidar com pacientes de diferentes culturas?</p>	<p>Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. <i>Journal of Transcultural Nursing</i>, 13(3), 181-184.</p> <p>Leininger, M. M. (2002). Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. <i>Journal of Transcultural Nursing</i>, 13(3), 189-192.</p>

<p>3. Práticas Profissionais Base Teórica: Papadopoulos e Lees (2002) enfatizam a importância da adaptação cultural nos cuidados de saúde, promovendo um cuidado centrado no paciente.</p> <p>3.1 Pode descrever uma situação em que teve de adaptar o cuidado devido a diferenças culturais?</p> <p>3.2 Quais estratégias utiliza para comunicar com pacientes que não falam português?</p> <p>3.3 A organização disponibiliza apoio suficiente (recursos, formação, políticas) para lidar com a diversidade cultural?</p>	<p>Papadopoulos, I., & Lees, S. (2002). Developing culturally competent researchers. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 37(3), 258-264</p>
<p>4. Necessidades Formativas Base Teórica: A formação contínua em competência cultural é essencial para melhorar os cuidados de saúde e reduzir disparidades, segundo Betancourt et al. (2016). No entanto, estudos demonstram que a formação dos enfermeiros ainda apresenta lacunas significativas. Segundo Kaihlanen, Hietapakka e Heponiemi (2019), muitos profissionais de saúde sentem que a formação em competência cultural que recebem não é suficiente para prepará-los para a realidade do atendimento a populações culturalmente diversas. Além disso, Shen (2015) destaca que diversos modelos e instrumentos de avaliação da competência cultural podem ser utilizados para identificar as necessidades formativas dos enfermeiros e melhorar a qualidade dos cuidados prestados. A avaliação contínua da competência cultural permite compreender quais áreas necessitam de mais desenvolvimento e quais estratégias de ensino são mais eficazes</p> <p>4.1 Considera que recebeu formação suficiente para lidar com a diversidade cultural? Justifique.</p> <p>4.2 Que tópicos ou competências considera essenciais para incluir em futuras formações?</p> <p>4.3 Considera que um programa contínuo de formação em competência cultural seria útil? Por favor, explique.</p>	<p>Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Owusu Ananeh-Firempong, O. (2016). Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. <i>Public Health Reports</i>, 118(4), 293-302.</p> <p>Papadopoulos, I., & Lees, S. (2002). Developing culturally competent researchers. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 37(3), 258-264.</p> <p>Shen, Z. (2015). Cultural competence models and cultural competence assessment instruments in nursing: A literature review. <i>Journal of Transcultural Nursing</i>, 26(3), 308-321.</p>
<p>5. Sugestões e Melhorias Base Teórica: A implementação de políticas institucionais e recursos adequados é apontada como essencial</p>	<p>Cruz, J. P., Colet, P. C., Alquwez, N., et al. (2020). Influence of perceived organizational support on the</p>

<p>para promover equidade e competência cultural (Cruz et al., 2020).</p> <p>5.1 Que mudanças acredita que poderiam melhorar a competência cultural dos enfermeiros?</p> <p>5.2 Como a organização pode promover práticas culturalmente competentes entre os seus profissionais?</p> <p>5.3 Que recursos (interpretação, materiais educativos, entre outros) considera fundamentais para melhorar os cuidados culturalmente competentes?</p>	<p>relationship between bullying, work environment, and intention to leave among Filipino nurses: A structural equation model. <i>Journal of Nursing Management</i>, 28(6), 1363-1373.</p>
<p>6. Considerações Finais</p> <p>6.1 Há algo mais que gostaria de partilhar sobre a sua experiência ou perceção de competência cultural?</p>	
<p>Encerramento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agradeça pela participação. • Reforce a importância das respostas para a criação de estratégias que melhorem os cuidados de saúde. 	

Bibliografia:

- 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.
Link do artigo: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10459602013003003>
- Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Owusu Ananeh-Firempong, O. (2016). Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports*, 118(4), 293-302.
Link do artigo: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/003335490311800403>
- Papadopoulos, I., & Lees, S. (2002). Developing culturally competent researchers. *Journal of Advanced Nursing*, 37(3), 258-264.
Link do artigo: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2648.2002.02092.x>
- Cruz, J. P., Colet, P. C., Alquwez, N., et al. (2020). Influence of perceived organizational support on the relationship between bullying, work environment, and intention to leave among Filipino nurses: A structural equation model. *Journal of Nursing Management*, 28(6), 1363-1373.
Link do artigo: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jonm.13074>
- Kaihlanen, A., Hietapakka, L., & Heponiemi, T. (2019). Increasing cultural awareness: Qualitative study of nurses' perceptions about cultural competence training. *BMC Nursing*, 18(38).
Link do artigo: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-019-0363-x>
- Leininger, M. M. (2002). Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 189-192.
Link do artigo: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10459602013003005>
- Shen, Z. (2015). Cultural competence models and cultural competence assessment instruments in nursing: A literature review. *Journal of Transcultural Nursing*, 26(3), 308-321.
Link do artigo: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10459602013003005>

Anexo 3 - Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO EM ENTREVISTA

Título do Estudo:

Percepções, Práticas e Desafios Relacionados com a Competência Cultural em Enfermagem

Investigador Responsável:

Paulo João Matos dos Santos

Curso: Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde; Universidade da Beira Interior

Orientador: Professor Dr. Vítor Manuel Pinto de Figueiredo

Contacto: 963777999

Email: pjoamat@gmail.com

Objetivo do Estudo:

Esta entrevista tem como objetivo explorar as percepções, práticas e desafios relacionados com a competência cultural dos enfermeiros, com vista à fundamentação de estratégias que promovam cuidados de saúde culturalmente competentes.

Participação:

A sua participação é voluntária. Pode recusar participar ou desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo pessoal ou profissional.

Procedimento:

Será realizada uma entrevista semiestruturada, com duração aproximada de 50 minutos, sendo registada por áudio (caso autorizado) exclusivamente para fins de análise científica. As questões abordarão experiências profissionais, práticas e formação relacionada com a diversidade cultural nos cuidados de enfermagem.

Confidencialidade:

Todas as informações fornecidas serão tratadas com confidencialidade. Os dados serão utilizados unicamente para fins académicos e científicos, sendo garantido o anonimato dos participantes. Nenhuma identificação pessoal será divulgada.

Riscos e Benefícios:

Não se preveem riscos associados à sua participação. Embora não receba compensação, a sua colaboração contribuirá significativamente para a compreensão e melhoria dos cuidados culturalmente competentes em enfermagem.

Consentimento:

Declaro que fui informado(a) sobre os objetivos, procedimentos, benefícios e confidencialidade desta entrevista. Compreendo que a minha participação é voluntária e autorizo a utilização dos dados recolhidos para fins científicos.

Autorizo a gravação da entrevista em áudio.

Não autorizo a gravação da entrevista em áudio

Assinatura do(a) Participante: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do Investigador: _____

Data: ____ / ____ / ____

Anexo 4. - Exemplo de resposta à entrevista Semi- estruturada

Entrevista 5 – Unidade Cirurgia Ambulatório

Perfil: Enfermeira, 33 anos, 8 anos de experiência no Bloco Ambulatório.

Entrevistador (E): Muito obrigado por aceitar participar nesta entrevista. O objetivo é compreender as suas percepções e experiências sobre competência cultural em enfermagem, especialmente no contexto das cirurgias de ambulatório. Todas as informações serão confidenciais. Podemos começar?

Enfermeira (N5): Sim, claro.

1. Perfil do Entrevistado

E: Pode começar por me falar um pouco sobre o seu percurso profissional?

N: Tenho 33 anos, sou enfermeira há 11 e há 8 anos trabalho no Bloco Ambulatório. É uma área muito específica, porque lidamos com procedimentos programados, mas nem por isso menos desafiantes. O ritmo é rápido, os tempos de preparação são curtos, e ao mesmo tempo temos de garantir que o doente compreende tudo o que vai acontecer.

E: Já participou em formações sobre diversidade cultural ou competência cultural?

N5: Não de forma estruturada. O máximo foram algumas palestras sobre comunicação em saúde, mas que não estavam focadas na diversidade cultural. Tudo o que sei aprendi na prática, muitas vezes através de tentativas e erros.

2. Percepções sobre Competência Cultural

E: O que entende por “competência cultural” na sua prática diária?

N5: Para mim, competência cultural é conseguir comunicar com clareza e respeito com doentes de diferentes origens, percebendo que as crenças e valores deles influenciam muito a forma como encaram uma cirurgia. É também ter a flexibilidade para adaptar a nossa abordagem às necessidades de cada pessoa, sem perder a segurança do procedimento.

E: Considera importante para a qualidade dos cuidados?

N5: Muito. Se o doente não compreende ou não confia em nós, pode recusar o procedimento ou não cumprir as orientações no pós-operatório. E isso põe em risco todo o tratamento.

E: Quais os maiores desafios que enfrenta?

N5: O maior desafio é o tempo. No bloco, temos de preparar os doentes muito rapidamente, e nem sempre há espaço para conversas longas. Quando o doente não fala português, torna-se ainda mais complicado. Outra dificuldade são as crenças religiosas. Já tive pacientes muçulmanas que recusavam anestesia geral, por receio de não acordarem a tempo de cumprir certas obrigações religiosas. Explicar a segurança da anestesia nessas circunstâncias é muito difícil.

3. Práticas Profissionais

E: Pode partilhar uma situação em que teve de adaptar cuidados por questões culturais?

N5: Lembro-me de uma paciente de origem indiana que estava muito ansiosa antes de uma pequena cirurgia. Não queria tirar o lenço da cabeça e recusava-se a vestir a bata cirúrgica. Tivemos de conversar muito, explicar que era necessário por questões de segurança, mas também procurámos respeitar ao máximo as suas tradições. Acabámos por permitir que usasse o lenço durante o procedimento, desde que fosse esterilizado. Foi uma solução de compromisso.

E: Que estratégias utiliza para comunicar com doentes que não falam português?

N5: Normalmente recorremos a familiares, mas como no bloco os acompanhantes ficam muitas vezes de fora, usamos tradutores digitais ou linguagem gestual. Já desenhei esquemas para explicar o que ia ser feito. Mas sei que não é o ideal, porque num procedimento cirúrgico a clareza é fundamental.

E: Sente que a instituição lhe dá recursos suficientes para lidar com isso?

N5: Não. Não temos intérpretes, nem materiais traduzidos, nem tempo extra para estas situações. Muitas vezes improvisamos.

4. Necessidades Formativas

E: Considera que recebeu formação suficiente para lidar com diversidade cultural?

N5: Não. A formação que temos é quase inexistente. Tudo o que sei aprendi pela experiência e pela observação dos colegas.

E: Que tópicos considera essenciais para incluir em futuras formações?

N5: Gostava de ter formação prática sobre comunicação intercultural, sobre crenças religiosas em saúde, e sobre como lidar com situações de recusa de tratamento. Também seria útil aprender estratégias rápidas, porque no bloco o tempo é sempre limitado.

E: Acha que um programa contínuo de formação faria diferença?

N5 Sim, sem dúvida. Um programa contínuo ajudaria a criar rotinas mais seguras e a reduzir improvisos.

5. Sugestões e Melhorias

E: O que acha que poderia melhorar a competência cultural dos enfermeiros?

N5: Formação, protocolos e intérpretes. Também acho que seria útil termos pequenos guias rápidos, como fichas com informações básicas sobre diferentes culturas e como lidar com elas no contexto do bloco.

E: E a nível organizacional?

N5: O hospital devia assumir isto como prioridade. Muitas vezes a diversidade cultural é vista como detalhe, mas para nós faz toda a diferença na prática.

E: Que recursos considera fundamentais?

N5: Intérpretes, materiais multilíngues sobre preparação e pós-operatório, e maior sensibilização da equipa cirúrgica para estas questões.

6. Considerações Finais

E: Gostaria de acrescentar algo mais?

N5 Só que gosto muito do meu trabalho, mas sinto frustração quando não consigo comunicar bem com o doente. No bloco, a confiança é essencial. Se o doente entra para uma cirurgia com medo ou sem entender o que vai acontecer, isso afeta tudo. Acho que investir na competência cultural é investir na segurança e na qualidade dos cuidados.

E: Muito obrigado pela sua partilha.

N5: Obrigada eu. Espero que este estudo ajude a trazer melhorias.