

COMPETÊNCIA CULTURAL: ANÁLISE DO CONCEITO SEGUNDO A METODOLOGIA TRADICIONAL DE WALKER E AVANT

Francisco Rafael de Araújo Rodrigues¹

Instituto de Ciências da Saúde Abel Salazar

rafaelrodrigues.rfl@gmail.com

José Joaquim Penedos Amendoeira Martins²

Instituto de Ciências da Saúde Abel Salazar

jjpam2@gmail.com

Maria Lúcia Duarte Pereira³

Universidade Estadual do Ceará

luciad029@gmail.com

Este estudo teve como objetivo: explorar o significado do conceito de competência cultural, a fim de clarificá-lo na prática de enfermagem. Foi utilizada a metodologia tradicional de análise de conceito proposto por Walker e Avant, nos 15 textos selecionados da EBSCOhost e da Biblioteca Virtual da Saúde. Concluiu-se que a associação entre as características ético-humanitárias pessoais e profissionais, a habilidade cultural com foco na comunicação e o conhecimento cultural são identificadas como as principais características para a existência do conceito.

PALAVRAS-CHAVE: Competência cultural; Enfermagem transcultural; Formação de conceito.

1 INTRODUÇÃO

As disciplinas científicas têm vivenciado uma crise contínua sobre as suas origens de base de conhecimento. Na enfermagem, o *status* de disciplina científica incorpora a característica de examinar, formal e concretamente, os conceitos observados na prática, ensino ou na pesquisa (MCEWEN, WILLS, 2009). Mesmo assim, muitos dos conceitos em enfermagem são emprestados de outras disciplinas (MELEIS, 2007, TOMEY, ALLIGOOD, 2003).

Tomando como definição de conceito, as ideias mais importantes que explicam os fenômenos (TOMEY, ALLIGOOD, 2003). Serralheiro (2005:9) define que:

“Os conceitos fazem parte integrante do conhecimento do mundo que nos rodeia, utilizamo-los frequentemente para descrever acontecimentos, explicar a nossa maneira de ver as coisas, em resumo, os conceitos fazem parte da nossa linguagem quotidiana. Quer os conceitos sejam utilizados na linguagem corrente ou organizados para constituir uma teoria, eles fazem parte da aprendizagem”.

Fora dos conceitos não podemos tomar consciência da universalidade do conhecimento, já que constituem uma linguagem comum do saber científico. A justificativa para o desenvolvimento dos conceitos apoia-se na necessidade de esclarecimento do significado dos fenômenos e na delimitação do corpo de conhecimento para a área em questão (MELEIS, 2007).

Neste artigo, tomo como ênfase o conceito de competência cultural. A origem deste conceito para a enfermagem está fundamentada nos processos de pesquisa de abordagem qualitativa ou no significado do fenômeno de interesse e seu relacionamento teórico (MCEWEN, WILLS, 2009).

O contexto atual requer constantes adequações que evitem acomodação e intervenções padronizadas. Daí, entende-se que a compreensão de competência cultural irá possibilitar a implementação de estratégias singulares para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e diminuir as disparidades existentes nas sociedades multiculturais (LOPES, et al, 2009).

Nesta perspectiva, a sensibilidade cultural passa a ter influência significativa para práticas de saúde e de enfermagem culturalmente competentes e congruentes (WOLF, CALMES, 2004, LEISHMAN, 2004).

Purnel, Paulanka (2010:2), explicam que a consciência cultural consiste em “ (...) aumentar a satisfação dos utentes, face aos cuidados de saúde, e na redução das razões multifatoriais causadoras de desigualdades e complicações baseadas no género, na raça e na etnia que interferem na prestação de cuidados”.

Saliento que com a competência cultural, os profissionais devem estar atentos para o bem individual: respeitando as escolhas das pessoas, mas também que riscos essa liberdade de ação poderá trazer para o bem comum.

Para a incorporação deste conceito na enfermagem, é necessária a compreensão e a consciencialização da amplitude dos aspetos morais e culturais diante da possibilidade de adequação a cada caso. Garantir a manutenção da identidade multicultural e minimizar a imposição cultural, o profissional deve desapropriar-se de preconceitos e estigmas que estejam edificados dentro da sua cultura subjetiva.

A motivação para a realização deste estudo teve como propósito único explorar o significado do conceito de competência cultural, a fim de clarificá-lo na prática de enfermagem.

A finalidade de analisar este conceito está num esclarecimento, reconhecimento e definição do significado do mesmo, que promova o seu entendimento por parte do enfermeiro para a redução da imposição de cuidados formatados como guia das suas práticas.

2 METODOLOGIA

A metodologia tradicional de análise de conceito de Walker e Avant é derivada dos trabalhos de Wilson, filósofo e pedagogo inglês, e está descrita em 8 etapas (SERRALHEIRO, 2005) que ocorrerem de forma simultânea, num processo interativo de recolha das informações: seleção do conceito, objetivo de análise, identificação dos usos do conceito, determinação de atributos, desenvolvimento de casos modelo e de outros casos, identificação de antecedentes e consequentes, definição de referentes empíricos.

Analisar um conceito, por este método, tem por objetivo clarificar as suas relações com a prática da enfermagem (MOTA, CRUZ, PIMENTA, 2005), podendo distinguir os atributos mais pertinentes ao conceito em estudo, dos atributos irrelevantes.

Da análise resulta uma definição que reflete a sua validade e fiabilidade, isto é, uma lista de definições, dos atributos e dos antecedentes que podem ser utilizadas como base teórica para a investigação futura (MCEWEN, WILLS, 2009).

A escolha de estudar a competência cultural residiu no fato de ser um conceito pouco clarificado e, mesmo relacionado com a prática de cuidar em enfermagem, está desenvolvido apenas nos processos de pesquisa qualitativa.

Para identificar os diversos usos do conceito de competência cultural, foram utilizados 15 artigos de periódicos disponíveis *on-line*, no formato de texto completo e escritos em idioma português e inglês.

Os artigos foram obtidos através de consultas à Biblioteca Virtual de Saúde e ao Scielo Brasil, e que tivessem o termo: “competência cultural” no título e no assunto, e classificado no domínio “enfermagem”.

Também se optou pela pesquisa na EBSCOhost: nas bases da CINAHL, MEDLINE, Academic Search Complete, sendo selecionados os artigos que apresentassem os termos: “*cultural competence*” no título, “*transcultural care*” no texto e estivessem classificados no domínio “*transcultural nursing*”.

O critério de exclusão levou em consideração o recorte temporal de 2005 a abril de 2011, tendo por base outra análise do mesmo conceito, já publicada por Suh, E.E. (2004) com o título: *The model of cultural competence through an evolution concept analysis* no *Journal of Transcultural Nursing*.

Com a escolha desse período de tempo, torna-se relevante salientar que eventos específicos do quadro social, económico, político e sanitário não foram tidos em conta, por poderem, o que possibilita um melhor esclarecimento do fenómeno em estudo na área da saúde e da enfermagem.

A leitura dos artigos selecionados considerou os mais distintos contextos para a identificação dos usos do conceito. Foram listados os atributos críticos, ou seja, características definidoras, que pelas definições, observou-se que muitos autores utilizavam sinónimos para descrever a mesma característica inerente a competência cultural.

Foram criadas 3 categorias semânticas que aproximam as diferentes definições: carácter pessoal, habilidade cultural e conhecimento cultural.

Concomitante a lista de atributos, iniciou-se a construção do caso modelo. Esse caso é considerado um exemplo legítimo do conceito. Essa etapa visou a ilustração paradigmática do conceito, contemplando todas as características definidoras da competência cultural.

O desenvolvimento de outros casos: caso limítrofe, caso relacionado, caso contrário, caso inventado e caso ilegítimo, foram adicionais construídos que não corresponderam aos exemplos legítimos do conceito.

Esses foram realizados para auxiliar na decisão de quais eram as características realmente apropriadas para o conceito em questão. Ressalto que para este artigo serão apresentados como casos adicionais: o contrário e o ilegítimo.

Foram identificados os antecedentes e os consequentes do conceito através do levantamento de incidentes ou eventos que acontecem *a priori* e *posteriori* da sua existência, respetivamente.

A definição dos referentes empíricos está na etapa final do processo, com o intuito de determinar os fenómenos observáveis quando o conceito estivesse presente.

Os referentes empíricos são muito úteis na prática clínica para orientar o enfermeiro sobre o fenómeno a observar, pois são critérios que servem para diagnosticar a existência do conceito em situações particulares.

Neste caso, os atributos críticos e os referentes empíricos foram de difícil identificação, já que o conceito analisado é de domínio abstrato e estes são pouco observáveis.

3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O recorte bibliográfico mostrou a amplitude do conceito estudado. Foi identificado que a competência cultural é um fenómeno presente em diversas áreas de domínio da enfermagem: enfermagem oncológica, em saúde mental, em saúde do idoso, em cuidados paliativos, em cuidados domiciliários (*home care*), em cuidados transculturais (enfermagem internacional) e para o campo de lei dos cuidados (*nursing law*).

Com a finalidade de abranger o maior número de contextos possíveis nos quais o conceito de competência cultural está presente, todas as definições foram incluídas na análise.

Atributos definidores

Os atributos da essência humana definem um **caráter pessoal** no processo de competência cultural. Destacaram-se características individuais de base ético-humanística como: *empatia, respeito, confiança, vínculo, flexibilidade, franqueza, humildade e compaixão*.

A consciência cultural também se incorpora nestas características individuais. Este atributo é determinado pela orientação cultural de cada indivíduo, ou seja, a capacidade em desenvolver a sua *autenticidade*: no exercício da própria identidade cultural (autoconsciência) e pela *disponibilidade para entender outras culturas*.

Essa característica contribui para diminuir as dissonâncias culturais e a imposição de uma cultural, pois reconhecem os preconceitos, os estereótipos e as suposições sobre indivíduos diferentes, numa atitude respeitosa para com pontos de vista diversos.

Destaco a categoria: **habilidade cultural**. Permeia a *habilidade de comunicação* através de terminologia, *de linguagem adequada a cada cultura* e de *ênfase no idioma*.

Os indivíduos devem ser capazes de transmitir as informações de forma precisa, discutir os assuntos culturais abertamente e sugerir respostas baseadas na cultura e avaliar etnicamente o significado que a cultura tem para as pessoas. Ressalto, para esta categoria, a *aprendizagem de idiomas novos e técnicas para romper as barreiras de comunicação*.

A última categoria, denominada de **conhecimento cultural**, inclui os atributos intraculturais, ou seja, conhecimento cultural específico marcado dentro de diferentes culturas que afetam vários aspetos da vida de cada pessoa.

Destaco como características, o conhecimento da *compreensão da existência de diversas crenças (religião), relações de género e de papéis sociais, impacto da classe sócio-económica, etnicidade, acessibilidade à educação, tradições, estrutura familiar, conceção de estado de saúde-doença, modos de comportamento, estilos de comunicação, impacto de reunião social e as políticas de saúde*.

Essas características reforçam a ideia da diversidade social e da existência de um campo transcultural para a compreensão das interações sociais.

Caso modelo

Ilustrativamente, cito como modelo situacional de competência cultural, o seguinte caso: Mulher de meia-idade, chinesa, de férias em Portugal, grávida de 05 meses apresenta sangramento transvaginal intenso. O enfermeiro rapidamente vem para o atendimento e, mesmo sabendo que não é permitido homem acompanhante naquele setor, autoriza a presença do marido durante toda a consulta, já que estava ciente que teria que se referir sempre ao homem, conforme os costumes do casal. Explica, em idioma chinês, de forma bem simples que, pelo diagnóstico médico, trata-se de um aborto espontâneo e a mulher teria que ficar internada. Ele explica todo o procedimento e os cuidados de enfermagem que irá realizar. Informa-os que o hospital disponibilizará um intérprete para facilitar a comunicação com os outros profissionais. O enfermeiro

esclarece que não pagarão as despesas financeiras derivadas do internamento. Exemplifica que há 5 anos quando ele esteve em missão na China, o mesmo aconteceu à sua esposa e, devido ao Acordo de Cooperação Mútua em Cuidados de Saúde, o governo de Portugal pagou os gastos com a saúde da esposa dele. O casal, confiante, realizou todos os procedimentos com êxito. (C1)

Este caso apresenta todos os critérios de competência cultural: características ético-humanitárias pessoais e profissionais, habilidade cultural, conhecimento cultural.

Outros casos

Na tentativa de observar as contradições aparentes dos atributos, compara-se o caso modelo com exemplos de casos adicionais: contrário e o ilegítimo.

Caso contrário: Mulher espanhola em trabalho de parto, emigrante em Portugal e com costume cigano. Chega ao hospital acompanhada da filha de 18 anos, e apesar da dificuldade em falar no idioma português, verbaliza querer “parir de pé”, conforme o costume do seu povo. O enfermeiro obstetra, ao examiná-la rapidamente e sem disposição para ouvi-la, pede para a filha lhe explicar que só é permitido ter filho na mesa de parto. Solicita que ela se deite, pois a criança já está “a coroar”. A mulher, sem entender o que o profissional havia dito chora, pensando que algo de errado está a acontecer ao seu bebé. (C2)

Caso ilegítimo: Puérpera chinesa residente em Portugal, diz só pode amamentar o filho após a autorização do marido chinês. O recém-nascido chora de fome há quase 2 horas. As demais puérperas internadas no alojamento conjunto, sentindo-se incomodadas, solicitam à enfermeira que resolva a situação. A enfermeira inflexivelmente responde que nada pode fazer, pois não se consegue comunicar em chinês e que está a respeitar os costumes da mãe. (C3)

No (C2), fica claro que o profissional de saúde não dispõe de atitude humanística, não demonstra a disponibilidade para entender a outra cultura, nem utiliza estratégias corretas e apropriadas de linguagem que facilitem a comunicação. Isto dá um exemplo do que o conceito não é.

Por outro lado, o (C3) utiliza termos impróprios ou fora de contexto para o conceito. Observe que, apesar de a enfermeira reagir à solicitação, a sua manifestação não caracteriza competência cultural, mas negligência profissional.

Antecedentes e consequentes

Reconhecer os antecedentes e consequentes do conceito facilita a determinação de variáveis para estudos futuros (MOTA, CRUZ, PIMENTA, 2005).

Os antecedentes identificados que *a priori* ocorrem para a existência da competência cultural, foram: *a crescente diversidade da população*, daí ressalta-se a visibilidade dos grupos antes invisíveis socialmente (casais homoafetivos, idosos, tóxico dependentes, mulheres), como, também, a diversidade de profissões e de serviços com a tendência à inclusão da mão-de-obra feminina e de imigração.

Outro evento que precisa ocorrer para possibilitar a existência do conceito está relacionado com o desejo cultural expresso na *motivação profissional, satisfação no cargo, clareza de papel*, e na disponibilidade para os encontros culturais: através de *viagens, missões, estágios, visitas domiciliares*.

Esse compromisso com a profissão e a disponibilidade para interagir com grupos diversos possibilitam a auto-avaliação e o desenvolvimento de relações intersubjetivas que valorizam o equilíbrio cultural.

Por último, trago, como antecedente ao conceito, a *mudança na estrutura educacional* que deixa de ser estereotipada apenas na cultura do profissional, tornando a pessoa co-responsável na gestão da sua saúde.

Os **consequentes** são observáveis na *diminuição da discriminação, racismo e disparidades* na saúde para grupos de minorias, melhorando a qualidade de serviços e resultados; o uso de *intérpretes profissionais* e uma maior *aproximação entre a teoria e os aspectos da prática*.

Referências empíricas

A análise permitiu-nos afirmar que estes referenciais empíricos associados são características pertinentes e úteis na prática clínica do enfermeiro. Foram listados como referentes empíricos: compreensão de idiomas, a inclusão de intérprete profissional nos serviços (habilidade cultural), visitas domiciliares (encontro cultural), acolhimento (sensibilidade cultural), valorização das crenças e hábitos, do auto-conceito de saúde-doença e de cuidados de saúde-doença (conhecimento cultural).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se que o conceito de competência cultural se estrutura ainda bastante amplo no contexto de internacionalização em que se insere.

A análise considera que os atributos da competência cultural se constroem pela existência de muitos outros conceitos interligados, o que torna difícil o reconhecimento das suas características definidoras.

O dinamismo dos atributos de essência humana, associados a uma perspectiva secundária da cultura, como migrações, *status* sócio-económicos e educativos, por exemplo, vinculam o conceito às visões individuais de ‘mundo’, que são intensificadas conforme o grau de identidade da pessoa com sua cultura e profissão.

Este aspeto subjetivo apresenta um importante contraponto, quando comparado com outros referentes que se estabelecem pautados em características primárias de uma cultura e facilmente mensuráveis, como, por exemplo: a etnia, o idioma e a religião.

Conclui-se que essa circularidade existente entre os referentes de competência cultural, pode pouco contribuir para a operacionalização desse conceito.

Uma abordagem metodológica exploratória auxiliaria uma melhor definição dos aspetos culturalmente competentes, necessários para intervenções culturalmente congruentes em saúde e enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Leishman J. Perspectives of cultural competence in health care. *Nursing Standard*. 2004; 19(11): 33-8.
- Lopes JcdosR, Santos MC, Matos MSDde, Ribeiro OP. *Multiculturalidade: perspectivas da enfermagem - contributos para um melhor cuidar*. Loures: Lusociência, 2009.
- McEwen M, Wills EM. *Bases teóricas da enfermagem*. 2ªed. Porto Alegre: Artemed, 2009.
- Meleis AI. *Theoretical Nursing: development and progress*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
- Mota DDCdeF, Cruz DdeALMde, Pimenta CAdeM. Fadiga: uma análise do conceito. *Acta Paul Enferm*. 2005; 18(3): 285-93.
- Purnel LD, Paulanka BJ. *Cuidados de saúde transculturais: uma abordagem culturalmente competente*. Loures: Lusodidacta, 2010.
- Serralheiro ME. Identificação, organização, operacionalidade, análise e desenvolvimento de conceitos.[cadernos de apoio à disciplina de ciências da enfermagem II do curso de mestrado em ciências da enfermagem]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar/Universidade do Porto, 2005.

Tomey AM, Alligood MR. Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2003.

Wolf KE, Calmes D. Cultural competence in the emergency department. Topics in Emergency Medicine. 2004; 26(1): 9-13.

NOTAS

¹Enfermeiro, doutorando em ciências da enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS) da Universidade do Porto. Bolsista da CAPES - Proc. nº 069312-0. E-mail: rafaelrodrigues.rfl@gmail.com

²Enfermeiro, PhD em sociologia da educação. Prof. do Curso de Mestrado em Ciências da Enfermagem do ICBAS da Universidade do Porto. E-mail: jipam2@gmail.com

³Enfermeira, pós-doutora em psicologia social. Prof. do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (Brasil). E-mail: luciad029@gmail.com