

MULTICULTURALIDADE E DOENÇA AGUDA

Alcinda Sacramento Costa dos Reis

Licenciada em Enfermagem na Comunidade (1998), Mestre e Doutora em Ciências de Enfermagem pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto (2002; 2014). Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde de Santarém do Instituto Politécnico de Santarém. Membro fundador da Rede de Ensino Superior em Mediação Intercultural (RESMI) e coordenadora do grupo temático – RESMI/Saúde. Investigador Integrado CINTESIS - center for health technology and services research e Investigador colaborador no CEMRI da Universidade Aberta – grupo saúde, cultura e desenvolvimento. Membro da equipa de investigação do Instituto Politécnico de Santarém, em parceria com a Universidade de Salzburgo e a associação AVaKE (Salzburg). alcinda.reis@essaude.ipsantarem.pt

Ana Cristina de Spínola Madeira

Licenciada em Enfermagem na Comunidade (1998), Mestre em Ciências de Educação pela Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa (2004) e Doutora em Ciências de Enfermagem pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto (2015). Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde de Santarém do Instituto Politécnico de Santarém. Membro da Rede de Ensino Superior em Mediação Intercultural do Alto Comissariado para as Migrações (RESMI) e do grupo temático – RESMI/Saúde. Investigador Integrado CINTESIS - center for health technology and services research e Investigador colaborador no CEMRI da Universidade Aberta – grupo saúde, cultura e desenvolvimento. Membro da equipa de investigação do Instituto Politécnico de Santarém, em parceria com a Universidade de Salzburgo e a associação AVaKE (Salzburg). ana.spinola@essaude.ipsantarem.pt

Perspetiva nacional e internacional

.....Nos contextos de cuidados de saúde nacionais regista-se nos últimos anos uma afluência considerável de pessoas com diferentes origens culturais, enfatizada por diferentes autores (Fonseca, Silva, Esteves & McGarrigle, 2009; Reis, 2015) e que colocam aos profissionais, dificuldades específicas na interação e cuidados, relacionadas com o desconhecimento de características étnicas e culturais e da sua mobilização em contexto clínico. Estas pessoas serão entendidas neste capítulo como imigrantes, isto é – pessoas originárias de um outro país diferente daquele que os acolhe – em relação às quais se espera que sejam detentoras ou estejam em processo de aquisição de título de residência, incluindo-se os estrangeiros a quem foi

prorrogada a sua permanência com uma longa duração, procurando-se a sua integração em Portugal (SEF, 2015; 2017).

.....O conceito de multiculturalidade, surge aqui enquadrado aos contextos de cuidados de saúde onde se pode constatar a diversidade cultural como uma situação de facto e/ou estado das coisas, como sugerem Reis e Costa (2014) e Reis (2015) nos diferentes contextos multiculturais. Na conceptualização destes contextos em que são prestados cuidados de enfermagem cabe a perspetiva de Nunes de “quando as pessoas e grupos multiculturais são destinatários dos cuidados” (2009, p.53), particularizando-se neste caso apenas a situações de imigrantes documentados ou em vias de o serem (Decreto-Regulamentar nº 2/2013 de 18 de março; SEF, 2017). Opta-se por mobilizar o conceito de pessoa, relativamente aos imigrantes que são foco dos cuidados dos enfermeiros, enquadrando-o conceptualmente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, ou seja como “um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos de natureza individual” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.6) [OE].

.....Nos diferentes contextos de cuidados de saúde em Portugal, registam-se frequentemente discrepâncias entre a valorização da dimensão cultural das pessoas imigrantes no discurso dos enfermeiros e a sua mobilização efetiva nos cuidados. A importância da ação dos profissionais junto destas pessoas é sublinhada por Machado, Pereira e Machaqueiro (2010), que apontam a necessidade de que estes desenvolvam as suas competências culturais, assegurando-se deste modo a necessária proximidade entre quem cuida e quem é cuidado, durante os processos de saúde-doença na pessoa | família imigrante.

.....Os relatórios de imigração e asilo do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras [SEF] (2015) têm referenciado o decréscimo do fluxo migratório para Portugal nos últimos anos. Contudo na mesma fonte, identifica-se em 2016 uma inversão da tendência do “decrécimo do número de estrangeiros residentes em Portugal, totalizando atualmente 397.731 cidadãos com título de residência válido” (SEF, 2017, p. 10). Cabe assim a obrigatoriedade de que os profissionais de saúde olhem para estas pessoas e para as suas necessidades enquanto consumidores de cuidados de saúde, tal como identificam diferentes estudos no âmbito da saúde dos imigrantes em Portugal e na Europa (Reis, 2015; World Health Organization, 2010a, 2010b) [WHO],

particularmente na adequação dos cuidados em situações de doença aguda. A nível europeu tem sido sublinhado que os profissionais de saúde precisam saber cuidar e dar resposta às necessidades das pessoas e comunidades migrantes, na especificidade do seu domínio de ação (Declaração de Amsterdão, 2004).

Em Portugal o Plano para a Integração dos Imigrantes em 2007, identifica nos pontos 22, 26 e 28 particularizados à sua saúde, a necessidade de “desenvolver ações de formação contínua, visando a criação de competências interculturais e linguísticas dos prestadores de cuidados de saúde” (Resolução do Conselho de Ministros número 63-A/2007 de 3 de maio). Relativamente à intervenção dos enfermeiros e ao dever pelo respeito pelos valores humanos em contextos multiculturais, pode consultar-se no Código Deontológico do Enfermeiro em Portugal (OE, 2015) sobre o “cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa” (artigo 102º, alínea a). Identifica-se ainda na mesma fonte o dever do respeito por “opções políticas, culturais, morais e religiosas” artigo 102º, alínea f), de todas as pessoas cuidadas. A sensibilidade para lidar com as diferenças culturais das pessoas é também identificada pela Ordem dos Enfermeiros (2012) no suporte da tomada de decisão do enfermeiro de cuidados gerais no acompanhamento dos processos de saúde-doença.

Internacionalmente, enfatiza-se a necessidade de desenvolvimento de competências culturais pelos profissionais de saúde e especificamente dos enfermeiros – pelos cuidados de proximidade que podem desenvolver – associados à intervenção adequada em situações de vulnerabilidade de crianças, jovens e gravidez da mulher; associam-se de forma inequívoca cuidados de saúde adequados para a integração dos imigrantes nos países que os acolhem (WHO 2010a, WHO 2010b).

Das evidências encontradas em estudos internacionais, identificam-se diferentes pontos de reflexão a serem consciencializados pelos enfermeiros no que respeita à preparação para o planeamento e implementação de cuidados com pessoas imigrantes em situação de doença aguda, donde se destacam: a constatação de dificuldades relacionadas com choques culturais entre enfermeiros e pessoas de cultura diversa por divergentes conceções e crenças sobre saúde e doença, e diferentes crenças religiosas; conseqüente necessidade de treino de competências culturais nos enfermeiros, anterior à sua atividade em contextos multiculturais de

cuidados (Vega, 2010); a importância de que os enfermeiros aprendam a comunicar com estratégias de comunicação verbal e não verbal, em contextos de multiculturalidade (Cortis, 2004; Ingleby, 2011); a identificação de sentidos culturais atribuídos ao conceito e práticas relacionadas com a espiritualidade das pessoas imigrantes no acompanhamento de processos de doença (Cortis, 2004; Vega, 2010); a consciencialização de estereótipos sobre pessoas de culturas diversas, conducentes à sua marginalização e descrédito nos contextos de cuidados; a necessidade de identificação de sentimentos de frustração e stresse dos enfermeiros quando se confrontam com o seu próprio desconhecimento sobre outras culturas (Toofany, 2007; Vega, 2010); a barreira da língua e o sentido crítico dos profissionais pouco apurado para um adequado planeamento e desenvolvimento dos cuidados em situação de doença de imigrantes (Peckover & Chidlaw, 2007; Vega, 2010); a ambivalência dos enfermeiros na mobilização de elementos da família de imigrantes nos contextos de cuidados: umas vezes identificado como facilitador na interpretação de mensagens mais imediatas, outras vezes como dificultador – por constrangimentos originados por invasão da privacidade e confidencialidade em situações de cuidados (Tuohy, McCarthy, Cassidy & Graham, 2008; Ingleby, 2011).

Na sequência dos pontos de reflexão enunciados assume-se a necessidade de que os enfermeiros estejam munidos de conhecimento orientador para uma adequada gestão dos seus cuidados em situações de doença em contextos multiculturais (Abreu, 2011; Reis, 2015). É fundamental a consciencialização dos princípios a ter em conta por estes profissionais, para uma tomada de decisão informada e coerente com valores, hábitos e crenças das pessoas imigrantes em situações de doença aguda.

Saúde e doença nas pessoas imigrantes

O acompanhamento dos processos de transição saúde-doença pelos enfermeiros é de acordo com a perspectiva de Meleis (2010a), um aspeto central aos cuidados de enfermagem, associado a mudanças na vida, na saúde, nas relações e no ambiente em que as pessoas imigrantes se movem no país de acolhimento; os enfermeiros assumem um papel fundamental na forma como estas pessoas entram, passam e saem por estas diferentes fases, de forma mais ou menos equilibrada. Para Meleis (2010a, 2010b), as transições em imigrantes são sobretudo experiências

biográficas que corporizam diferentes fases e condições de vida, muito para além das fronteiras geopolíticas atravessadas por estas pessoas. De acordo com a mesma autora, transição define-se como a passagem de uma fase, condição ou *status* para uma outra, considerando-se as dimensões de processo, resultado e de interações complexas com o ambiente onde decorrem como intimamente ligadas aos processos de manutenção do equilíbrio da saúde ou de ocorrência de situações de doença.

A vivência da saúde e da doença nas pessoas imigrantes, ocorre frequentemente a par de dificuldades na comunicação, diretamente ligadas à barreira da língua ou à pouca sensibilidade cultural dos profissionais de saúde no país de acolhimento; em situação de doença aguda, estas dificuldades concorrem mais facilmente para vulnerabilidades físicas, psicológicas e/ou socioculturais destas pessoas, de que falam diferentes autores nacionais e internacionais (Campinha-Bacote, 2011; Ingleby, 2011; Abreu, 2011; Reis, 2015).

Entende-se por doença aguda aquela que é caracterizada por um único ou repetido episódio de início rápido e de curta duração, a partir do qual a pessoa retorna ao seu estado normal ou anterior nível de atividade (Marcano-Reik, 2013). Nesta lógica torna-se importante identificar como é que os enfermeiros podem suprir | ir suprimindo as necessidades dos imigrantes ao longo dos seus processos de transição saúde-doença (Meleis, 2010b). Campinha-Bacote (2011) identifica a este propósito, a necessidade de que os enfermeiros se constituam como facilitadores dos processos de comunicação estabelecida nos momentos de interação em contextos de cuidados fundamentais para a avaliação da capacidade linguística das pessoas nos momentos que designa de “encontros culturais”. Nestes momentos poder-se-á colocar a necessidade de utilização de intérpretes, bem como de outras estratégias de comunicação que facilitem o planeamento e promovam posteriormente a adesão aos cuidados propostos. A mesma autora identifica os encontros culturais a dois níveis – um primeiro focalizado à interação estabelecida entre enfermeiros e pessoas cuidadas, assumindo diferentes enquadramentos culturais entre partes, caracterizando-se o processo de comunicação por sinais verbais e não verbais; um segundo nível em que se identificam momentos de validação na interação, abrindo-se espaço à modificação de valores, crenças e práticas culturais das pessoas cuidadas mas também à aprendizagem de “outras” visões do mundo, para além da que foi

inicialmente assumida pelo enfermeiro, pressupondo-se na linha de pensamento de Carper (1978), um aprofundado “conhecimento de si mesmo”.

Do conhecimento ao cuidar na multiculturalidade

Para a implementação dos cuidados com imigrantes, os enfermeiros precisam de acordo com Leininger (2001), tentar colocar-se no lugar dos “outros” admitindo que há conhecimento que é aprendido com as outras pessoas, assumindo-as como ‘informantes culturais’. Valoriza-se aqui a coerência cultural nos cuidados, baseada num modo específico dos enfermeiros olharem e orientarem a sua intervenção, distinguindo-a de outras em que se dicotomiza mente | corpo (Leininger, 2001).

A mobilização do conhecimento teórico pelo enfermeiro em colaboração com a valorização do conhecimento de quem é cuidado, constitui a “arte” da Enfermagem de acordo com Carper (1978), quando a autora define como padrão estético aquele que numa dimensão subjetiva e criativa se torna visível na ação de cuidar. Na mesma linha de raciocínio, em contexto multicultural de cuidados a mobilização dos saberes pelos enfermeiros configura-se no sentido estético, quando identificadas as necessidades expressas pelas pessoas imigrantes dando-lhes espaço e visibilidade de forma harmoniosa, passível de ser entendida como promotora da sua integração no país que os acolhe.

Do ponto de vista do padrão de conhecimento ético, Carper (1978) define a procura das intervenções adequadas pelos enfermeiros às pessoas, implicando realizar escolhas, apropriadas a cada situação única. A este nível, os enfermeiros portugueses enquadram a sua atividade profissional de acordo com os princípios éticos e deontológicos previstos no Regulamento para o Exercício da Prática de Enfermagem (2015) [REPE]. Na especificidade dos cuidados a imigrantes pode ler-se no artigo 102 sobre o dever do respeito pelos valores humanos, na alínea f), refletindo a importância de que o enfermeiro saiba “respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos”. No mesmo regulamento, no artº 103 sobre o direito das pessoas à vida com qualidade, pode ainda consultar-se na alínea b) que estes profissionais deverão “respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa”.

Da avaliação à implementação nos cuidados com imigrantes

O planeamento dos cuidados em contextos multiculturais pressupõe uma adequada colheita de dados em Enfermagem, desde o primeiro momento de interação entre imigrantes e enfermeiros, visando a recolha de dados para a identificação da história de saúde, aqui designada anamnese cultural (Abreu, 2011; Reis & Costa, 2014; 2015); estes profissionais encontram-se em posição privilegiada, como elo de ligação dentro da equipa multidisciplinar de saúde e entre esta e as pessoas que são foco dos cuidados. É importante considerar-se que o processo de comunicação na história de saúde | anamnese cultural que o enfermeiro desenvolve, está intimamente associado a vários fatores (Abreu, 2009, 2011), dos quais se salientam: o desenvolvimento de relação de confiança recíproca entre enfermeiros e imigrantes; a valorização das representações, opiniões e a mobilização de experiências pessoais de saúde e de doença; a caracterização das transições de saúde-doença, nomeadamente a forma como são percebidas e as expectativas criadas face à intervenção dos enfermeiros.

É sabido que o processo de comunicação durante as etapas do processo de enfermagem, influencia as representações dos imigrantes | família face à sua situação de saúde e doença, variando as mesmas com o nível de proximidade com os enfermeiros que deles cuidam (Hanson, 2004; Reis, 2015). Na mesma perspetiva, a relação de confiança estabelecida configura muitas vezes o enfermeiro, como figura de referência nos cuidados em continuidade, sendo assumida no discurso dos imigrantes como uma “extensão” da família – central ao acompanhamento da vivência das transições de saúde-doença, nomeadamente em contexto de cuidados na comunidade. A utilização do “humor” na comunicação estabelecida durante estes processos é identificada como uma estratégia facilitadora da ação dos enfermeiros (Campinha-Bacote, 2011; Reis, 2015), ajudando sobretudo as crianças – filhas de imigrantes a perderem medos, fortalecendo a relação estabelecida durante a implementação dos cuidados.

Pode considerar-se que o processo de comunicação em contextos multiculturais de cuidados melhora substancialmente com a mobilização de diferentes estratégias pelos enfermeiros, das quais se destacam: a mobilização de intérpretes consentidos e adequados à situação específica de cuidados; a aprendizagem de

palavras e frases chave para ultrapassar a barreira da língua através de recurso à gestualidade culturalmente enquadrada; a pesquisa de forma sistemática de conhecimento sobre vivências culturais de saúde e doença; o investimento no aprofundamento da avaliação inicial, para proposta culturalmente enquadrada na implementação dos cuidados. Em Portugal o atual Alto Comissariado para as Migrações [ACM], oferece um Serviço de Tradução Telefónica (Alto Comissariado para a Integração e Diálogo Intercultural, 2010), existindo a possibilidade de mobilização de intérpretes profissionais por qualquer profissional de saúde – embora com a limitação da necessidade de agendamento prévio das conferências telefónicas.

Cabe aqui a explicitação, fundamentada em evidências científicas nacionais e internacionais, de que a mobilização de intérpretes mais frequente em contexto de cuidados é a de familiares e | ou conhecidos dos imigrantes. Esta situação deverá ser sempre devidamente ponderada em situações de cuidados de saúde, considerando o risco da inibição na colocação de questões pelos enfermeiros, ao tentarem evitar constrangimentos causados pela presença de ‘terceiras pessoas’, grande parte das vezes familiares ou vizinhos da pessoa cuidada (Ingleby, 2011; Reis, 2015).

Na Figura 1 identificam-se os principais elementos a serem considerados pelos enfermeiros nos processos de comunicação estabelecida, com vista à recolha de dados na anamnese cultural com pessoas imigrantes nos processos de saúde-doença, de acordo com a perspetiva de Abreu (2011) adotada por Reis (2015). Propõe-se que a colheita de dados seja estruturada privilegiando as seguintes dimensões: informação genérica; representações do utente face ao problema de saúde atual; integração cultural e linguagem e comunicação.

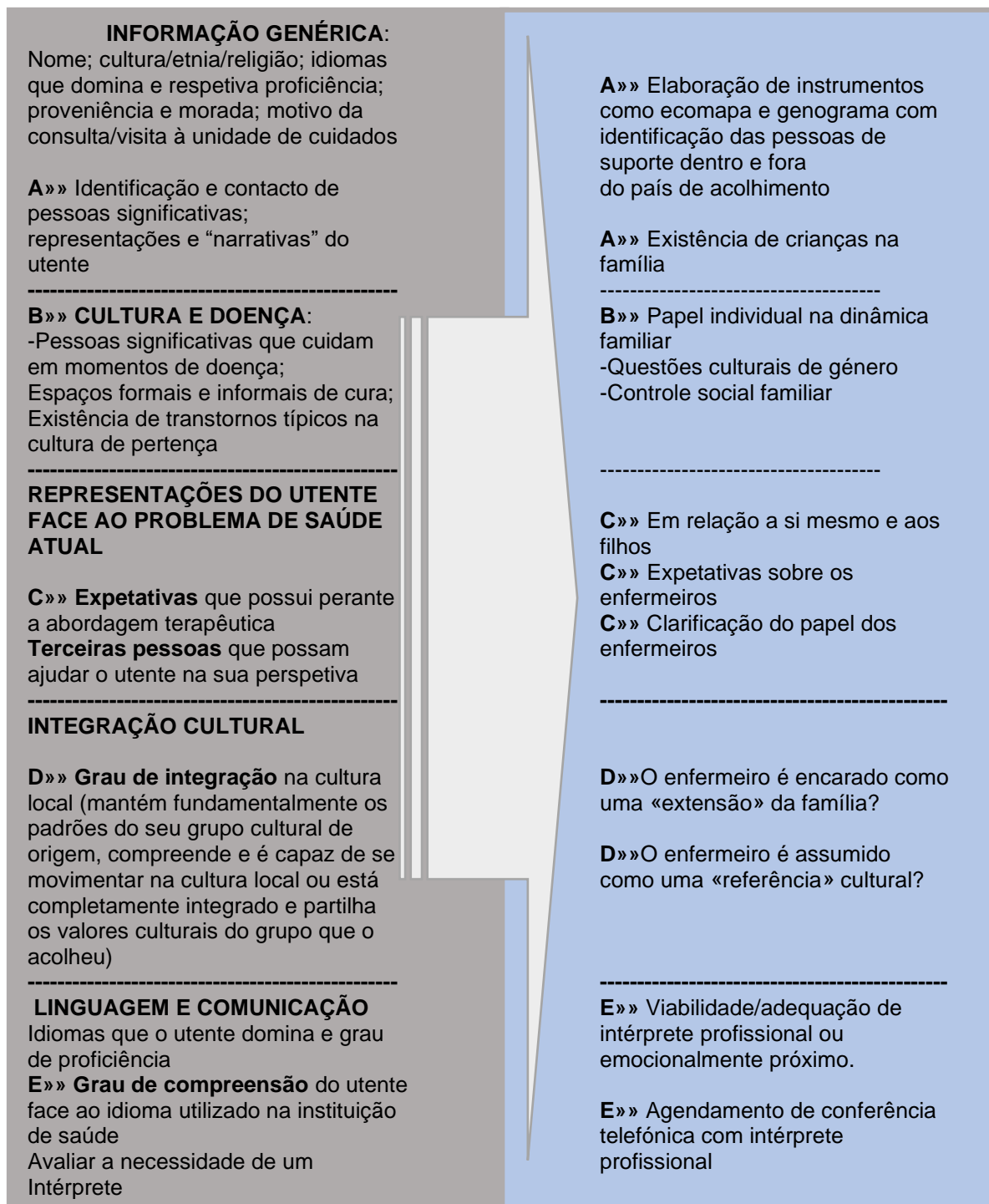
A estrutura proposta na figura pretende contribuir para que os enfermeiros ultrapassem dificuldades, na implementação das intervenções de enfermagem com pessoas imigrantes, aqui entendidas de acordo com a linguagem da *Nursing Interventions Classification* [NIC] (North American Nursing Diagnosis Association, 1999) – como “todas as intervenções realizadas pelos enfermeiros, tanto as independentes quanto as colaborativas, assim como as de atendimento direto e indireto” (Johnson, Bulechek, Dochterman, Maas & Moorhead, 2005, p. 14).

.....As dificuldades identificadas poderão focalizar-se em diferentes níveis: desconhecimento de especificidades enquadradoras do processo de comunicação

(como crenças religiosas e vivência de processos de saúde e de doença); subvalorização entre os diferentes profissionais da equipa multidisciplinar de saúde, das necessidades particulares dos imigrantes; receios e desconfianças mútuos (entre enfermeiros, outros profissionais de saúde e imigrantes), pela barreira da língua e por desconhecimento de padrões culturais diferentes dos contextos de cuidados no país de acolhimento.

.....No lado direito da figura, sugerem-se alguns elementos a serem mobilizados na condução da anamnese cultural pelos enfermeiros (a estrutura base do guião de recolha de dados é apresentada no lado esquerdo da figura), considerando que a sua explicitação contribuirá para ultrapassar ou minimizar as dificuldades identificadas nos cuidados de enfermagem a pessoas imigrantes.

Figura 1: Estrutura para recolha de dados com pessoas imigrantes, em processos de saúde-doença.



Fonte: Adaptado de Reis, 2015.

Em contextos de multiculturalidade, a especificidade da mobilização dos dados colhidos pelos enfermeiros, conduz à identificação de diagnósticos de enfermagem, destacando-se aqui como exemplo, pela sua importância, dois de entre eles – *Ansiedade*¹ e *Comunicação verbal prejudicada*² [NANDA] (North American Nursing Diagnosis Association, 2017). Tendo em conta estes diagnósticos, na Figura 2. salientam-se os Resultados e as Intervenções de Enfermagem mais frequentemente enquadrados às necessidades das pessoas imigrantes.

Tabela 1: Resultados e Intervenções de Enfermagem mais frequentemente enquadrados às necessidades das pessoas imigrantes nos diagnósticos NANDA-Internacional selecionados.

ANSIEDADE ¹	COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA ²
Definição: Um vago e incómodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por uma resposta autonómica; a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo; um sentimento de apreensão causado pela antecipação do perigo. É um sinal variável que alerta para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça.	Definição: Estado no qual um indivíduo experimenta uma habilidade diminuída, retardada ou ausente para receber, processar, transmitir e usar um sistema de símbolos; qualquer coisa que tenha significado, ou seja, transmita significado.
Resultado 1: Controle da ansiedade	Resultado 1: Capacidade de comunicação
Intervenções * Principais: Redução da ansiedade * Sugeridas: Aconselhamento; Aumento da segurança; Consulta por telefone; Melhoria do enfrentamento; Ouvir ativamente; Presença; * Opcionais: Controle do ambiente; Facilitação da meditação; Grupo de apoio; Orientação para imagem focalizada; Terapia simples de relaxamento;	Intervenções * Principais: Melhoria da comunicação: ouvir ativamente; * Sugeridas: Melhoria da comunicação: Presença; Redução da ansiedade; Toque; * Opcionais: Aumento da socialização;
Resultado 2: Enfrentamento	Resultado 2: Comunicação: capacidade de expressão
Intervenções * Principais: Melhoria do enfrentamento; Orientação antecipada;	Intervenções * Principais: Melhoria da comunicação: déficit da fala;

<p>*Sugeridas: Aconselhamento; Apoio espiritual; Facilitação da meditação; Humor; Intervenção em crise; Manutenção do processo familiar; Presença; Suporte emocional; Técnica para acalmar;</p> <p>*Opcionais: Arte-terapia; Jogo terapêutico; Terapia de grupo; Terapia recreacional;</p>	<p>*Sugeridas: Ouvir ativamente; Treino da assertividade;</p> <p>*Opcionais: Aumento da socialização; Redução da ansiedade;</p>
<p>Resultado 3: Habilidades de interação social</p>	<p>Resultado 3: Comunicação: capacidade de receção</p>
<p>Intervenções</p> <p>*Principais: Construção de relação complexa; Modificação do comportamento: habilidades sociais;</p> <p>*Sugeridas: Aconselhamento; Assistência no controle da raiva; Manutenção do processo familiar; Ouvir atentamente; Redução da ansiedade; treino da assertividade;</p> <p>*Opcionais: Humor; Melhoria do enfrentamento; Técnica para acalmar; Terapia de grupo; Treino para controle de impulsos;</p>	<p>Intervenções</p> <p>*Principais: Melhoria da comunicação;</p> <p>*Sugeridas: Aumento da disposição para aprender; Melhoria da comunicação: déficit da fala; Ouvir ativamente;</p> <p>*Opcionais: Controle do ambiente; Estimulação cognitiva; Intermediação cultural; Orientação para a realidade;</p>

Fonte: Adaptado de *NANDA International, Inc. Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2018-2020*.

Considerações finais

Nos contextos multiculturais de cuidados, emerge a necessidade de flexibilidade e de capacidade de negociação para o reenquadramento cultural entre partes, enfermeiros e imigrantes, nomeadamente nas situações de vulnerabilidade como as de doença aguda. Regista-se frequentemente a mobilização de intérpretes não profissionais em contextos multiculturais, podendo configurar-se riscos na segurança dos cuidados com imigrantes, potenciando situações de ansiedade; contudo as interações com estas pessoas, são promotoras da procura de conhecimento ativo pelos profissionais, sobre diferentes vivências dos processos de saúde-doença na vida de pessoas originárias de diferentes países. Por outro lado, as representações das pessoas imigrantes face aos seus problemas de saúde, estão muitas vezes associadas à relação de confiança com os enfermeiros e à conotação destes profissionais como se de uma “extensão” da sua própria família se tratasse.

Importa valorizar-se a necessidade de investimento no desenvolvimento de competências culturais dos profissionais de saúde em geral e dos enfermeiros em particular, quando se pretende melhorar os cuidados em contextos multiculturais. Estes cuidados são parte integrante do processo de integração dos imigrantes em Portugal, logo estão também associados à saúde da comunidade no seu todo, incluindo a saúde dos cidadãos autóctones que convivem com estas pessoas diariamente. A profissão de enfermagem, como integrante da área da saúde, deverá definir-se relativamente ao que entende por respeito por valores, costumes, religiões de pessoas culturalmente diversas, como se refere no Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015), e também por “sensibilidade para lidar com (...) diferenças” como se enfatiza nas competências do enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2012).

O mandato social da profissão de Enfermagem obriga à clarificação das respostas que estruturam os cuidados a imigrantes com contornos específicos, no que concerne ao desenvolvimento de competências culturais nos enfermeiros, tal como se prevê no II Plano para a Integração de Imigrantes português (Resolução do Conselho de Ministros nº 74/2010 de 17 de setembro). É na definição destas respostas que se enquadra o desenvolvimento de unidades de saúde culturalmente recetivas, cujas equipas multidisciplinares deverão ser compostas por profissionais de saúde culturalmente competentes e sensíveis, visando o planeamento e implementação de cuidados adequados nomeadamente em situações de doença aguda, como prevê a Declaração de Amsterdão desde 2004, com hospitais *migrant-friendly* numa Europa etno-cultural diversificada. Deste modo é fundamental o desenvolvimento da investigação em enfermagem no sentido da sustentação dos cuidados – através da compreensão cultural das pessoas envolvidas – profissionais e imigrantes. A organização de uma colheita de dados de forma holística e compreensiva ancorada na utilização de indicadores de processo e de resultados (Abreu, 2011; Reis, 2015) constituirá um elemento importante para a produção de investigação em contextos de multiculturalidade.

A investigação no âmbito das competências culturais nos enfermeiros – entendidas como as que são necessárias para cuidar na multiculturalidade – possibilitará provavelmente o seu enquadramento num futuro próximo como competências acrescidas, isto é como aquelas que permitem responder de forma

especializada à complexidade das intervenções de Enfermagem exigidas pelos cuidados de saúde aos cidadãos em múltiplos contextos (OE, 2017). Em sequência, acredita-se que o desenvolvimento de competências culturais será progressivamente assumido como uma inevitabilidade ao nível da produção de conhecimento em enfermagem enquanto disciplina mas também no âmbito da sua utilidade social, pela diversidade de pessoas cuidadas, profissionais e contextos, que se destacam atualmente como foco de cuidados na realidade portuguesa e europeia.

Referências

-Abreu, W. C. (2009). A anamnese em contextos multiculturais: Avaliação inicial e recurso aos cuidadores informais. In Lopes, J. C. R., Santos, M.C., Matos, M.S.D. & Ribeiro, O. P. (Eds.), *Multiculturalidade: Perspectivas da enfermagem - contributos para melhor cuidar* (pp. 11-46). Loures, Portugal: Lusociência.
-Abreu, W. (2011). *Transições e Contextos Multiculturais*. (2ª ed.).Coimbra, Portugal: Formasau.
-Alto Comissariado para a Integração e Diálogo Intercultural. ACIDI (2010). *Traduzir pela saúde*. Recuperado de www.acidi.gov.pt/noticias/visualizar-noticia/4cdbf631de114/traduzir-pela-saude
- Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 247-333.
-Campinha-Bacote, J. (2011). Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict: the role of cultural competence. *The online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), 1-8.
- Cortis, J. D. (2004). Meeting the needs of minority ethnic patients. *Journal of Advanced Nursing*, 48 (1), 51-58.
-*Declaração de Amsterdão: hospitais migrant-friendly numa europa etno-cultural diversificada* (2004). Recuperado de http://www.migesplus.ch/uploads/tx_srpkdf/files/mfh_amsterdam_declaration_portuguese.pdf
-Decreto - Regulamentar nº 2/2013 de 18/março. Alteração ao Decreto-Regulamentar nº 84/2007 de 5 de novembro. Regulamentação da entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros do território nacional. Ministério da Administração Interna. Lisboa, Portugal.
-Fonseca, M. L., Silva, S., Esteves, A. & McGarrigle, J. (2009). *Mighealthnet – Relatório sobre o Estado da Arte em Portugal*. Lisboa, Portugal: Centro de Estudos Geográficos.
- Hanson, S.M.H. (2004). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação* (2ª ed.). Loures: Lusodidata.
-Ingleby, D. (2011). Good practice in health provision for migrants. In Rechel, B., Mladovsky, P., M., Devillé, W., Rijk, B., Petrova-Benedict, R. & McKee, M. (Eds). *Migration and health in the European Union* (pp. 227-241). Berkshire, USA: McGraw Hill.
-Johnson, M., Bulechek, G., Dochterman, M.J., Maas, M. & Moorhead, S. (2005). *Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem: Ligações entre NANDA, NOC e NIC*. Brasil, São Paulo: Artmed Editora.
-Leininger, M.M. (2001). A mini journey into transcultural nursing with its founder. *Nebraska Nurse*, 32(4), 16-17.
-Machado, M.C., Pereira, F. & Machaqueiro, S. (2010). Approaches to Migrant Health in Portugal. *Eurohealth*, 16(1), 30-31. Recuperado de <http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/VOL16No1/Machado.pdf>
-Marcano-Reik A.J. (2013) Acute Disease. In: Gellman M.D., Turner J.R. (eds) *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. Springer, New York, NY.

....Meleis, A. I. (2010a). Transitions from practice to evidence-based models of care. In Meleis, A. I. (Ed.), *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. (pp. 1-10) New York, USA: Springer Publishing Company.

....Meleis, A. I. (2010b). Role insufficiency and role supplementation: a conceptual framework. In Meleis, A.I. (Ed.), *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 13-24). New York, USA: Springer Publishing Company.

....Nunes, L. (2009). Multiculturalidade – a perspetiva da ordem dos enfermeiros. In Lopes, J.C.R., Santos, M.C., Matos, M.S.D. & Ribeiro, O.P. (Eds.), *Multiculturalidade: Perspectivas da enfermagem – contributos para melhor cuidar* (pp. 47-64). Loures, Portugal: Lusociência.

....North American Nursing Diagnosis Association (2017). *Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2018-2020*. Philadelphia: Author.

....Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual-enunciados descritivos*. Lisboa, Portugal: OE.

....Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem. (2012). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa, Portugal: OE.

....Ordem dos Enfermeiros (2015). *Código deontológico do enfermeiro. Estatuto da OE*. Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. Lisboa, Portugal: OE.

....Ordem dos Enfermeiros. Conselho Jurisdicional e Gabinete de Comunicação e Imagem (2015). *Estatuto da ordem dos enfermeiros e REPE*. Lisboa, Portugal: OE.

....Ordem dos Enfermeiros (2017). Regulamento nº 556/2017 – Diário da República nº 200/2017, Série II de 2017-10-17. *Regulamento Geral das Áreas de Competência Acrescida*. Lisboa, Portugal: OE.

....Peckover, S. & Chidlaw, R.G. (2007). The (Un) - certainties of district nurses in the context of cultural diversity. *Journal of Advanced Nursing*, 58 (4), 377- 378.

....Resolução do Conselho de Ministros nº63-A/2007 de 3 de maio. Diário da República nº 85 – I Série. Plano para a integração dos imigrantes. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa, Portugal.

....Resolução do Conselho de Ministros nº 74/2010 de 17 de setembro. Diário da República nº182 – I Série. II Plano para a Integração de Imigrantes. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa, Portugal.

....Reis, A. & Costa, M.A.M. (2014). Cuidar imigrantes: das interações em contexto à construção de competências culturais nos enfermeiros. *Referência*, 5, p. 61-69.

....Reis, A. (2015). *Da multiculturalidade em cuidados às competências nos enfermeiros*. Saarbrücken: Novas Edições Acadêmicas.

....Serviço de Estrangeiros e Fronteiras – SEF (2015). *Relatório de imigração, fronteiras e asilo-2014. Departamento de Planeamento e Formação - Núcleo de Planeamento: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras*. Lisboa, Portugal: SEF.

....Serviço de Estrangeiros e Fronteiras – SEF (2017). *Relatório de imigração, fronteiras e asilo-2016. Departamento de Planeamento e Formação - Núcleo de Planeamento: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras*. Lisboa, Portugal: SEF.

....Toofany, S. (2007). Minority ethnic groups' experiences and expectations of nursing in primary care. *Primary Health Care*, 17 (2), 39-42.

....Tuohy, D. McCarthy, J., Cassidy, I. & Graham, M.M. (2008). Educational needs of nurses when nursing people of a different culture in Ireland. *International Nursing Review*, 55 (1), 164-170.

....World Health Organization. (2010a). Health of migrants – the way forward: report of a global consultation (2010). Madrid, Espanha: WHO.

....World Health Organization. (2010b). How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity. Briefing on policy issues produced through the WHO/European commission equity project (2010b). Copenhagen, Denmark: WHO.

....Vega, A. (2010). *Soignants/soignés: pour une approche anthropologique des soins infirmiers*. Bruxelles, Belgique: de boeck.