



MULTI CULTURAL **CARE**

**Educar Estudantes para
Intervir em Contextos Multiculturais
Complexos Através de Métodos
de Aprendizagem Inovadores**



E-BOOK

Multiculturalcare: Educar Estudantes para Intervir em Contextos Multiculturais Complexos Através de Métodos de Aprendizagem Inovadores (refª. 2020-1-PT01-KA203-078530)

Consortium

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Universidade de Castilla-La Mancha
UC Leuven-Limburg

COMO CITAR O E-BOOK (APA - 7ª Edição)

Monteiro, A. P., Melgar de Corral, G. Ugarte-Gurrutxaga, M. I. (Coords.) (2023). *E-book - Multiculturalcare: Educar Estudantes para Intervir em Contextos Multiculturais Complexos Através de Métodos de Aprendizagem Inovadores (2020-1-PT01-KA203-078530)*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Universidade de Castilla-La Mancha; UC Leuven-Limburg.

COMO CITAR O CAPÍTULO (APA - 7ª Edição)

Ugarte-Gurrutxaga, M. I., Baquero, R. A., Molina Gallego, B., Melgar-Sánchez, L., Camarero, A. P., & Monteiro, A. P. (2023). In A.P. Monteiro, G. Melgar de Corral & M. I. Ugarte-Gurrutxaga (Coords.), *E-book - Multiculturalcare: Educar Estudantes para Intervir em Contextos Multiculturais Complexos Através de Métodos de Aprendizagem Inovadores (2020-1-PT01-KA203-078530)* (pp. 9–38). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Universidade de Castilla-La Mancha; UC Leuven-Limburg.

O conteúdo científico é responsabilidade dos autores.

Financiado pelo Programa Erasmus+,
o Projeto MulticulturalCare (referência 2020-1-PT01-KA203-078530)
tem como objetivo educar estudantes de enfermagem
através de métodos de aprendizagem inovadores
para a intervenção em contextos multiculturais.

Embora se centre na educação de estudantes de enfermagem,
este Projeto pretende envolver a comunidade, as organizações,
os mentores e os professores da área da saúde.

A formação em competências culturais dos profissionais de saúde
europeus, é uma estratégia-chave para reduzir as desigualdades
na saúde e contribuir para a consecução dos Objetivos de
Desenvolvimento do Milénio das Nações Unidas (ONU)
na área da saúde.

Vídeo de apresentação



FICHA TÉCNICA

TÍTULO

E-BOOK – Educar Estudantes para Intervir em Contextos Multiculturais Complexos Através de Métodos de Aprendizagem Inovadores

EDITOR

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Ana Paula Teixeira de Almeida Vieira Monteiro, Ph.D., Coordenadora do Projeto, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal

Gonzalo Melgar de Corral, Ph.D., Universidade de Castilla-La Mancha, Espanha

María Idoia Ugarte Gurrutxaga, Ph.D., Universidade de Castilla-La Mancha, Espanha

AUTORES

Ana Paula Teixeira Almeida Vieira Monteiro - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Portugal)

Ana Paula Forte Camarneiro - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Beatriz de Oliveira Xavier - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Aliete Cristina Gomes Dias Pedrosa da Cunha Oliveira - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Filipa Isabel Quaresma Santos Ventura - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

María Idoia Ugarte Gurrutxaga (Coordenadora da Equipa em Espanha) - Universidade de Castilla-La Mancha, Espanha

Gonzalo Melgar del Corral - Universidade de Castilla-La Mancha

Brigida Molina Gallego - Universidade de Castilla-La Mancha

Rocío Aránzazu Baquero Noriega - Universidade de Castilla-La Mancha

Laura María Melgar Sánchez - Universidade de Castilla-La Mancha

Flore Geukens (Coordenadora da Equipa na Bélgica) - Limburg, Bélgica

Ellen Westhof - UC Limburg

Inge Godts - UC Limburg

Joke Lemiengre - UC Limburg

Kristel Liesenborghs - UC Limburg

Paulien Kriekemans - UC Limburg

Sylvianne Vroonen - UC Limburg

Tijs Vandemeulebroucke - UC Limburg

ISBN (online version)

978-989-35129-2-0

COPYRIGHT

Este documento é disponibilizado nos termos de uma licença internacional da Creative Commons Attribution 4.0.

TRADUÇÃO

Ana Fernandes, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal

Andreia Mendonça, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal

Marília Ferreira, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal

DESIGN & MAQUETIZAÇÃO

Eurico Nogueira, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal

Alexandre Vaz, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal

ANO DE PUBLICAÇÃO

2023



ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Objetivo e âmbito do e-book	4
1.2. Como explorar o e-book	4
2. PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS DO MULTICULTURALCARE NURSING EDUCATION MODEL - MODELO PARA A FORMAÇÃO MULTICULTURALCARE DE ENFERMEIROS	11
2.1. Princípios e conceitos fundamentais da Educação em Enfermagem Multicultural	12
2.1.1. Abordagem Baseada nos Direitos Humanos	12
2.1.2. Princípios e componentes dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável	13
2.1.3. Abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde	13
2.1.4. Abordagem Uma Só Saúde (One Health)	15
2.2. Enquadramento teórico: modelos, teorias, normas e terminologias de outras disciplinas	17
2.2.1. Contributos da Antropologia, Sociologia e Psicologia para a construção dos conceitos de Cultura e de Competência Cultural	17
2.2.2. Contribuição de modelos e teorias das Ciências da Educação	24
2.3. Modelos de competências multiculturais em enfermagem e saúde	25
2.3.1. Definição do conceito “Competência Cultural	25
2.3.2. Modelos de “Competencia Cultural en Enfermería”	27
2.3.3. Outros modelos, teorias e princípios de Enfermagem	32
2.4. Construindo um Modelo para a Formação Multicultural de Enfermeiros - MulticulturalCare Nursing Education Model	33
2.4.1. Revisão dos princípios e do enquadramento teórico do MULTICULTURALCARE NURSING EDUCATION MODEL - Modelo para a Formação Multicultural de Enfermeiros	35
2.4.2. Incorporação das perspetivas dos migrantes e dos peritos	35
2.4.3. Estudo das experiências de formação em competências multiculturais	40
2.4.4. Principais aspetos dos cuidados culturalmente competentes	41

3.	MULTICULTURALCARE NURSING EDUCATION MODEL – MODELO PARA A FORMAÇÃO MULTICULTURAL DE ENFERMEIROS	45
3.1.	Desenvolvimento de um Modelo para a Formação Multicultural de Enfermeiros - MulticulturalCare Nursing Education Model)	45
3.2.	Descrição do Diagrama (Figura e componentes)	49
3.2.1.	PRINCÍPIOS E VALORES	51
3.2.2.	ABORDAGENS PEDAGÓGICAS	52
3.2.3.	MÉTODOS EDUCATIVOS MULTICULTURAI	52
3.3.	Competências-chave Multiculturais	53
3.3.1.	A- COMPETÊNCIAS-CHAVE MULTICULTURAI INDIVIDUAI	54
3.3.2.	B - COMPETÊNCIAS SOCIOCULTURAI	60
3.3.3.	TABELA DE COMPETÊNCIAS-CHAVE	61
4.	PROPOSTA PEDAGÓGICA DE IMPLEMENTAÇÃO – MODELO PARA A FORMAÇÃO MULTICULTURAL DE ENFERMEIROS - MulticulturalCare Nursing Education Model	77
4.1.	Enquadramento teórico e pedagógico	77
4.1.1.	EDUCAÇÃO POPULAR	77
4.1.2.	APRENDIZAGEM DIALÓGICA	79
4.1.3.	PENSAMIENTO CRÍTICO	80
4.2.	Guia de desenvolvimento de atividades de formação em competências Multiculturais	82
4.2.1.	Proposta de Formulário: Implementação do Modelo	82
4.2.2.	Agile-Pilots : Exemplos de práticas pedagógicas inovadoras.	85
5.	CENÁRIOS DE SIMULAÇÃO INTERATIVA: EXEMPLOS DE PRÁTICAS PEDAGÓGICAS INOVADORAS	103
6.	MATERIAIS DE APOIO	111
7.	CONCLUSÕES	115
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
8.1.	Referências Bibliográficas – Capítulo 1	119
8.2.	Referências Bibliográficas – Capítulo 2	119
8.3.	Referências Bibliográficas – Capítulo 3	125
8.4.	Referências Bibliográficas – Capítulo 4	126
9.	ANEXOS	129
9.1.	Tabela de imagens	129



1.

INTRODUÇÃO

Ana Paula Monteiro, Beatriz Xavier, María Idoia Ugarte Gurrutxaga, Rocío A. Baquero, Brígida Molina-Gallego & Gonzalo Melgar de Corral.

As migrações e as deslocações forçadas são questões sociais, políticas e de saúde pública para os países da Região Europeia da Organização Mundial da Saúde (OMS). Estes países acolhem quase 36% da população migrante internacional, sendo mais de 13% da sua população total constituída por migrantes internacionais, um aumento de 9% em relação a 1990 (WHO, 2022). Mais do que nunca, a Europa enfrenta o impacto da mobilidade humana relacionada com a circulação de cidadãos da União Europeia (UE) e a chegada de migrantes de diferentes regiões do mundo. Desde o início do milénio, mais de 20.000 pessoas morreram no Mar Mediterrâneo a tentar chegar à Europa (United Nations High Commissioner for Refugees [UNHCR], 2021). Os serviços de saúde europeus enfrentam o desafio de prestar cuidados de melhor qualidade a uma população multicultural.

Defender a inclusão de migrantes e refugiados nos sistemas nacionais de saúde a custos acessíveis e de qualidade é uma prioridade das Nações Unidas (UNHCR, 2021). Esta estratégia está alinhada com o [Pacto Global para os Refugiados](#) e a [Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável](#).

A intervenção com refugiados e migrantes requer cuidados culturalmente sensíveis e eficazes que reconheçam e respondam a todas as suas necessidades ao longo da vida, incluindo doenças não transmissíveis e transmissíveis e traumas resultantes de ferimentos e violência. A nível mundial, são necessários serviços de saúde de boa qualidade, robustos e resilientes que sejam cultural e linguisticamente sensíveis e possam responder às necessidades dos refugiados e migrantes. Os serviços de saúde devem ser prestados por profissionais qualificados, com capacidade de adaptação e culturalmente competentes (WHO, 2020, p.5).

Atualmente, as crises climática e da biodiversidade constituem uma verdadeira ameaça civilizacional. De acordo com a Agência das Nações Unidas para os Refugiados (UNHCR, 2020), as alterações climáticas são a crise que define a nossa época, sendo o deslocamento causado por desastres naturais uma das suas consequências mais devastadoras. Refugiados, deslocados internos e apátridas estão na linha da frente da emergência climática. Uma vez que a humanidade e o nosso planeta enfrentam sérios riscos, temos de reinventar urgentemente a educação para ajudar a enfrentar estes desafios comuns.

Um novo contrato social para a educação permite uma abordagem diferente à aprendizagem e às relações entre estudantes, professores, conhecimento e o mundo. Este contrato deve unir-nos em torno de esforços coletivos e fornecer o conhecimento e a inovação necessários para moldar futuros sustentáveis e pacíficos para todos, ancorados na justiça social, económica e ambiental (UNESCO, 2021).

É necessário desenvolver as competências multiculturais dos profissionais de saúde, em particular dos enfermeiros, para responder a estes desafios. As instituições de ensino superior europeias que formam profissionais de saúde devem integrar nos seus planos de estudo unidades curriculares e métodos de aprendizagem sobre minorias, migrantes e requerentes de asilo, garantindo o futuro da prestação de cuidados aos migrantes e nomeando-os embaixadores para a prestação de cuidados de qualidade em ambientes clínicos.

O projeto MulticulturalCare - Educar os estudantes através de métodos de aprendizagem inovadores para intervir em contextos multiculturais complexos (referência 2020-1-PT01-KA203-078530) faz parte das Parcerias Estratégicas para o Ensino Superior. Este projeto teve início a 2 de dezembro de 2020 e terminará a 1 de maio de 2023. Toda a informação sobre o projeto está disponível [aqui](#) e também no website do [Projeto MulticulturalCare](#)

Os parceiros do projeto são a [ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA \(ESEnfC\)](#) como Coordenador, Coimbra, Portugal; a [UC LEUVEN-LIMBURG \(UCLL\)](#), Diepenbeek, Bélgica, e a [UNIVERSIDAD DE CASTILLA - LA MANCHA \(UCLLL\)](#), Toledo, Espanha.

O principal objetivo do projeto MulticulturalCare é promover a formação em competências culturais dos profissionais de saúde europeus, como uma estratégia-chave para reduzir as desigualdades em saúde e contribuir para a consecução dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio das Nações Unidas (ONU) na área da saúde.

Este projeto pretende desenvolver e implementar o Modelo de Formação Multicultural para Enfermeiros - MULTICULTURALCARE NURSING EDUCATION MODEL para a Educação em Enfermagem como uma norma pedagógica para o desenvolvimento e treino das competências multiculturais em saúde dos estudantes de enfermagem. Visa também melhorar a capacidade de cooperação e trabalho em rede dos participantes, bem como a capacidade empreendedora dos estudantes de enfermagem. Deste modo, serão capazes de criar soluções inovadoras e intervenções humanitárias dirigidas à saúde de migrantes, refugiados e requerentes de asilo e desenvolver redes de colaboração entre instituições de ensino superior, instituições de saúde e instituições não governamentais europeias, aumentando a capacidade das instituições de ensino superior em enfermagem para funcionar transnacionalmente, através da partilha de ideias, práticas e métodos de formação de competências multiculturais em enfermagem.

A fim de alcançar os objetivos do Projeto MulticulturalCare, foram concebidos três outputs intelectuais, cada um deles servindo o seu próprio propósito.

O primeiro Output Intelectual (IO1) é o Modelo de Formação Multicultural para Enfermeiros - Multiculturalcare Nursing Education Model. Este Modelo contém os componentes organizacionais, educacionais e profissionais para o desenvolvimento das competências multiculturais dos estudantes. Para além de apresentar as recomendações de boas práticas, o Modelo de Formação Multicultural para Enfermeiros - MULTICULTURALCARE NURSING EDUCATION MODEL visa incentivar os estudantes de enfermagem a refletir criticamente sobre as realidades que os rodeiam.

O segundo Output Intelectual (IO2) é o MulticulturalCare e-book, um manual digital com estratégias pedagógicas inovadoras e cenários de simulação que pretende ajudar professores e estudantes de enfermagem a obterem o máximo benefício do Modelo de Formação Multicultural para Enfermeiros - MULTICULTURALCARE NURSING EDUCATION MODEL.

O terceiro Output Intelectual (IO3) consiste numa ferramenta de autoavaliação da eficácia das estratégias pedagógicas MulticulturalCare por parte dos estudantes.

Este e-book apresenta o processo de desenvolvimento do Modelo de Formação Multicultural para Enfermeiros - MULTICULTURALCARE NURSING EDUCATION MODEL, os seus princípios e o enquadramento teórico, os pressupostos, os padrões e as terminologias das Ciências de Enfermagem e outras disciplinas (Antropologia, Sociologia, Psicologia e Ciências da Educação) que o fundamentam.

Neste livro em formato digital apresenta-se ainda o diagrama do Modelo de formação proposto, as competências-chave multiculturais definidas para os estudantes de enfermagem, incluindo as suas dimensões (as competências-chave multiculturais individuais e competências-chave socioculturais), assim como os respetivos resultados esperados e indicadores de aprendizagem.

Deste modo, o e-book apresenta uma proposta pedagógica para implementação do Modelo, os métodos, um guia para o desenvolvimento de atividades de formação em competências multiculturais e exemplos de práticas pedagógicas inovadoras, os resultados dos estudos-piloto, cenários interativos de simulação, recursos de formação e materiais de apoio.

Este e-book pode ser utilizado por todos os interessados na área, especialmente formadores de profissionais e de estudantes de enfermagem, contribuindo para cuidados de saúde mais inclusivos para migrantes, refugiados e requerentes de asilo.

1.1. Objetivo e âmbito do e-book

Este e-book pretende ser uma ferramenta teórica e metodológica para professores, tutores e estudantes de enfermagem que desejem adquirir e/ou melhorar competências em cuidados multiculturais. Pretende ainda ser uma ferramenta útil, na complexa tarefa de expandir o conhecimento e sensibilizar para a importância da cultura na saúde e nos cuidados de enfermagem, melhorando as competências multiculturais na prestação de cuidados de saúde.

O primeiro capítulo aborda a estrutura conceptual do Modelo de Formação Multicultural para Enfermeiros - Multiculturalcare Nursing Education Model, incluindo uma abordagem abrangente e instruções práticas sobre a sua utilização no ensino de enfermagem.

Apresenta ainda os princípios-chave do Modelo, descreve o seu processo de construção e explica o conteúdo do diagrama, as propostas pedagógicas para a implementação do modelo, o guia para o desenvolvimento das atividades de formação sugeridas, com procedimentos e instruções pormenorizadas de implementação e organização e materiais de apoio (exemplos de cenários de simulação).

O e-book do Projeto MulticulturalCare também apresenta algumas “boas práticas” de intervenções em saúde com migrantes, refugiados e requerentes de asilo.

1.2. Como explorar o e-book.

O e-book é uma ferramenta teórica e metodológica que pode ser utilizada por académicos, professores e formadores, para facilitar a incorporação da competência cultural nos cuidados de enfermagem.

Para tal, o e-book reúne os resultados mais relevantes do Projeto MulticulturalCare e as informações necessárias para desenvolver as competências dos estudantes de enfermagem para a prestação de cuidados culturalmente competentes. ▼

▲ *O leitor pode consultar o e-book de várias maneiras, consoante os seus interesses. Daí a importância deste guia de leitura, uma vez que se adapta aos diferentes perfis de interesse de cada leitor.*

Segundo capítulo

Em particular, o CAPÍTULO 2 (2. PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS DO MULTICULTURAL CARE NURSING EDUCATION MODEL - Modelo para a Formação Multicultural de Enfermeiros → IR) inclui:

- **Os pressupostos conceptuais** (2.1. Princípios e Conceitos Fundamentais da Educação em Enfermagem Multicultural → IR). ▼
- **As teorias, os modelos e as terminologias de outras disciplinas**, necessárias para construir o Modelo de Formação Multicultural para Enfermeiros - Multiculturalcare Nursing Education Model (2.2. Enquadramento teórico: modelos, teorias, normas e terminologias de outras disciplinas. → IR). ▼
- **Os modelos de competência multicultural em enfermagem e cuidados de saúde.** Apresenta-se uma visão sintetizada, mas bem documentada, dos mais relevantes modelos teóricos que têm sido desenvolvidos sobre competência cultural na enfermagem (2.3. Modelos de competências multiculturais em enfermagem e saúde → IR). ▼

▲ *Se está interessado/a nos fundamentos teóricos do conceito “competência cultural em enfermagem”, estes três subcapítulos destinam-se a si (pessoal docente universitário a lecionar sobre competência cultural de enfermagem; estudantes em formação de competência cultural; profissionais que desenvolvem trabalho teórico ou de investigação sobre competência cultural de enfermagem, cuidados de saúde culturalmente competentes, estudos teóricos sobre cuidados de saúde em contextos multiculturais, etc.)*

- **O processo de construção do modelo** está incluído neste documento. (2.4. Construção do .→ IR). Este capítulo apresenta a metodologia de construção do modelo, que não se baseou apenas na reflexão teórica, como também foi construído “de baixo para cima”, numa abordagem participativa, fundamentada, através de :
 - **Análise de experiências de formação** em competências multiculturais que foram implementadas nos últimos anos (2.4.3 Revisão dos princípios e do enquadramento teóricos Multicultural Care → IR). ▼

▲ *Se está interessado/a na formação em competência cultural que se tem realizado nas últimas décadas, este subcapítulo destina-se a si. Por exemplo, será útil se quiser replicar experiências de formação a partir da bibliografia.*

- A **voz de profissionais** experientes que trabalham em contextos multiculturais, assim como de peritos em migrações e cuidados multiculturais. ▼
- A **voz de migrantes** no contexto europeu. ▼

▲ Se está interessado/a nas necessidades de cuidados identificadas pelos doentes e profissionais experientes, estes dois subcapítulos podem conter informações importantes. Por exemplo, ser-lhe-á útil se for um profissional de saúde a tentar implementar cuidados de saúde equitativos num contexto multicultural..

▲ Se está interessado/a em implementar ou planear um processo de formação em competência cultural em enfermagem, seja em cursos de graduação ou pós-graduação, ensino teórico ou prático ou em formação contínua, o capítulo 3 inclui todos os elementos teóricos necessários para a sua realização (deve ser implementado com os elementos práticos no capítulo 4).

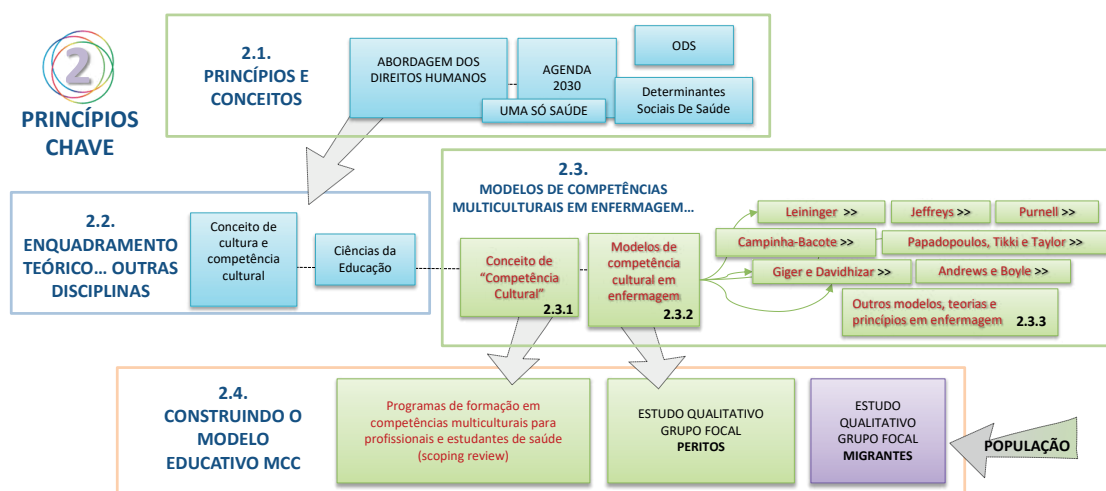


Figura 1 - Guia de leitura para o capítulo 2.

Terceiro capítulo

O **CAPÍTULO 3** apresenta o **Modelo** (3. MODELO DE FORMAÇÃO MULTICULTURAL PARA ENFERMEIROS - MULTICULTURALCARE NURSING EDUCATION MODEL) e contém:

- **A evolução do modelo** ao longo de todo o projeto até ao seu diagrama final (3.1 Desenvolvimento do Modelo de Formação Multicultural para Enfermeiros - MULTICULTURALCARE NURSING EDUCATION MODEL para a formação em Enfermagem → IR). ▼
- **Descrição detalhada do modelo** (3.2. Descrição do Diagrama do Modelo de Formação Multicultural para Enfermeiros - MULTICULTURALCARE NURSING EDUCATION MODEL (Figura e componentes) → IR), incluindo:
 - **Princípios e valores** do modelo (3.2.1. Princípios e valores IR). ▼
 - **Abordagem pedagógica** para implementar o modelo (3.2.2. Abordagens pedagógicas → IR E 3.2.3 métodos educativos multiculturais → IR). ▼
- **Competências-chave** do modelo, descritas, documentadas e referenciadas (3.3. Competências-chave multiculturais → IR). Este capítulo inclui um quadro das competências do modelo e das suas dimensões, resultados esperados de aprendizagem e indicadores → IR. ▼

▲ *Se está interessado/a em conhecer as competências-chave de cuidados de enfermagem culturalmente competentes, este subcapítulo destina-se a si.*

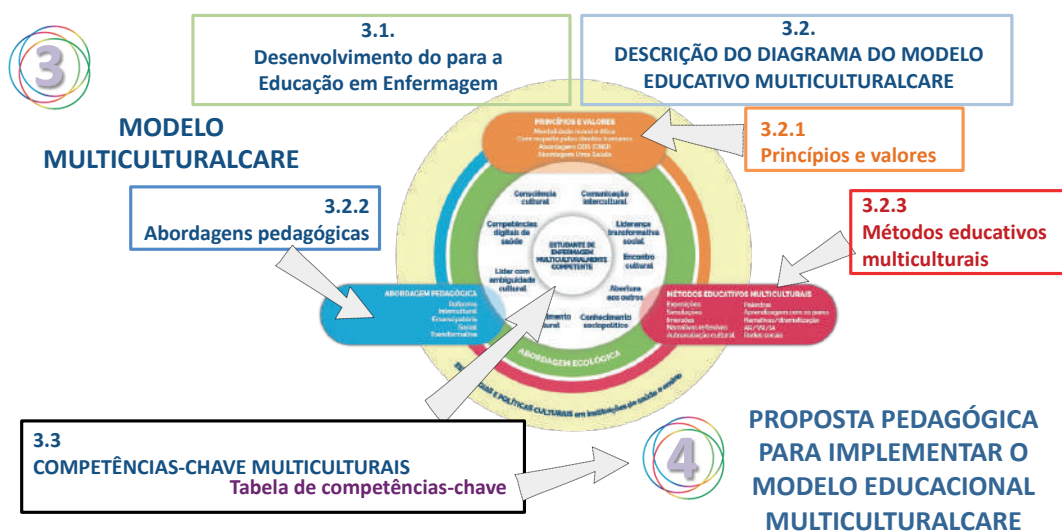


Figura 2 - Guia de leitura para o capítulo 3

Quarto capítulo

O **CAPÍTULO 4** pretende ser uma **proposta de implementação do modelo** na educação em enfermagem (4. PROPOSTA PEDAGÓGICA DE IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO FORMATIVO DE EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM. - MULTICULTURALCARE NURSING EDUCATION MODEL → IR) e contém:

- O **enquadramento pedagógico** necessário para implementar o modelo formativo de forma consistente (4.1 Enquadramento teórico e pedagógico → IR) incluindo educação popular (4.1.1), aprendizagem dialógica (4.1.2) e pensamento crítico (4.1.3). ▼

▲ *Se está interessado/a em implementar ou planejar um processo de formação em competência cultural em enfermagem, seja em licenciaturas, pós-graduações ou em formação contínua, deve fundamentar-se num enquadramento pedagógico congruente com as competências que pretende que os seus estudantes desenvolvam..*

- E o **guia de desenvolvimento das atividades educativas** para professores que pretendam planejar atividades de formação em competências multiculturais (4.2. Guia para o desenvolvimento de atividades de formação em competências multiculturais → IR) O guia inclui:
 - Uma tabela-modelo para facilitar o planeamento de atividades (4.2.1. Proposta de formulário: implementação do Modelo → IR). ▼
 - Várias experiências de implementação do modelo: Estudos Piloto (4.2.2 IR) → IR). ▼

Quinto capítulo

O **CAPÍTULO 5** pretende ser uma aplicação do modelo na formação de enfermeiros utilizando os cenários de simulação. Cenários de simulação interativa (5.) → IR). ▼

▲ *Se está interessado/a em implementar ou planejar um processo de formação em competência cultural em enfermagem, seja em cursos de graduação, pós-graduação ou formação contínua, este capítulo inclui todos os elementos práticos necessários à sua realização (os elementos teóricos descritos no capítulo 3 devem ser tidos em conta).*

Por fim, o e-book inclui uma **CONCLUSÃO**, bem como referências bibliográficas e outros recursos (IR).

▲ *Se está interessado/a em conhecer os principais contributos do e-book e do projeto em geral, a **CONCLUSÃO** é de leitura obrigatória*





2.

PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS DO MULTICULTURALCARE NURSING EDUCATION MODEL - MODELO PARA A FORMAÇÃO MULTICULTURALCARE DE ENFERMEIROS

Ana Paula Camarneiro, Beatriz Xavier, Aliete Cunha-Oliveira, Ana Paula Monteiro, Gonzalo Melgar de Corral & María Idoia Ugarte-Gurrutxaga

A formação de enfermeiros que prestam cuidados numa sociedade cada vez mais multicultural e global requer uma abordagem abrangente que destaque a formação em competências multiculturais. No entanto, os estudos disponíveis demonstram que a formação de enfermeiros em competências multiculturais é escassa e inconsistente (Handtke, Schilgen & Mösko, 2019) e que não está explicitamente integrada em cursos de enfermagem em muitos países europeus (Anton-Solanas et al., 2021). Além disso, a falta de uniformidade na formação dos profissionais de saúde em competência cultural e as inconsistências na própria definição de competência cultural (Nardi et al., 2012, p.3) são fatores a ter em conta quando se examinam padrões normativos para balizar cuidados de saúde culturalmente competentes.

A revisão da literatura revela a importância de definir um plano de estudos comum para o ensino superior europeu e internacional sobre temas relacionados com competências gerais, transversais e específicas em competência multicultural. A combinação de diferentes competências educativas e a formação de professores especializados é crucial no ensino superior de enfermagem (Gradellini et al., 2021).

Em 2008, a American Association of Colleges of Nursing (AACN) definiu as Competências Culturais para a Formação de Enfermeiros Graduados e delineou seis competências-chave para a formação de enfermeiros culturalmente competentes ao nível de pós-graduação. O objetivo é eliminar as disparidades na saúde através da educação, prática clínica, investigação, produção de conhecimento e decisão política. Por conseguinte, um **enfermeiro culturalmente competente** deve:

- dar prioridade aos fatores sociais e culturais que afetam a saúde durante a conceção e prestação de cuidados em múltiplos contextos;
- utilizar os conhecimentos culturais sociais e empíricos das pessoas e das populações para orientar a prática e a investigação;

- assumir a liderança no desenvolvimento, na implementação e na avaliação de serviços de enfermagem e outros serviços de saúde culturalmente competentes;
- transformar os sistemas de forma a responder à injustiça social e às disparidades na saúde;
- proporcionar liderança aos educadores e membros da equipa de saúde ou de investigação na aprendizagem, na aplicação e na avaliação do desenvolvimento contínuo de competências culturais;
- e produzir conhecimento culturalmente competente que possa ser aplicado na prática clínica.

2.1. Princípios e conceitos fundamentais da Educação em Enfermagem Multicultural

Os aspectos macro dos Modelos de Competências Multiculturais para a Educação em Enfermagem incluem os tradicionais meta-paradigmas de enfermagem (Pessoa, Grupos, Famílias e Comunidades; Ambiente; Saúde e Enfermagem) e os conceitos-chave de Globalização, Migração e Saúde e Sociedade Global, que fornecem uma perspetiva holística e global.

O Modelo baseia-se nestes princípios:

2.1.1. Abordagem Baseada nos Direitos Humanos

EA Abordagem Baseada nos Direitos Humanos é um princípio fundamental da Educação Multicultural de Enfermagem. Os direitos iguais e inalienáveis de todos os seres humanos constituem a base para a liberdade, justiça e paz no mundo, de acordo com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU) em 1948. Esta abordagem enquadra conceptualmente o processo de desenvolvimento humano. Baseia-se em normas internacionais de direitos humanos e visa a promoção e proteção dos direitos humanos, incluindo o direito à saúde. Além disso, esta abordagem procura analisar as desigualdades no centro dos problemas de desenvolvimento e corrigir práticas discriminatórias e distribuições injustas de poder que impedem o progresso do desenvolvimento e resultam, frequentemente, em grupos de pessoas deixadas para trás (United Nations Sustainable Development Group, n.d.).

Uma abordagem Baseada no Direitos Humanos tem como foco as pessoas mais marginalizadas, excluídas ou discriminadas, o que muitas vezes requer uma análise dos papéis de género, das diferentes formas de discriminação e de desequilíbrios de poder, para assegurar que as intervenções cheguem às populações mais negligenciadas e mais vulneráveis (United Nations Sustainable Development Group, s.d.).

A ciência da enfermagem, no que diz respeito aos atuais princípios de justiça social e direitos humanos, tem evoluído e sido reforçada, local e globalmente, ao longo dos últimos 40 anos. A produção de conhecimento e o apelo à ação sociocultural na prática da enfermagem tem afirmado a praxis emancipatória da profissão, na promoção da paz e do empoderamento da comunidade, com capacitação e liderança transformacional; na interpretação teórica crítica dos direitos culturais dos cuidados em saúde como modelo de competência cultural e de advocacy; e na teoria de cuidados éticos, de cuidados críticos comunitários/transculturais para a advocacy da equidade em saúde (Ray & Turkel, 2014).

2.1.2. Princípios e componentes dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

Outro princípio fundamental neste Modelo de educação multicultural em enfermagem é a Agenda da ONU para o Desenvolvimento Sustentável 2030, que coloca as pessoas no centro de todas as ações, particularmente as mais desprovidas de poder, para alcançar sociedades mais equitativas e inclusivas.

Num mundo globalizado, caracterizado pela crescente mobilidade da população, os princípios e componentes dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) devem ser considerados um quadro de referência em cuidados de saúde multiculturais. Os ODS consideram os atuais desafios de saúde e desenvolvimento como complexos, integrados e interligados (WHO, 2020).

São necessárias parcerias multissetoriais e esforços coordenados para assegurar que os migrantes recebam cuidados de saúde ao longo de todo o ciclo migratório, tal como esforços para desenvolver sistemas de saúde sensíveis à migração que se adequem aos perfis e às necessidades de saúde de uma população cada vez mais diversa.

Existe a necessidade global de serviços de saúde de boa qualidade, robustos e resilientes que sejam cultural e linguisticamente sensíveis e que possam responder às necessidades específicas dos refugiados e dos migrantes longo do ciclo vital, incluindo doenças não transmissíveis e transmissíveis e traumas resultantes de lesões e violência (WHO, 2021a; WHO 2021b).

2.1.3. Abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde

A Abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde (ODS) consiste num modelo para compreender os fatores sociais e estruturais que influenciam a saúde a diferentes níveis de acordo com a sua proximidade causal a um problema de saúde e fatores socioeconómicos e ambientais ou individuais. Os fatores estruturais e sociais são responsáveis por uma parte significativa das desigualdades na saúde (Dahlgren & Whitehead, 1991).

Para as populações em situação de vulnerabilidade, estes fatores estão relacionados com riscos mais elevados, acesso reduzido a serviços de saúde, o que pode levar ao mau desfecho de muitas doenças e piores resultados económicos e sociais relacionados com custos de saúde e tratamentos deficitários. Além disso, os ODS relacionados com a saúde, incluindo a cobertura universal da saúde, não podem ser cumpridos sem se assegurar que todos os migrantes possam exercer efetivamente os seus direitos (Pant et al., 2019).

Uma revisão sistemática realizada por Egli-Gany et al. (2021) identificou seis temas que funcionam a quatro níveis diferentes, numa versão adaptada do Modelo Dahlgren e Whitehead dos Determinantes Sociais do Modelo de Saúde, relacionados com os processos migratório nomeadamente:

- crise económica e discursos hostis sobre migração;
- direitos limitados e obstáculos administrativos;
- recursos inadequados e restrições financeiras;
- más condições de vida e de trabalho;
- barreiras culturais e linguísticas;
- e estigma e discriminação com base no estatuto migratório, género, sexo e grupo étnico.

É necessária uma abordagem transdisciplinar na compreensão das questões de saúde dos migrantes, integrando os contextos pessoais enquadrados por fatores políticos, sociais, económicos, culturais, biológicos e médicos.

O processo migratório pode expor os migrantes a riscos de saúde acrescidos, tais como *stressores psico-sociais*, abusos, carências nutricionais, mudanças de estilo de vida, maior risco de exposição a doenças infeto-contagiosas, acesso limitado à prevenção e a cuidados de saúde de qualidade e/ou descontinuidade de cuidados de saúde, particularmente relevante em pessoas com doença crónica.

Os migrantes em situação irregular, migrantes pouco qualificados ou com baixo nível de educação, ou noutras situações de vulnerabilidade, têm mais probabilidades de sofrer de um estado de saúde comprometido. Enfrentam maiores obstáculos aos serviços de saúde nos países de acolhimento como discriminação e estigmatização, constrangimentos administrativos e normas restritivas que geram medo de deportação ou de perda de emprego para as pessoas afetadas por condições médicas. Mesmo quando os serviços de saúde estão disponíveis para os migrantes, estes podem não ser cultural, linguística e socialmente sensíveis às suas necessidades, conduzindo a atrasos no diagnóstico ou ao não diagnóstico de doenças ou a tratamentos ineficazes (International Organization for Migration, 2022).

Por exemplo, face à sobre-representação das populações migrantes entre as pessoas diagnosticadas com o VIH na União Europeia e no Espaço Económico Europeu, compreender qual o momento da infeção do VIH (se foi pré-migração ou pós-migração) é crucial para desenvolver intervenções de saúde pública e produzir estimativas fiáveis da incidência do VIH e do número de pessoas que vivem com a infeção pelo VIH não diagnosticada (Pantazis et al., b 2021).

2.1.4. Abordagem Uma Só Saúde (One Health)

Em 2008, a OMS, a Organização Mundial de Saúde Animal (WOAH, antiga OIE) e a Organização para a Alimentação e Agricultura (FAO) lançaram uma iniciativa chamada "Um Mundo, uma só Saúde". *One Health* (OH) foi o conceito sugerido para demonstrar a inseparabilidade da saúde humana, animal e ambiental (Mackenzie & Jeggo, 2019). Reconhecendo as questões complexas e multidisciplinares levantadas ao repensar a saúde na interface homem-animal-ecossistema, o que requer maior coordenação e colaboração entre setores e agências nacionais e internacionais, a OMS destaca áreas específicas onde uma abordagem "Uma Só Saúde" é particularmente relevante: a segurança alimentar, o controlo da zoonose e a abordagem da resistência aos antibióticos (WHO, 2021c). A abordagem OH fundamenta as atuais linhas teóricas e de investigação sobre a saúde, advogando uma visão transdisciplinar, interprofissional e ecológica.

O conceito foi também definido como um movimento que defende uma ligação mais estreita entre a medicina humana, a medicina veterinária e a saúde ambiental e ecológica. Convida as profissões a desenvolver ações de cooperação e investigação que apoiem a avaliação, tratamento e prevenção de doenças de transmissão inter-espécies (Pan American Health Organization & World Health Organization, 2021).

A abordagem humanista do conceito OH centra-se sobretudo na promoção da saúde humana, considerando que esta está profundamente relacionada com a saúde dos animais e do ambiente; ou seja, a alimentação humana, a alimentação animal, a saúde humana e animal e a contaminação ambiental estão intimamente relacionadas e são interdependentes.

O movimento OH, originado inicialmente pela preocupação e pelo foco na Saúde Humana na sua inter-relação com a Saúde Animal e Ambiental, adquiriu progressivamente uma outra dimensão. Mais recentemente, com a profunda mudança introduzida pelos movimentos de direitos dos animais e das correntes pós-humanistas, o conceito OH afirmou-se como uma estratégia global para expandir colaborações e ligações interdisciplinares em todos os aspetos da Saúde para Humanos, Animais e Ambiente. Considera que a promoção da saúde humana e animal devem andar de mãos dadas, para assegurar que todos os seres humanos e animais beneficiam dos avanços da medicina, de um modo sustentável e igualitário, e não à custa da vida e do bem-estar animal. Em dezembro de 2021, a FAO, a WOAH, o Programa das Nações Unidas para o Ambiente (PNUA) e a OMS acolheram a seguinte nova definição operacional do conceito "Uma só Saúde" do seu painel consultivo, o *One Health High-Level Expert Panel* (OHHLEP):

“OH é uma abordagem integrada e unificadora que visa equilibrar e otimizar de forma sustentável a saúde das pessoas, dos animais e dos ecossistemas. Reconhece que a saúde dos seres humanos, dos animais domésticos e selvagens, das plantas e do ambiente em geral (incluindo os ecossistemas) está intimamente ligada e é interdependente. A abordagem mobiliza múltiplos setores, disciplinas e comunidades a vários níveis da sociedade para trabalharem em conjunto. O objetivo é promover o bem-estar e enfrentar as ameaças à saúde e aos ecossistemas, ao mesmo tempo que aborda a necessidade coletiva de água limpa, energia e ar, alimentos seguros e nutritivos, tomando medidas sobre as alterações climáticas e contribuindo para o desenvolvimento sustentável” (United Nations Environment Programme, 2021, p. 1).

Embora seja relativamente recente em discussões e investigações académicas transdisciplinares, a abordagem OH está relacionada com paradigmas clássicos de enfermagem baseados em abordagens holísticas para a compreensão dos fenómenos de saúde e práticas de cuidados.

A enfermagem sempre nutriu uma visão humanista dos cuidados como centrais numa conceção sistémica e ecológica do ser humano no desenvolvimento das suas premissas teóricas e meta-teóricas. O atual conceito de OH incorpora algumas dimensões conhecidas dos modelos teóricos de enfermagem, tais como o conceito de trabalho em equipa e a necessidade de uma abordagem interdisciplinar e interprofissional para a resolução de problemas complexos relacionados com a saúde. Também as teorias do Cuidado-Centrado-na-Pessoa e a integração do Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde constituem os esforços mais recentes para incluir abordagens ecológicas biopsicossociais nos cuidados de saúde e cuidados de enfermagem (Rabinowitz et al., 2017).

Os teóricos da enfermagem propuseram recentemente um quadro teórico para incorporar as questões ambientais e as alterações climáticas nas intervenções e nas práticas clínicas profissionais de enfermagem, tais como o Modelo de Saúde Ecológica Planetária. Este modelo considera que a enfermagem pode desempenhar um papel central na implementação de estratégias de mitigação, resiliência e adaptação às alterações climáticas e ao seu impacto na saúde humana. O conhecimento das alterações climáticas é vital na educação básica e avançada dos enfermeiros para capacitá-los a responder a eventos adversos à saúde, desenvolver políticas de gestão das alterações climáticas e realizar *advocacy* (Demorest et al., 2019, International Council of Nurses, 2019).

A complexa interação entre seres vivos, incluindo humanos, animais e agentes patogénicos, que partilham o mesmo ambiente deve ser considerada como um sistema dinâmico único onde a saúde de cada componente está inextricavelmente interligada e dependente dos outros, seguindo uma visão holística do sistema ecológico. Esta abordagem pode ser aplicada a nível comunitário, nacional, regional e global e depende de estratégias políticas partilhadas e eficazes, comunicação, colaboração e coordenação para desenvolver soluções equitativas e holísticas à escala global (Calistri et al., 2013).

2.2. Enquadramento teórico: modelos, teorias, normas e terminologias de outras disciplinas .

Os modelos, teorias, *standards* e terminologias desenvolvidos por enfermeiros para orientar cuidados culturalmente competentes sustentam-se em e são complementados por enquadramentos e ferramentas de diversas disciplinas, tais como Antropologia, Sociologia, Psicologia, Ciências da Saúde, Ciências da Educação, Direito Internacional e Estudos de Migração.

Estas abordagens teóricas são estruturantes na construção de um modelo inovador de formação para competência multicultural em Enfermagem

2.2.1. Contributos da Antropologia, Sociologia e Psicologia para a construção dos conceitos de Cultura e de Competência Cultural.

A antropologia contemporânea enfatiza que a cultura não é uma característica fixa, homogénea e intrínseca de indivíduos ou grupos. Em vez disso, a cultura envolve um processo flexível e contínuo de transmissão e utilização do conhecimento que depende tanto da dinâmica dentro das comunidades como da interface entre comunidades etnoculturais e instituições da sociedade em geral, como o sistema de saúde, bem como redes globais (Kirmayer, 2012; Moodod, 2007; Phillips, 2009). Como resultado, as culturas são frequentemente híbridas, mistas e em constante mudança (Burke, 2009).

Como salienta Davis (2020), apesar da viragem para definições mais plurais, tem-se persistido num discurso essencialista sobre o conceito de cultura que considera que as pessoas têm "uma cultura" fixa. Estes discursos essencialistas encontram frequentemente expressão nas referências a um grupo de pessoas, uma nação ou um grupo étnico ou linguístico, implicando que os povos são entidades homogéneas e obscurecendo ou negando a diversidade dentro de um mesmo grupo cultural. Segundo este autor, esta perspetiva remonta ao conceito de cultura do século XIX, particularmente ao trabalho de Tylor (1889), considerado um dos fundadores da antropologia, que definiu Cultura ou Civilização, no seu amplo sentido etnográfico, como o conjunto complexo que inclui conhecimento, crença, arte, moral, direito, costumes e quaisquer outras capacidades e hábitos adquiridos pelo homem como membro da sociedade.

Atualmente, é necessária uma mudança para uma noção mais fluida e processual de cultura, não ligada à certeza, homogeneidade e rigidez (Davis, 2020).

Construção Social da Doença (Conrad & Barker, 2010)

A construção social da saúde/doença é um tema de investigação importante no âmbito da sociologia médica. O enquadramento de Conrad e Kristin Barker (2010) na construção social da doença apresenta três ideias abrangentes: primeiro, algumas doenças estão enraizadas em significados culturais; segundo, todas as doenças são definidas socialmente; e terceiro, o conhecimento médico sobre doenças e enfermidades não é necessariamente "dado pela natureza, mas é construído e desenvolvido por fabricantes de reivindicações e partes interessadas". O construcionismo social contrasta com as abordagens médicas deterministas da doença e da enfermidade e pode contribuir para uma maior abrangência das deliberações e das decisões políticas..

Modelo Explicativo da Doença de Kleinman (Kleinman, 1978; Kleinman et al., 1978)

Kleinman desenvolveu o seu Modelo Explicativo da Doença como resposta a uma falha inerente aos sistemas de saúde nas respostas adequadas às necessidades dos utentes. Os utentes dos serviços de saúde queixavam-se de "insatisfação, desigualdade no acesso e custos exponencialmente elevados dos cuidados", e Kleinman considerava que a abordagem médica tradicional era incapaz de resolver estes problemas (Kleinman et al., 1978). Kleinman explica a sua distinção entre a doença sentida/vivida pelo doente («*illness*») e a doença («*disease*») enquanto patologia clínica, esclarecendo que "sentir-se doente" é um conceito flexível entre culturas e indivíduos, enquanto que o conceito de "doença" em sentido clínico, como patologia, tem uma definição e diagnóstico médico concretos (Kleinman et al., 1978). Portanto, cada doente sente, descreve e compreende a experiência de uma "doença" orgânica de uma forma única.

O modelo explicativo de Kleinman inclui as crenças do doente sobre a sua doença, o significado pessoal e social que atribui à sua condição, as suas expectativas sobre o que lhe irá acontecer e sobre o que o prestador de cuidados irá fazer e sobre os objetivos terapêuticos. Utiliza perguntas para decifrar a compreensão e as expectativas do doente.

Ao compreender as necessidades e expectativas do doente/utente, os profissionais de saúde podem satisfazer com mais eficácia as suas específicas necessidades em saúde, adaptando o plano de tratamento de acordo com os padrões de comportamento e o sistema de crenças do doente. Este modelo enfatiza a importância da vivência experiencial dos sintomas orgânicos nos cuidados-centrados-na-pessoa. Trata-se de uma perspectiva de cuidados que parte da experiência sintomática vivida por cada pessoa e é crucial para complementar uma abordagem estritamente biomédica. Isto exige que os profissionais de saúde saibam escutar as narrativas dos doentes e devam adquirir conhecimentos sobre como a experiência dos sintomas pode ser individualmente expressa e interpretada. Esta atitude do profissional de saúde permite um conhecimento sobre o significado pessoal da doença e informação personalizada sobre as limitações físicas e sociais causadas pela vivência da doença e o sofrimento pessoal associado à patologia.

O Modelo Explicativo tem três potenciais limitações: obstáculos na tradução, tendenciosidade do entrevistador e paternalismo. Para que as entrevistas sejam conduzidas eficazmente, o doente e o profissional de saúde devem compreender-se mutuamente, o que pode depender da disponibilidade e do nível de competência de um intérprete. Um intérprete pode ter dificuldades em traduzir corretamente os significados culturais atribuídos pelo doente, podendo gerar confusão. Outra limitação ocorre quando os médicos /profissionais de saúde se concentram em alinhar o ponto de vista do doente com o seu próprio, em vez de negociar os diferentes pontos de vista quando prescrevem um tratamento ao doente (Hodsdon, s.d.).

Teoria da Presença Social (John Short, Ederyn Williams & Bruce Christie, 1976)

SA Teoria da Presença Social foi inicialmente definida por Short et al. (1976) como "o grau de relevância da outra pessoa na interação e a conseqüente proeminência das relações interpessoais".

Uma definição mais moderna da Teoria da Presença Social foi refinada por Gunawardena (1995) para declarar "a medida pela qual uma pessoa é vista como uma 'pessoa real' na comunicação mediada". De acordo com Short et al. (1976), a Presença Social é um constructo composto principalmente por dois conceitos principais: intimidade (Argyle & Dean, 1965) e imediatismo (Wiener & Mehrabian, 1968). A intimidade da comunicação é influenciada por vários fatores, tais como distância física, contacto visual, sorriso e temas de conversa pessoais. Wiener e Mehrabian (1968) conceptualizaram "imediatismo" como uma medida da distância psicológica que os comunicadores colocam entre si e o objeto da sua comunicação.

A comunicação intercultural

A comunicação é um processo dinâmico, complexo e contínuo, através do qual as pessoas enviam e recebem mensagens para compreender e ser compreendidas. Neste processo, ideias, conhecimentos, propósitos, sentimentos, emoções, etc., são transmitidos e partilhados através de vários meios (Ruiz & Medina, 2000). É uma condição *sine qua non* para a vida social. É também um ato definidor da vida que, tomado como certo, parece ter pouco valor (Nunes, 2010). No entanto, como é impossível não comunicar (Watzlawick et al., 1967), os profissionais de saúde devem estar conscientes do impacto que os seus comportamentos têm sobre os outros (Nunes, 2010) e sobre eles próprios, considerando que, de acordo com a sua origem latina, comunicar significa "*pôr em comum*". A comunicação intercultural põe em comum a cultura das pessoas em todo o mundo e as dinâmicas subjacentes.

O conceito de comunicação intercultural tem evoluído desde a década de 1990. Tradicionalmente, é definida como toda a comunicação entre pessoas com diferentes línguas e/ou origens culturais, sendo os grupos culturais considerados os principais preditores de mal-entendidos em contextos multiculturais (Alsina, 1999; Thije, 2020). Na atualidade, o conceito de comunicação intercultural

restringe-se às diferenças entre cada língua e/ou cultura que sejam relevantes para o processamento dos resultados da comunicação inter-verbal (Thije, 2020).

Segundo o autor, uma perspectiva ainda mais complexa da Comunicação Intercultural é apresentada numa visão atual do espectro das relações científicas e sociais. É proposta uma análise que considera cinco diferentes teorias e abordagens metodológicas, centrando-se no interior destas abordagens, bem como a articulação do conceito de Comunicação Intercultural com o conceito de Mediação Intercultural e as suas inter-relações e interfaces.

O atual conceito de Comunicação Intercultural requer pelo menos dois interlocutores, em que nenhum dos papéis é sobrevalorizado, como em "o sujeito e o outro". A ênfase é colocada na interação. Além disso, requer que os diferentes contextos culturais dos interlocutores sejam considerados para compreender as representações sociais, de cada um, de si e do(s) outro(s) e o contexto, no espaço e no tempo onde a interação ocorre (Ogay, 2000). A Comunicação Intercultural implica estar consciente de como as diferenças culturais influenciam a comunicação e os resultados. Os profissionais e indivíduos com uma identidade cultural particular devem saber como comunicar e interagir, no ambiente e no contexto em que se encontram, para promover mutuamente uma boa intervenção do profissional (Bracons, 2020).

Thije (2020) propõe cinco abordagens à comunicação intercultural que sistematizam os seus princípios fundamentais: (1) interativa; (2) contrastiva; (3) representações culturais; (4) multilinguismo e diversidade linguística; e (5) transferência.

- A primeira abordagem, **INTERATIVA**, analisa a interação intercultural face-a-face e a necessidade de mediação intercultural, conotada com "consciência metapragmática" (Thije, 2020, p. 49), levando ao conceito de mediador cultural. Este mediador é uma terceira parte, independente, e tem a função de ajudar as partes envolvidas a encontrar soluções para os conflitos. Em muitos casos, o mediador cultural é o intérprete, convocado para facilitar a compreensão mútua. Por conseguinte, existe uma relação entre o mediador intercultural, o intérprete e as diferentes abordagens à comunicação. Quando necessário, os intérpretes participam em conferências oficiais e ocasiões de carácter institucional, tais como interações em cuidados de saúde, empresariais e governamentais transnacionais. Para marcar a sua tradução, nas estratégias de interpretação interativa, utilizam um discurso que se inicia por "ela/ele disse" e que resume ou comenta, desde que seja claro. Nesses casos são frequentemente mediadores interculturais. O trabalho dos intérpretes merece especial atenção, bem como a sua formação, atualmente a um nível superior, porque a interpretação da interação revela estruturas cognitivas e interativas que permanecem invisíveis noutros tipos de interações multilingues (Thije, 2020). Numa interação, é necessário ter em mente os aspectos cognitivos e emocionais, e é essencial ter um mínimo de conhecimento do outro, culturalmente diferente (Alsina, 1999).

- Uma segunda abordagem, **CONTRASTANTE**, centra-se nos contrastes entre culturas e sistemas linguísticos. Requerem uma *tertium comparationis* fiável para desenvolver equivalências adequadas entre línguas e culturas (Thije, 2020, p. 49). Os Mediadores Interculturais são os que utilizam estas equivalências formais e funcionais para expressar questões sensíveis ou realizar ações complexas noutras línguas. Umberto Eco (2003) afirmou: "Traduzir é um ato de mediação intercultural que visa dizer "quase a mesma coisa".
- A terceira abordagem refere-se a **REPRESENTAÇÕES CULTURAIS**. Estas surgem nas diferentes formas de comunicação e consideram as imagens individuais e coletivas do eu e do outro. As representações do eu e das suas contrapartes incluem uma ideia do conhecimento, dos sistemas de valores, das atitudes, dos antecedentes culturais e das perspetivas dos outros (Hall, 1997). As representações culturais continuam através da manifestação ininterrupta da identidade, com um núcleo essencial e imutável de semelhanças que persistem no espaço e no tempo, reivindicam autenticidade e autoridade para falar em nome do grupo e exigem representar o grupo como um todo (Thije, 2020). Segundo o autor, as alternativas às representações culturais são a ambiguidade da representação, as formas criativas de lidar com as diferenças culturais e a variedade de perspetivas e/ou identidades/imagens.
- A quarta abordagem apresentada é **MULTILINGUISMO E DIVERSIDADE LINGUÍSTICA**. Os Mediadores Interculturais possuem os modelos teóricos e os instrumentos analíticos para dismantelar a ideologia tradicional da língua de uma nação, uma cultura, uma língua. Nesta situação, o falante nativo transforma-se, através do falante intercultural, no mediador intercultural. É interessante introduzir a noção de "pistas de contextualização", criada para analisar os mal-entendidos interculturais. É um princípio essencial ao lidar com a diversidade linguística e cultural, na interação geral. De facto, os mal-entendidos podem surgir em encontros culturais se as pessoas não reconhecerem os conhecimentos culturais indicados por certas expressões, ações faladas, entoação, comutadores de código ou gestos (Thije, 2020). Segundo Bastos (2014), o sucesso da interação não parece depender da competência linguística dos participantes. Eles assumem que a comunicação num contexto global deve ser feita utilizando uma língua franca, geralmente inglesa. Assim, a dimensão linguística e comunicativa das competências de comunicação intercultural não estabeleceria qualquer relação com o domínio/utilização das línguas..
- Finalmente, **TRANSFERÊNCIAS** referem-se à transmissão de conhecimentos, atitudes, aptidões, refletividade e motivação para adquirir competência multicultural (Thije, 2020). Contudo, na perspetiva de Ogay (2000), um encontro intercultural pode ocorrer sem que os interlocutores estejam conscientes de que estão a participar no processo de negociação de identidades culturais. Isto dependerá da competência em comunicação intercultural. Além disso, a comunicação intercultural é frequentemente baseada em assimetrias e desigualdades, embora o contexto organizacional e institucional deva ser considerado nesta análise.

O Modelo Integrado de Competência de Comunicação Intercultural de Arasaratnam et al. (2010), e também citado por Bastos (2014), propõe as seguintes três dimensões associadas às competências de comunicação intercultural:

- Dimensão afetiva, subjacente às variáveis "atitude global" e "motivação" (aceitação e respeito pela diferença, assim como interesse e prazer em aprender mais sobre a cultura do outro);
- Dimensão praxiológica visível nas variáveis "experiência", "envolvimento na interação" e "empatia" (empatia, pluralismo cultural e capacidade de integrar as formas de comportamento e pensamento dos outros no modo de ser de uma Pessoa);
- Dimensão cognitiva, implícita nas variáveis "experiência" e "envolvimento na interação" (reconhecimento de semelhanças e diferenças entre as diferentes culturas em jogo e o autoconceito baseado numa perspetiva dinâmica)..

Assim, as competências que contribuem para desenvolver a competência de comunicação intercultural no comunicador cultural, tal como descrito acima, são:

- a) empatia cultural;
- b) envolvimento na interação (nomeadamente, a capacidade de escutar e o envolvimento cognitivo e praxiológico na interação); ;
- c) latitude global (que se pretende de *-relativismo*, isto é, a pessoa percebe que as suas crenças são apenas uma das formas possíveis de organizar a realidade); experiencia (experiencias interculturales);
- d) experiência (experiências interculturais);
- e) motivação (a vontade de participar em encontros interculturais). Como variáveis independentes, a empatia e a motivação também promovem as capacidades de comunicação intercultural.

De acordo com o modelo de Ogay (2000), o comunicador intercultural revela competência cultural ao completar as seguintes fases distintas: (1) reconhecer as semelhanças e diferenças entre as diferentes culturas em jogo; (2) aceitar e respeitar as diferenças; (3) querer aprender mais sobre a cultura do outro; (4) demonstrar empatia; (5) demonstrar pluralismo cultural; (6) integrar as formas de comportamento e pensamento do outro nas suas formas de comportamento e pensamento; e (7) ver-se a si mesmo numa perspetiva dinâmica, em constante construção.

Assim, a comunicação intercultural inclui a dimensão interpessoal, a interação entre grupos e a dimensão intercultural. Não são as culturas que interagem entre si, mas as representações destas culturas, transformando o encontro intercultural num encontro interpessoal em que cada parte carrega a sua identidade cultural e identidade individual. Além disso, o encontro interpessoal é também intercultural ou intergrupual, uma vez que as mesmas identidades sociais

nunca são as mesmas, influenciando o processo de comunicação entre indivíduos (Thije, 2020). As Competências de Comunicação Intercultural devem ser desenvolvidas, particularmente por profissionais de saúde, para lidar com a diversidade cultural.

Lidar com a Ambiguidade Cultural

A ambiguidade cultural inclui todos os casos em que as pessoas produzem ou encontram múltiplos significados, seja através da linguagem ou de outros atos e formas de comunicação (Bauer, 2021).

Segundo Bauer (2021), a ambiguidade linguística ocorre se uma afirmação puder ser associada a duas ou mais proposições. No entanto, algumas situações que contêm múltiplos significados ocorrem inteiramente sem o uso da linguagem oral, como mostra o exemplo da "oração" de Bento XVI na Mesquita Azul enquanto ato simbólico. A ambiguidade cultural não é, porém, exclusiva de gestos públicos simbólicos. Ela permeia toda a nossa vida quotidiana, embora nem sempre com o mesmo grau de complexidade.

A linguagem, os gestos e os sinais não são inequívocos, são ações que podem ser interpretadas por aqueles que as observam. As normas devem ser explicadas e, por vezes, há valores contraditórios que devem ser reconciliados ou tolerados na sua coexistência.

Em suma, qualquer atividade cultural é dificilmente concebível sem momentos de atuação cultural que não exijam uma espécie de "desambiguação". A ambiguidade cultural é parte da condição humana. Mas nem todas as culturas são tolerantes a esta ambiguidade (Bauer, 2021). De acordo com este autor, a *tolerância à ambiguidade* não se confunde com *tolerância num sentido ético-social*. A tolerância, definida como a capacidade geral de aceitar "outra forma de ser diferente ou de agir de forma diferente relativamente a opiniões, valores, padrões de sexualidade, religião, etc., pressupõe sempre uma diferenciação clara e inequívoca entre as próprias normas de cada um e as normas do *outro*. A tolerância, assim considerada, é uma das várias formas de reagir a uma situação inequívoca, ou seja, um confronto com interpretações, valores e normas que são diferentes das próprias interpretações, valores e normas de cada um, integrando a ambiguidade, isto é, a multiplicidade e a pluralidade de interpretação (Bauer 2021).

À medida que os cuidados de saúde se tornam cada vez mais complexos, os enfermeiros têm também de lidar com uma ambiguidade clínica mais significativa. Embora a ambiguidade seja discutida na enfermagem, o conceito foi ajustado para captar as complexidades contextuais na perspectiva da enfermagem. A percepção dos enfermeiros de um evento clínico ambíguo, em combinação com o seu nível de tolerância à ambiguidade, pode ter impacto na sua resposta ao que constitui ambiguidade dentro da prática de enfermagem (McMahon & Dluhy, 2017).

2.2.2. Contribuição de modelos e teorias das Ciências da Educação

Teoria da Aprendizagem Transformativa (Mezirow, 1990)

A Teoria da Aprendizagem Transformativa de Mezirow propõe a aprendizagem como uma "transformação da perspectiva", um processo através do qual nos tornamos criticamente conscientes sobre a forma *como* os nossos pressupostos/ preconceitos/ ideias pré-estabelecidas afetam as nossas perspectivas e a leitura da realidade, permitindo desenvolver uma perspectiva mais inclusiva através da mudança destes constructos. A transformação pode ocorrer através de uma reflexão crítica, incluindo uma reflexão crítica sobre os pressupostos de cada, permitindo alterar o quadro de referência tomado por garantido e sobre os pressupostos dos outros, o que conduz a uma comunicação bem-sucedida. Fomentar pensadores emancipados, autónomos e responsáveis é o resultado ideal da aprendizagem transformativa.

Aprendizagem Experiencial (David A. Kolb, 1984)

O Modelo de Teoria da Aprendizagem Experiencial (ELT) de David Kolb, publicado em 1984, foi inspirado no trabalho de Kurt Lewin (Psicologia *Gestalt*). De acordo com esta perspectiva, a aprendizagem é o processo de criação de conhecimento através da transformação da experiência. O conhecimento resulta da compreensão e transformação da experiência utilizando a Experimentação Ativa e a Observação Reflexiva (Kolb, 1984).

Pedagogia Crítica (Paulo Freire, 1968)

O processo pedagógico dialógico proposto por Paulo Freire inclui cooperação, unificação e organização. Freire descreve que "o diálogo com os oprimidos é um compromisso com a liberdade", que envolve a alteração da realidade através da comunicação crítico-reflexiva. Nesta perspectiva de pedagogia crítica, segundo Paulo Freire (1968), o professor não ensina, mas aprende através do diálogo com os estudantes, enquanto os estudantes aprendem enquanto ensinam. Na pedagogia crítica, as ações dos estudantes não se limitam a receber, classificar e armazenar a informação fornecida pelos professores. Pelo contrário, os estudantes têm uma oportunidade real de reconhecer a realidade e de agir com base nesse reconhecimento, transformando a realidade.

Pedagogia Reflexiva

A pedagogia reflexiva tem sido há muito considerada crítica para facilitar uma aprendizagem significativa através de planos de estudos baseados na Aprendizagem Experiencial na Educação de Enfermagem.

Ao longo das últimas décadas, tem sido dada particular atenção à forma como os estudantes são ensinados a refletir dentro de contextos de aprendizagem ao longo da vida e de aprendizagem experiencial. Muitos educadores identificaram o pensamento crítico, o diálogo empenhado e a prática reflexiva como essenciais para promover a aprendizagem substantiva em contextos de aprendizagem experiencial. A reflexão é um elemento central da educação experiencial, solidificando a ligação entre as experiências de um estudante e o significado/aprendizagem que derivam dessa experiência (Denton, 2011). Define-se como um processo de construção de capacidades, baseado na evidência, integrador, analítico, que serve para gerar, aprofundar, criticar e documentar a aprendizagem (Schön, 1983). Além disso, a pedagogia reflexiva permite aos estudantes desenvolver capacidades de pensamento crítico que os ajudará ao longo da sua vida académica e profissional. Eyler et al. (1996) identificaram e desenvolveram a reflexão estruturada como crucial para uma aprendizagem académica significativa. Daudelin (1996) definiu a reflexão como "o processo de se afastar de uma experiência para ponderar, cuidadosa e persistentemente, o seu significado consigo próprio através da formulação de inferências", salientando que o envolvimento em tais processos lança as bases para a tomada de decisões e comportamentos futuros (p. 39).

Pedagogia Verde

A Pedagogia Verde (Green Pedagogy) é um modelo para planeamento de experiências de aprendizagem a partir de uma perspetiva sustentável que pode ser aplicada a vários níveis educacionais e orientada em diferentes direções académicas e profissionais.

Uma pedagogia responsável e ecológica considera os impactos ambientais negativos gerados pelo consumo das suas atividades educativas propostas (incluindo água, energia, materiais, níveis de poluição e gestão de resíduos). Promove comportamentos ambientalmente responsáveis e a utilização sustentável dos recursos nas suas práticas pedagógicas. Inclui também o reforço dos conhecimentos dos estudantes sobre a utilização de tecnologia verde (por exemplo, o e-learning e as tecnologias digitais já são consideradas tecnologias verdes devido à sua contribuição para a limpeza do ambiente).

2.3. Modelos de competências multiculturais em enfermagem e saúde

2.3.1. Definição do conceito "Competência Cultural

Considerando o acima mencionado, o que significa "cultural" em competência cultural? Davis (2020) responde a esta pergunta, salientando que:

“Se examinarmos a relação entre "cultural" e "competência", torna-se evidente que o conceito de cultura aqui deve ser entendido como dinâmico e expressivo: como processo. (...) Indo mais longe, podemos inferir que ser culturalmente competente significa que se tem legitimidade para fazer, estar, expressar, compreender e/ou interpretar a cultura - tanto a sua própria cultura como a dos outros. Esta ideia de "ter competência" ou "ser competente" na própria cultura e culturas diferentes também requer uma visão da cultura como adaptativa, criativa, performativa e expressiva (...).” (Davis, 2020, p. 22).

A competência multicultural dos profissionais de saúde é uma abordagem reconhecida para melhorar a prestação de cuidados de saúde a grupos étnicos minoritários, a fim de reduzir as disparidades raciais/étnicas na saúde (Truong et al., 2014). A falta de competência cultural entre os prestadores de cuidados de saúde limita o potencial de prestação de cuidados de elevada qualidade para o número crescente de pessoas com origens diversas (de Almeida Vieira Monteiro & Fernandes, 2016).

A competência cultural é um conceito complexo e multidimensional, explorado em muitas disciplinas, e é particularmente importante para os prestadores de cuidados de saúde. Define-se como um conjunto de comportamentos, atitudes e políticas congruentes que se encontram num sistema, entidade ou entre profissionais e que permitem que esse sistema, essa entidade ou essas profissões trabalhem eficazmente em situações transculturais (Nardi et al., 2012).

Uma análise dos sistemas de saúde culturalmente competentes identificou cinco intervenções para melhorar a competência cultural: (1) programas de recrutamento e retenção de profissionais de saúde com diversidade cultural, (2) formação em competência cultural para prestadores de cuidados de saúde, (3) utilização de serviços de intérprete para assegurar que indivíduos de diferentes origens possam comunicar eficazmente, (4) existência de materiais de educação em saúde culturalmente apropriados para informar profissionais de diferentes origens culturais, e (5) disponibilização de cuidados de saúde culturalmente específicos (Nair & Adetayo, 2019).

Assim, a competência cultural é uma construção ampla e complexa que permite aos profissionais de saúde adquirirem atitudes, conhecimentos e competências necessárias para prestar cuidados de qualidade a populações culturalmente diversas (Jean Gilbert & California Endowment, 2003), ao mesmo tempo que considera os seus antecedentes culturais, incluindo as crenças sobre a saúde e a doença, influências religiosas, língua-mãe, valores e outros fatores culturais dos doentes que influenciam a sua saúde. Outro fator que pode tornar-se um desafio ao examinar normas para cuidados de saúde culturalmente competentes é a falta de uniformidade na formação em competência cultural dos prestadores de cuidados de saúde e as inconsistências na forma como a competência cultural é definida (Nardi et al., 2012, p. 3).

Em enfermagem, a competência cultural é considerada como um processo contínuo, o que significa que o prestador de cuidados de saúde se deve esforçar, continuamente, por prestar cuidados eficazes, integrando o contexto cultural de cada doente/utente (Campinha-Bacote, 2002).

Os cuidados de saúde culturalmente competentes devem traduzir-se no *uso explícito de um cuidado baseado na cultura do paciente*, e no conhecimento de fatores culturais em saúde, permitindo cuidar de uma forma sensível, criativa e significativa. Desta forma, os cuidados de saúde são planeados e implementados para se adequar aos estilos de vida e às necessidades específicas de indivíduos ou grupos diversos, de modo a promover a saúde e o bem-estar significativos ou para dar resposta eficaz a situações de doença, deficiências ou a processos de morte (Leininger, 2002).

Purnell & Paulanka (2003) definiram a competência cultural em saúde como a consciência da sua própria cultura, o conhecimento e a compreensão da cultura do doente, a aceitação e o respeito pelas diferenças culturais, a abertura a encontros culturais e a adaptação dos cuidados para serem compatíveis com a cultura do doente.

Foram propostos vários modelos para descrever a competência cultural nos cuidados de saúde. No entanto, nos estudos e modelos educacionais de enfermagem, o conceito de Competência Cultural carece de uma definição universal. Shen (2014) reviu modelos e instrumentos de avaliação de competência cultural desenvolvidos e publicados por investigadores de enfermagem desde 1982 e encontrou *14 definições para Competência Cultural em Enfermagem*. Algumas delas incluem abordagens teóricas e dimensões específicas de competências multiculturais.

O conceito de competência cultural em enfermagem tem origem nas teorias de enfermagem intercultural, especificamente no modelo Leininger na década de 1970 (Leininger, 1994; Leininger & McFarland, 2006). A partir das suas raízes, o conceito de Competência Cultural de Enfermagem expandiu-se, nos finais da década de 1980 até 1990. Para além do conceito das variações culturais de per se, passou a abarcar questões como o preconceito, os estereótipos e os determinantes sociais da saúde. O âmbito da competência cultural expandiu-se também, para além do domínio interpessoal dos cuidados interculturais, para incluir os sistemas de saúde e as comunidades (Saha et al., 2008). As populações a quem foram aplicados cuidados multiculturais deixaram de ser apenas os imigrantes para se incluírem todos os grupos minoritários, particularmente os mais afetados pelas desigualdades raciais na qualidade dos cuidados de saúde disponibilizados (Saha et al., 2008).

2.3.2. Modelos de “Competencia Cultural en Enfermería”

Os Modelos de Competência Cultural em Enfermagem que serviram de enquadramento teórico fundamental para o Modelo de Formação Multicultural em Enfermagem (MulticulturalCare Nursing Education Model) estão listados abaixo:

Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger

Madeleine Leininger concebeu trabalhos inovadores fundamentais sobre enfermagem transcultural, tais como o método de investigação da etnoenfermagem e a teoria sobre diversidade e a universalidade do cuidado cultural (Leininger, 1970, 1978, 1991, 1995; Leininger & McFarland, 2002, 2006; McFarland & Wehbe-Alamah, 2018).

Leininger (1988) cunhou, pela primeira vez, o termo “competência cultural” na década de 1960 como parte da sua teoria sobre a diversidade do cuidado cultural. Defendeu que o “cuidado cultural” constitui o meio mais amplo e essencial para estudar, explicar e prever os conhecimentos de enfermagem e a prática concomitante dos cuidados de enfermagem culturalmente congruentes. Leininger afirmou que se pode explicar e prever a saúde ou o bem-estar se se descobrir completamente os significados, padrões e processos culturais dos cuidados de saúde. O *Modelo Sunrise* apresenta os pressupostos, as definições e as explicações teóricas relacionadas com o cuidado cultural, representando os principais componentes da teoria de Leininger (1988).

O *Modelo Sunrise* é um modelo holístico e apresenta sete domínios principais que influenciam os cuidados e o estado de saúde dos indivíduos, famílias, grupos e instituições socioculturais, nomeadamente:

- padrões de estilo de vida;
- valores e normas culturais específicas;
- tabus e mitos culturais;
- visão do mundo e perspetivas etnocêntricas;
- atributos gerais que os doentes percebem como diferentes ou semelhantes a outras culturas;
- comportamentos de cuidado, rituais de saúde e de cuidados de vida e ritos de passagem para manter a saúde;
- sistemas de saúde-doença populares e profissionais utilizados.

Modelo de Competência Cultural de Campinha-Bacote

O modelo de competência cultural Campinha-Bacote caracteriza o processo de *alcançar a competência cultural* como um processo dinâmico. Os principais pressupostos deste modelo são: (1) a competência cultural é um processo dinâmico; (2) consiste em cinco elementos/competências principais: consciência cultural, conhecimento cultural, competências culturais, encontro cultural e desejo cultural; (3) dentro de cada um dos diversos grupos culturais há mais variações do que entre eles; (4) a competência cultural dos prestadores de cuidados de saúde está fortemente relacionada com serviços que prestam cuidados culturais a pessoas etnicamente diversas (Campinha-Bacote, 2002; 2007; 2008). Os instrumentos de avaliação IAPCC-R e IAPCC-

SV de Campinha-Bacote têm sido amplamente utilizados na educação e prática de enfermagem para avaliar a competência cultural dos estudantes e profissionais de saúde, respectivamente.

Modelo de Avaliação Transcultural de Giger and Davidhizar

O Modelo de Avaliação Transcultural (TAM) de Giger e Davidhizar foi desenvolvido em 1988, para responder à necessidade dos estudantes de licenciatura em enfermagem de avaliar e prestar cuidados a doentes culturalmente diversos. O modelo inclui a avaliação de seis fenómenos culturais: comunicação, tempo, espaço, organização social, controle ambiental e variação biológica (Giger & Davidhizar, 2002; Dowd et al., 1998; Giger & Davidhizar, 2002, 2004, 2008). Cada um destes fenómenos culturais ocorre de forma diferenciada entre várias culturas. Os fenómenos culturais relacionam-se entre si, sobrepõem-se e variam em utilidade e aplicação consoante o quadro cultural de referência (Dowd et al., 1998; Giger & Davidhizar, 2008).

Modelo de Competência e Confiança Cultural (CCC): Autoeficácia Transcultural (Jeffreys, 2010)

O Modelo de Competência e Confiança Cultural (CCC) de Jeffreys interrelaciona conceitos que explicam e descrevem o fenómeno de aquisição de competência cultural, incorporando simultaneamente a autoeficácia (confiança) transcultural construída como fator influenciador crucial (Jeffreys, 2016). A competência cultural define-se como um processo de aprendizagem multidimensional que integra as competências transculturais nas três dimensões (cognitiva, prática e afetiva) e inclui a autoconfiança percebida no desempenho de competências transculturais. A competência cultural fomenta a harmonia multicultural, facilita a segurança cultural, promove a prestação, ao mais alto nível, de cuidados culturalmente congruentes aos indivíduos, famílias e comunidades e requer uma aprendizagem ativa contínua.

Este modelo foi principalmente utilizado para o ensino e investigação em competência cultural.

Modelo de Purnell de Cuidados de Saúde Transcultural

Desenvolvido em 1991, o Modelo de Purnell conceptualiza o desenvolvimento da competência cultural ao longo de uma curva ascendente de aprendizagem e prática clínica. O modelo caracteriza-se por apresentar um nível crescente da competência adquirida pelos praticantes, que passam por quatro níveis: a) de uma fase de incompetência inconsciente, para b) uma fase de incompetência consciente, seguido de c) competência consciente e, finalmente, d) competência inconsciente (Purnell, 2000, 2013).

O Modelo é representado por um círculo, com uma circunferência exterior que representa a sociedade global, uma segunda circunferência que representa a comunidade, uma terceira circunferência que

representa a família e uma quarta circunferência que representa o indivíduo (pessoa). O interior do círculo está organizado em secções em forma de cunha que constituem a estrutura organizativa do Modelo. As secções são as seguintes:

Perspetiva geral/patrimonial (incluindo conceitos relativos ao país de residência, origem, motivos de imigração, entre outros);

- Comunicação (incorporando conceitos relacionados com elementos verbais e não verbais, tais como a língua nativa, linguagem corporal, contato visual, saudações aceitáveis, entre outros);
- Papéis organizacionais e familiares (descrevendo papéis de género, papéis e prioridades familiares, papéis das crianças e das pessoas idosas dentro da família, entre outros);
- Questões laborais (incluindo conceitos como autonomia, assimilação e estilos de comunicação étnica do país de origem, entre outros);
- Ecologia biocultural (no que diz respeito às variações em aspetos biológicos, entre outros);
- Comportamentos de alto risco (relacionados com abuso do tabaco, álcool ou drogas, dietas de alto teor calórico e atividade física insuficiente, entre outros);
- Nutrição (incluindo conceitos como a quantidade adequada de alimentos para satisfazer a fome, escolhas alimentares, como os alimentos afetam o bem-estar, entre outros);
- Gravidez e maternidade (em relação à informação sobre fertilidade, métodos de controlo de natalidade, perspetivas sobre a gravidez, tabus relacionados com a gravidez, entre outros);
- Práticas relacionadas com a morte (descrevendo comportamentos de luto, perceções da morte e rituais fúnebres, entre outros);
- Espiritualidade (relativa a práticas religiosas e significado das orações, entre outros);
- Práticas de cuidados de saúde (incluindo conceitos como atitudes em relação à doença, diferentes crenças e práticas médicas, entre outros);
- Profissionais de saúde (considerando conceitos relacionados com o estatuto, utilização e perceções dos prestadores de cuidados de saúde biomédicos ocidentais, tradicionais e mágico-religiosos) (Purnell, 2000, p. 43).

As secções (domínios culturais e seus conceitos) podem ser utilizadas em conjunto, ou os seus conceitos podem ser utilizados seletivamente ao aplicar o modelo. O PMCC é um dos modelos mais amplamente utilizados nos currículos de enfermagem (Lipson & Desantis, 2007)..

Modelo de enfermagem transcultural e competência cultural de Papadopoulos, Tilki e Taylor (PTT)

O Modelo de Papadopoulos, Tilki e Taylor (PTT) para o desenvolvimento da competência cultural em estudantes de enfermagem considera a consciência cultural (primeira fase), o conhecimento

cultural (segunda fase) e a sensibilidade cultural (terceira fase), como competências-chave culturais fundamentais na enfermagem. Os cuidados culturalmente sensíveis não podem ser alcançados a não ser que os utentes sejam considerados verdadeiros parceiros. Parcerias equivalentes envolvem confiança, aceitação, respeito, facilitação e negociação. Os profissionais de saúde que agem de outro modo, estão a utilizar o seu poder de forma opressiva. A quarta fase (competência cultural) requer a síntese e a aplicação das competências previamente adquiridas: consciência, conhecimento e sensibilidade cultural. Uma componente crucial desta quarta fase de desenvolvimento, é a capacidade de reconhecer e desafiar o racismo e outras formas de discriminação e práticas opressivas.

Um outro foco é dado às competências práticas, tais como a avaliação de necessidades, o diagnóstico clínico e outras competências do cuidado.

O modelo PTT combina multiculturalismo e perspectivas antirracistas, facilitando o desenvolvimento de uma compreensão mais ampla das desigualdades, dos direitos humanos e do cidadão, ao mesmo tempo que promove o desenvolvimento das competências necessárias para provocar mudanças ao nível do doente/utente (Papadopoulos, 2006).

Modelo de Prática Transcultural Interprofissional (TIP) de Andrews/Boyle (2019)

O Modelo de Prática Transcultural Interprofissional (TIP) de Andrews/Boyle tem como objectivo providenciar um processo sistemático, lógico, ordenado e científico, centrado no doente ou no utente, de modo a oferecer cuidados culturalmente congruentes e competentes, acessíveis e seguros, baseados na evidência, de elevada qualidade para pessoas de diversas origens ao longo da vida (Andrews & Boyle, 2019).

O modelo TIP inclui os seguintes componentes-chave:

- contexto a partir do qual emergem os valores, atitudes, crenças e práticas das pessoas relacionadas com a saúde;
- a equipa interprofissional de saúde (cuja razão de ser é o doente ou utente, colocado no centro da equipa);
- a família do doente e outros significativos, incluindo tutores legalmente designados, ou pessoas (familiares ou não) orientados pelo médico do doente, profissionais de saúde credenciados, curandeiros, populares, curandeiros tradicionais, religiosos da sua cultura, e outras entidades sencientes que o doente ou utente considere significativos para a sua saúde, bem-estar ou cura (por exemplo, animais de serviço, de companhia, ou animais de estimação culturalmente apropriados e solicitados pelo doente ou cliente);

- comunicação eficaz; e,
- avaliação sistemática, utilizando as cinco etapas do processo científico de resolução de problemas, definição mútua de objetivos, planeamento, implementação e avaliação da eficácia das intervenções terapêuticas e dos cuidados.

O modelo TIP pode ser utilizado onde quer que os enfermeiros pratiquem, ensinem, aprendam, liderem, consultem e desenvolvam investigação.

2.3.3. Outros modelos, teorias e princípios de Enfermagem

Outros modelos e abordagens teóricas em enfermagem moldaram o quadro conceptual dos cuidados de enfermagem culturais. A revisão da literatura apresenta o modelo de cuidados de saúde centrados no utente; o modelo de competência ética em enfermagem e o conhecimento sociopolítico em enfermagem.:

Modelo do Cuidado Centrado na Pessoa/ Utente

O modelo de cuidados de saúde centrados no utente centra-se numa abordagem personalizada aos cuidados de saúde, com o objetivo de cuidar dos utentes que permanecem com o seu ambiente sob controlo, no processo de cuidados e vida diária, bem como desenvolver as capacidades dos utentes e contribuir para o seu bem-estar (Nolte, 2017). Este modelo procura aumentar a qualidade dos cuidados de saúde, considerando as dimensões da qualidade de vida, prestando cuidados respeitosos e receptivos às preferências, necessidades e valores individuais dos utentes e assegurando que os valores dos utentes guiem todas as decisões clínicas..

Modelo de Competência Ética em Enfermagem (Gallagher, 2006)

Os profissionais de saúde que incorporam competência cultural e tomada de decisão ética na sua prática estarão aptos para prestar os melhores serviços aos seus utentes/doentes em contextos multiculturais e assegurar os melhores resultados (Louw, 2016).

A competência cultural na tomada de decisão ética em contextos multiculturais com migrantes, refugiados e requerentes de asilo constitui o núcleo dos cuidados de enfermagem culturalmente sensíveis.

Conhecimento Sociopolítico em Enfermagem

Kagan et al. (2010), na sua análise de um manifesto de enfermagem, identificaram formas de os enfermeiros se tornarem mais conscientes do significado dos valores da justiça social, recorrendo ao significado de emancipação na investigação, prática, educação e liderança em enfermagem.

2.4. Construindo um Modelo para a Formação Multicultural de Enfermeiros - MulticulturalCare Nursing Education Model.

Este modelo inovador é o primeiro e principal produto intelectual do *Projeto Multicultural Care* - Educar estudantes através de métodos de aprendizagem inovadores para intervir em contextos multiculturais complexos.

É um modelo educativo, teoricamente orientado, concebido para ensinar a consciência cultural, o conhecimento cultural, aptidões e outras competências-chave multiculturais, que enfermeiros e outros profissionais de saúde devem assimilar antes de trabalhar em contextos clínicos ou comunitários.

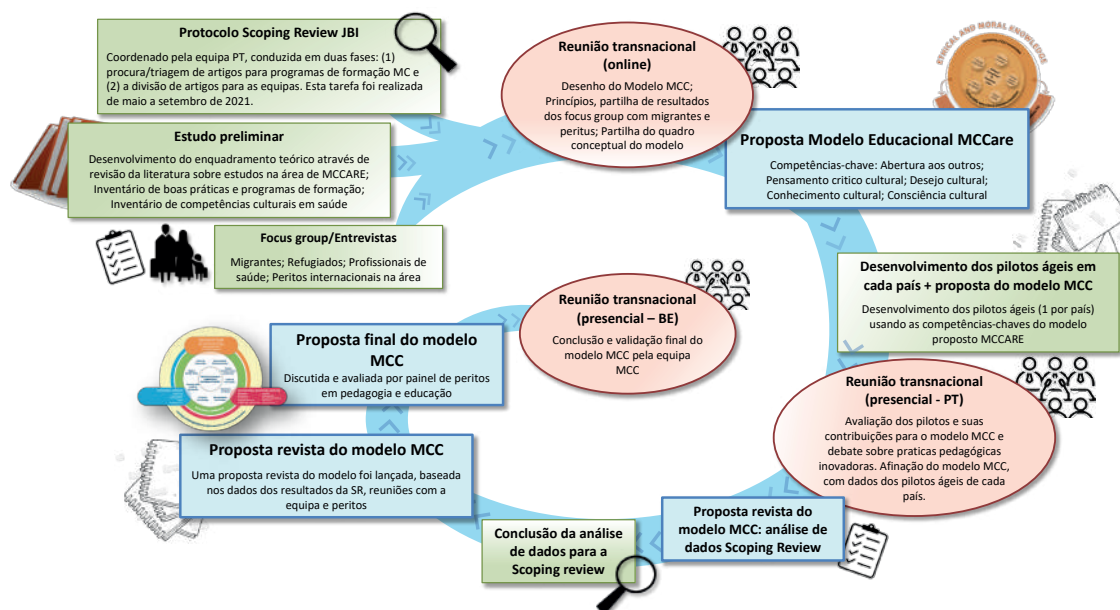


Figura 3. Fluxograma do Modelo MulticulturalCare.

Neste processo, considerámos que a construção de um modelo de formação em competências multiculturais de enfermeiros no contexto europeu não deveria basear-se apenas nos referentes teóricos e na experiência de formação em competências multiculturais da equipa do projeto.

Duas questões prévias deveriam ser respondidas:

Como devem ser definidos os cuidados de saúde culturalmente competentes?

Como devem ser treinadas as competências culturais

A resposta à primeira pergunta requer os quadros teóricos da disciplina de Enfermagem e outras disciplinas e a descrição do processo de recolha de informação e sua contextualização. A construção do Modelo, baseou-se no seguinte:

- Opiniões de **utentes**, particularmente os que requerem uma abordagem multicultural dos cuidados de saúde nos países parceiros do Projeto MULTICULTURALCARE, no momento e nas circunstâncias atuais, ou seja, os migrantes nesses países. Foi realizado um estudo qualitativo, utilizando focus group e entrevistas com migrantes, para obter conhecimento sobre as suas experiências em matéria de cuidados de saúde.
- Opiniões de peritos com conhecimento privilegiado dos problemas de saúde em ambientes europeus multiculturais, complementam as perspetivas dos migrantes. O grupo de peritos concentrou-se na análise da estrutura do Sistema de Saúde (sistema sócio-sanitário-educativo) no que respeita à competência intercultural.

Para além de se basear nos quadros teóricos da disciplina de Enfermagem e outras, a resposta à segunda pergunta baseou-se, também, numa revisão sistemática a respeito de **programas de formação em competências multiculturais**.

O processo de investigação para a construção do Modelo de Formação Multicultural para Enfermeiros - MULTICULTURALCARE NURSING EDUCATION MODEL está representado abaixo.



Figura 4.- Processo de investigação do Modelo de Formação Multicultural para Enfermeiros - MULTICULTURALCARE NURSING EDUCATION MODEL.)

2.4.1. Revisão dos princípios e do enquadramento teórico do MULTICULTURALCARE NURSING EDUCATION MODEL - Modelo para a Formação Multicultural de Enfermeiros

Uma revisão preliminar da literatura foi realizada para desenvolver um quadro conceptual dos princípios fundamentais do Modelo, que foi discutido e partilhado com todos os parceiros da equipa do Projecto *MulticulturalCare*. Estes princípios estão incluídos no e-book como **princípios gerais** no subcapítulo 2.1, um **quadro teórico** de outras disciplinas no subcapítulo 2.2 e um **quadro teórico específico de enfermagem** no subcapítulo 2.3.

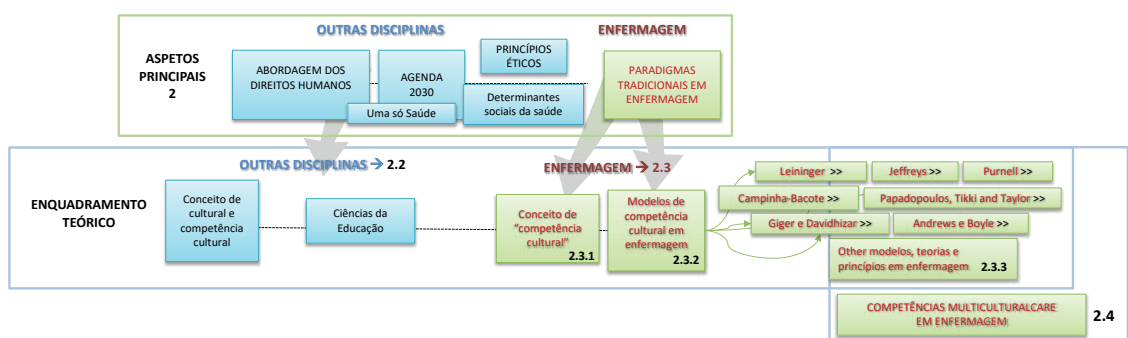


Figura 5.- Esboço dos princípios teóricos e enquadramento dos cuidados multiculturais.

2.4.2. Incorporação das perspetivas dos migrantes e dos peritos

Para construir o **protótipo** do MulticulturalCare Nursing Education Model, os parceiros do projeto incluíram as perspetivas, necessidades e vozes dos migrantes e dos profissionais de saúde como partes interessadas finais do modelo.

Foram realizados três Focus Group (FG) e seis entrevistas em contextos comunitários e académicos, envolvendo migrantes, refugiados, profissionais de saúde e peritos internacionais. Todos os parceiros desenvolveram, discutiram e validaram o guião para estas entrevistas e FG.

O principal objetivo destes estudos foi identificar os **domínios-chave** a serem incluídos num modelo inovador para a formação de competências em cuidados multiculturais para enfermeiros europeus. Os objetivos específicos foram os seguintes:

- recolher informações sobre as **experiências dos migrantes** nos serviços de saúde europeus;

- recolher dados sobre o **processo de comunicação interpessoal** entre migrantes, refugiados e requerentes de asilo, e enfermeiros em contextos de cuidados de saúde;;
- obter informações sobre o **perfil de competências multiculturais** exigido aos enfermeiros.

Todos os parceiros e uma Comissão de Ética independente aprovaram as diretrizes éticas do estudo, os critérios e métodos de seleção dos participantes, e as diretrizes técnicas de recolha/análise de dados (UICISA: E, Escola de Enfermagem de Coimbra, Portugal).

Cada parceiro cooperou nos FG/entrevistas, recolha/análise de dados, relatório final e avaliação dos resultados. Após cada FG/entrevista descentralizada, cada equipa enviou relatórios de progresso para monitorização. Durante os meses de fevereiro e março de 2021, todos os parceiros do projeto discutiram os resultados finais.

O estudo de FG com peritos teve como objetivos específicos identificar os domínios-chave a incluir no Modelo de Formação de Competências em Cuidados Multiculturais para Enfermeiros Europeus, a partir da perspetiva dos peritos internacionais e profissionais de saúde que trabalham com populações migrantes.

Com base nas perspetivas dos peritos sobre as experiências dos migrantes nos serviços de saúde europeus, sobre o processo de comunicação, sobre a relação entre migrantes e enfermeiros e sobre o perfil de competências multiculturais dos enfermeiros, estes domínios constituíram uma das bases para a construção do Modelo de Formação de Competências em Cuidados Multiculturais. Após contacto com os participantes, foi constituído um FG com cinco participantes (dois da Bélgica, um de Espanha, um de Portugal e um dos EUA) investigadores, académicos e profissionais de saúde considerados especialistas em Saúde Transcultural, Migração e Direitos Humanos e Cuidados de Saúde dos Migrantes, e com mais de cinco anos de experiência profissional nestas áreas. O grupo selecionado foi composto por três homens e duas mulheres com proficiência em inglês, a partir da amostra total. Todos os participantes deram o seu consentimento informado. O FG foi realizado online, via Zoom (Colibri), devido às contingências pandémicas, a 5 de fevereiro de 2021. Foi supervisionado por duas moderadoras, uma da ESEnC (Coimbra, Portugal) e a outra da UC Limburg (Bélgica). Um terceiro membro da equipa cronometrou e colaborou na logística.

As sessões dos FGs tiveram uma duração de 90 minutos. Após a sua realização, a equipa de investigação converteu a gravação áudio ou audiovisual num ficheiro áudio e transcreveu o conteúdo. O processo de codificação de dados seguiu uma abordagem de pesquisa indutiva, na qual os conceitos e categorias descritivas emergiram durante as múltiplas leituras dos dados de cada FG, ou transcrições da entrevista. A análise com o programa informático *N-Vivo-12* permitiu identificar as principais dimensões do discurso e distinguiu os aspetos mais relevantes de cada tópico, organizando-se os dados recolhidos em categorias e subcategorias.

RESULTADOS - A voz dos migrantes: Cuidados culturalmente competentes do ponto de vista dos migrantes..

Os resultados revelam os vários **OBSTÁCULOS** que os imigrantes enfrentam nos sistemas de saúde europeus (figura 6):

- O défice de **acesso** ao sistema de saúde;
- Os **obstáculos** aos cuidados de saúde, especificamente em termos de comunicação;
- A frequente **relação discriminatória** estabelecida no âmbito dos cuidados profissionais;
- O **baixo nível de competência cultural estrutural**, principalmente devido à falta de recursos de tradução e mediação intercultural, a baixa flexibilidade dos sistemas de cuidados e a orientação biomédica;
- O **baixo nível de competência cultural profissional** em serviços de saúde, que os migrantes percebem como uma falta de interesse e/ou abertura em relação às diferenças culturais.

Os migrantes descrevem estes **OBSTÁCULOS** como tendo **CONSEQUÊNCIAS** profundas, tais como:

- Desigualdade na saúde;
- Perda significativa de qualidade nos cuidados;
- **Vulnerabilidade** em saúde.

Os diferentes actores abordam estes obstáculos e as suas consequências, utilizando diferentes **ESTRATÉGIAS**, algumas adequadas, outras parcialmente eficazes, mas muitas inadequadas, uma vez que complicam ainda mais os cuidados e reduzem a sua qualidade:

- Como parte das suas estratégias, **estas populações** recorrem por vezes a redes de apoio e ONGs, procuram informação sobre recursos e direitos ou praticam um certo pragmatismo cultural e adaptam-se ao sistema. Contudo, também adotam estratégias menos eficazes, tais como adiar os cuidados, limitá-los a emergências, utilizar tradutores informais ou utilizar serviços de saúde privados.
- Os profissionais recorrem geralmente a **estratégias** como a mediação intercultural, a organização dos tempos de atendimento, a adaptação da linguagem técnica ou o respeito pelas crenças e valores dos doentes. No entanto, por vezes os profissionais optam por estratégias que dificultam os cuidados, tais como reduzir a informação durante a prestação de cuidados, limitar os cuidados às abordagens técnicas e biomédicas e exigir que o imigrante conheça a língua do país de acolhimento e se adapte ao sistema de cuidados, entre outras.

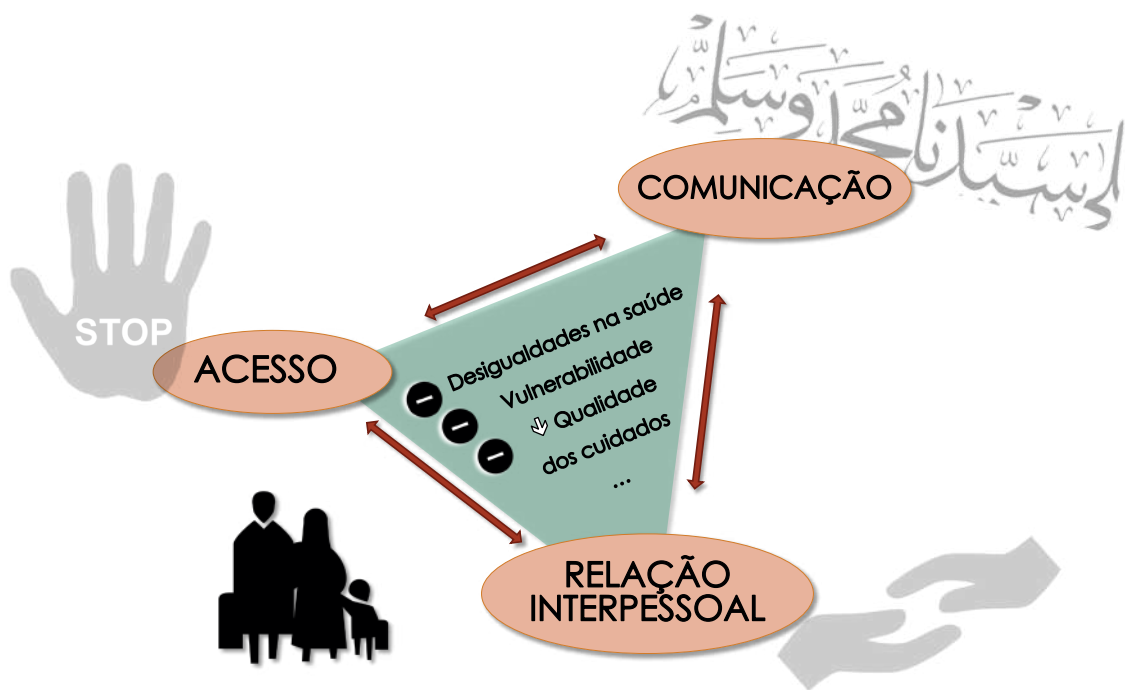


Figura 6. - Cuidados culturalmente competentes do ponto de vista dos migrantes.

RESULTADOS - A voz dos peritos: cuidados culturalmente competentes do ponto de vista dos peritos..

Para compreender a percepção dos especialistas sobre as experiências dos migrantes nos serviços de saúde europeus, um grupo de peritos foi convidado a partilhar as suas opiniões sobre possíveis obstáculos e fatores facilitadores no acesso aos cuidados de saúde. Os dados analisados mostram que os peritos identificaram quatro níveis de obstáculos ao acesso dos migrantes aos cuidados de saúde relacionados com:

- 1) os migrantes,
- 2) os profissionais de saúde,
- 3) o sistema de saúde do país de acolhimento, e
- 4) os contextos sociopolíticos do país de acolhimento (Fig. 7).,

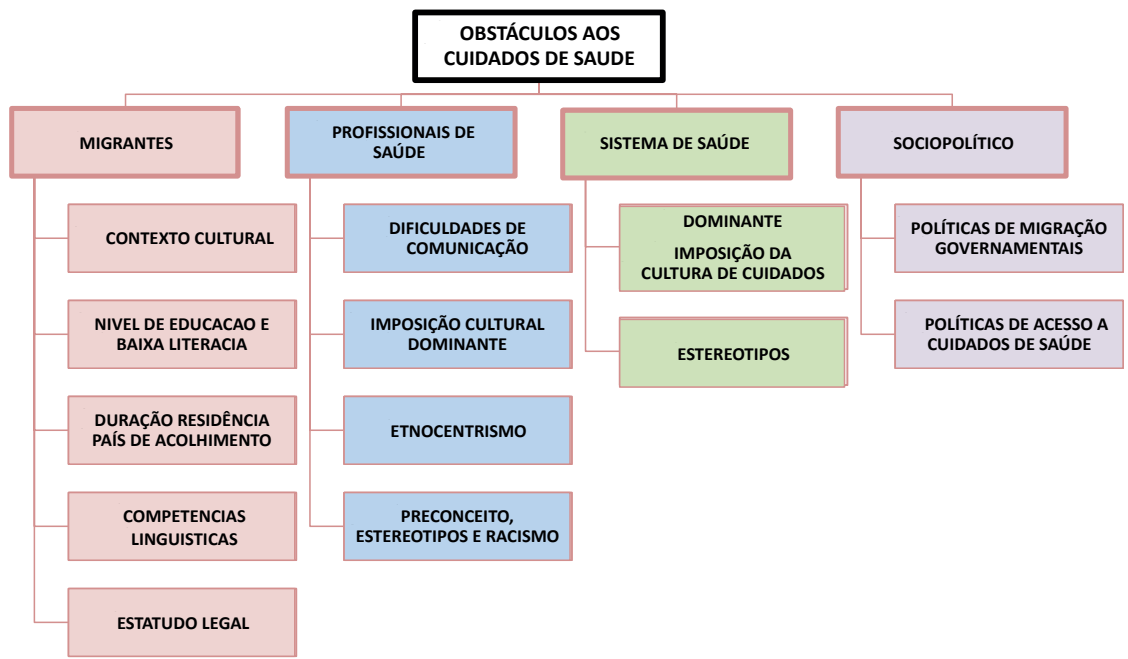


Figura 7.- Obstáculos ao acesso dos migrantes aos cuidados de saúde nos países de acolhimento..

Os peritos identificaram, também, os seguintes três níveis de **fatores facilitadores/recursos, para ultrapassar os obstáculos ao acesso dos migrantes/grupos culturais minoritários aos cuidados de saúde** nos países de acolhimento associados:

- 1) aos profissionais de saúde,
- 2) ao sistema de saúde do país de acolhimento, e
- 3) aos contextos sociopolíticos do país de acolhimento (Fig. 8).

As opiniões dos peritos sobre o processo de comunicação interpessoal e a relação entre migrantes e enfermeiros (objetivo 2) foram relacionadas com "obstáculos" e "ultrapassar obstáculos" ao acesso a cuidados de saúde adequados.

O acesso aos cuidados de saúde foi considerado desde a entrada do migrante no sistema de saúde e nas instalações até à sua saída após ter recebido os cuidados.

As características do **processo de comunicação interpessoal e a relação interpessoal entre migrantes e enfermeiros** podem ser um fator facilitador ou um obstáculo à prestação de cuidados de enfermagem.

Neste estudo, esta categoria foi integrada nos "obstáculos relacionados com os profissionais de saúde" e nas formas de "ultrapassar os obstáculos através de uma comunicação/profissionais de saúde eficazes".

De acordo com os peritos, o perfil de competências multiculturais dos enfermeiros também está relacionado com os recursos específicos para ultrapassar os obstáculos ao acesso aos cuidados de saúde, pelo que foi incluído nesta subcategoria.

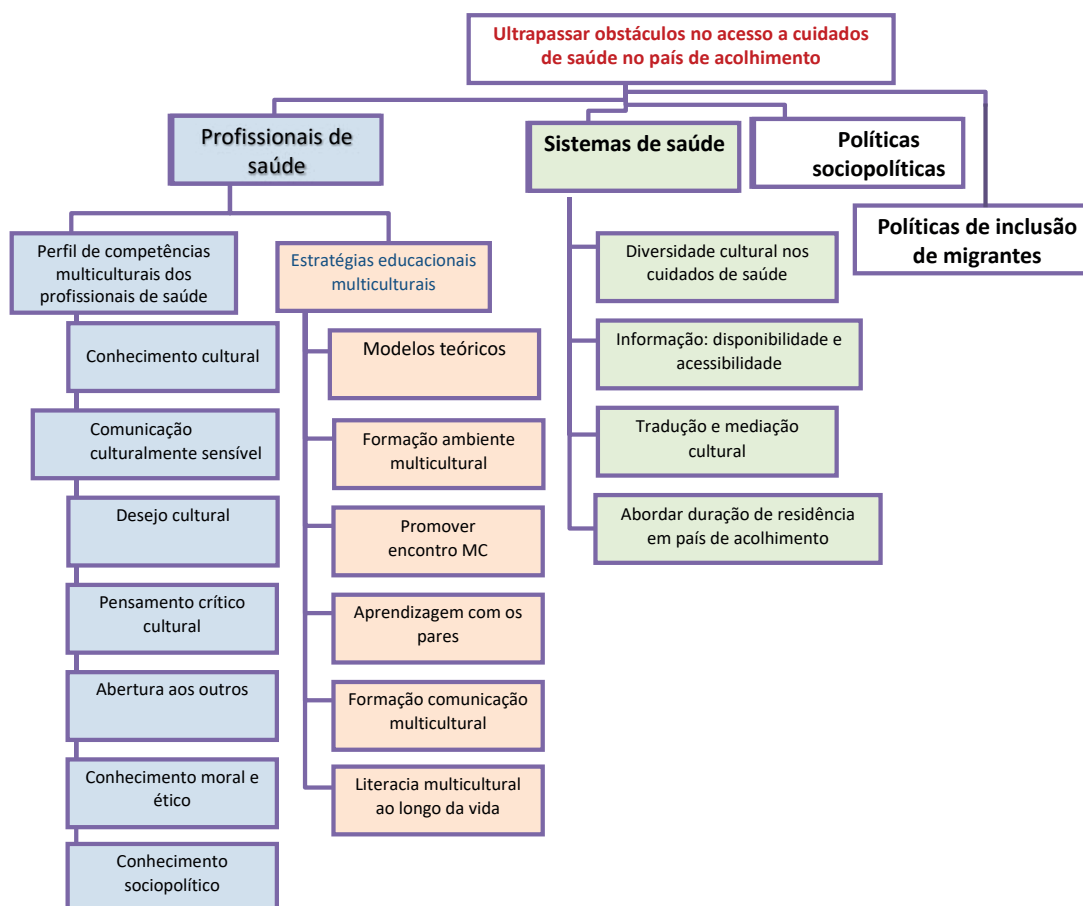


Figura 8.- Ultrapassar obstáculos no acesso a cuidados de saúde no país de acolhimento..

2.4.3. Estudo das experiências de formação em competências multiculturais.

Uma pesquisa e revisão de estudos de outros modelos educacionais e experiências de ensino em competências multiculturais foi levada a cabo como terceiro passo. Assim, todos os parceiros efetuaram uma *scoping review* de 250 artigos científicos e recolheram e analisaram dados de acordo com as Diretrizes do Protocolo do Instituto Joanna Briggs (JBI). Este protocolo para *Scoping Reviews* do JBI (SRP) foi coordenado, realizado e publicado pela equipa portuguesa. A primeira fase da *Scoping Review* consistiu na pesquisa/seleção de estudos a incluir, seguida de uma primeira análise dos artigos listados, de acordo com os critérios do SRP. Na segunda fase, todos os parceiros partilharam, distribuíram e analisaram igualmente a lista de artigos final. A

análise (*blind review*) do conteúdo de cada artigo foi realizada por dois membros de cada equipa (um terceiro membro atuou como árbitro em caso de desacordo).

A investigação centrou-se **especificamente** nas seguintes **questões de investigação**:

QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO
Quem são os profissionais e os estudantes de saúde que frequentam programas de formação em competências multiculturais?
Quem são os intervenientes que implementam os programas de formação em competências multiculturais para os profissionais e estudantes de saúde?
Em que contextos são implementados os programas de formação em competências multiculturais para profissionais e estudantes de saúde?
Quais são os domínios de competência multicultural nos programas de formação em competências em cuidados multiculturais disponíveis para profissionais e estudantes de saúde?
Que estratégias de formação são utilizadas para formar profissionais e estudantes de saúde em competências multiculturais (por exemplo, duração, frequência, conteúdo, métodos de ensino)?
Que modelos, teorias ou princípios são utilizados para conceptualizar os programas de formação em competências em cuidados multiculturais disponíveis para a formação de profissionais e estudantes de saúde?
Que fatores facilitadores e/ou obstáculos foram relatados em relação ao sucesso e/ou insucesso dos programas?

Figura 9. Questões de investigação da *scoping review*.

Os dados finais foram apresentados em quadros, gráficos e narrativas para descrever a literatura de acordo com as questões de investigação definidas, detalhando as características dos programas de formação..

2.4.4. Principais aspetos dos cuidados culturalmente competentes

A investigação do Projeto foi desenvolvida com a população imigrante e peritos e utilizou a *scoping review* para encontrar artigos sobre competências interculturais em ciências da saúde. Identificou vários **aspetos-chave (necessidades)** que a população imigrante e os peritos reconhecem como necessários para oferecer cuidados de saúde culturalmente competentes, bem como as experiências de formação intercultural em ciências da saúde.

Cinco aspetos-chave dos cuidados de saúde orientaram as competências do Modelo de Formação Multicultural para Enfermeiros - *MulticulturalCare Nursing Education Model*.

No âmbito da **COMPETÊNCIA CULTURAL INDIVIDUAL** (relativa a cuidados de saúde mais personalizados), foi possível identificar três aspetos/necessidades fundamentais:

- **COMUNICAÇÃO**
- **RELAÇÃO**
- **INTERESSE E ABERTURA À DIFERENÇA CULTURAL**

No âmbito da **COMPETÊNCIA CULTURAL SOCIAL** (cuidados de saúde comunitários e relacionados com a sociedade), em que se consideram dois aspetos/necessidades essenciais:

- **A COMPONENTE INSTITUCIONAL** dos cuidados – é um aspeto/necessidade essencial muitas vezes desconsiderado como competência cultural. Contempla a necessidade de mudança institucional quando as instituições (nomeadamente instituições de saúde e outras relacionadas com a saúde) não respondem às necessidades de cuidados de saúde de outras culturas.
- **A COMPONENTE SOCIAL/COMUNITÁRIA** dos cuidados - outro aspeto/necessidade crítico associado ao reconhecimento da necessidade de mudança social e à participação de grupos culturalmente diversos nos cuidados de saúde.

Estes cinco aspetos-chave de cuidados culturalmente competentes orientam e organizam as competências culturais identificadas ao longo de todo o processo (Figura 10).

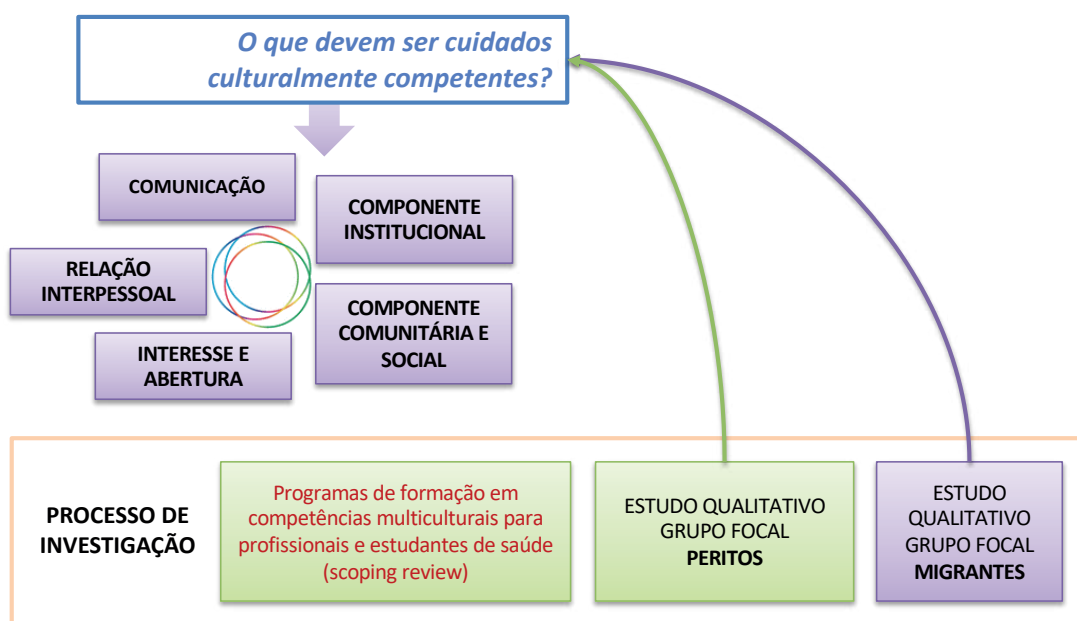


Figura 10. Principais aspetos dos cuidados culturalmente competentes..

A equipa do Projeto identificou ainda nove COMPETÊNCIAS MULTICULTURAIS, subdivididas de acordo com **três tipos de dimensões**:

- CONCEPTUAL/CONHECIMENTO
- ATITUDINAL
- COMPETÊNCIAS/HABILIDADES

Esta forma de compreender as competências é útil no âmbito dos processos de ensino ou de formação e na seleção do tipo de competências específicas para as quais os estudantes são capacitados em cada processo formativo.





3. MULTICULTURALCARE NURSING EDUCATION MODEL – MODELO PARA A FORMAÇÃO MULTICULTURAL DE ENFERMEIROS

Maria Idoia Ugarte-Gurrutxaga, Brígida Molina-Gallego, Rocío Baquero, Flore Geukens, Ana Paula Camarinho & Ana Paula Monteiro.

3.1. Desenvolvimento de um Modelo para a Formação Multicultural de Enfermeiros - MulticulturalCare Nursing Education Model)

Este Modelo para a Formação Multicultural de Enfermeiros é o primeiro e principal produto intelectual (*Intellectual Output* - IO1) do **Projeto MulticulturalCare** e tem o como objetivo proporcionar a enfermeiros e outros profissionais de saúde, a consciência cultural, o conhecimento cultural, as aptidões e as competências-chave multiculturais para trabalharem em ambientes clínicos ou comunitários.

A primeira versão preliminar do Modelo foi criada com a contribuição de numerosas fontes. Realizou-se uma revisão preliminar da literatura e desenvolveu-se um quadro conceptual, discutido e partilhado entre todos os parceiros, para definir os princípios do Modelo, mapear os programas de formação disponíveis em cuidados de saúde multiculturais e definir as competências-chave dos estudantes de enfermagem culturalmente competentes.

Os parceiros do projeto consideraram que as perspetivas, necessidades e "vozes" dos migrantes, das partes interessadas e dos utilizadores finais destes *outputs*, deveriam ser incluídas.

Os parceiros levaram a cabo Focus Groups (FGs) e entrevistas, em contextos comunitários e académicos, envolvendo migrantes, refugiados, profissionais de saúde e peritos internacionais na matéria. A equipa do Projecto MulticulturalCare desenvolveu previamente um Guião de recolha de dados para explorar as realidades atuais da prestação de cuidados em contextos multiculturais. Todos os parceiros do projecto e uma Comissão de Ética independente aprovaram os princípios éticos do estudo, os critérios e métodos de amostragem e as diretrizes técnicas de recolha/análise de dados. Cada parceiro cooperou nos FG/entrevistas, na recolha/análise de dados, relatórios finais e avaliação dos resultados.

Os FG e as entrevistas aprofundadas com migrantes (uma fonte primária de contributos para o Modelo) discutiram a linguagem, os elementos estruturais dos sistemas de saúde, os elementos de informação e as sensibilidades culturais. Cada instituição parceira concentrou-se num público-alvo específico de requerentes de asilo ou migrantes. Os imigrantes masculinos que já vivem há vários anos na Bélgica foram o foco dos parceiros da Bélgica (UCLL).

Os parceiros de Espanha (UCLM) concentraram-se nas mulheres imigrantes marroquinas a viver em Espanha há cinco anos, enquanto que a equipa de Portugal (ESEnfC) obteve testemunhos de migrantes de várias origens e género, a viver em Portugal há pelo menos um ano.

Além disso, realizaram-se FG com peritos na área das migrações/cuidados de saúde multiculturais, para obter informações sobre as suas perceções acerca das experiências dos migrantes nos serviços de saúde europeus, o processo de comunicação interpessoal entre migrantes, refugiados, requerentes de asilo e enfermeiros em contexto de saúde, e as competências e aptidões multiculturais dos enfermeiros.

A ESEnfC coordenou um protocolo formal de "*scoping review*" (SRP) de acordo com as normas do Joanna Briggs Institute (JBI). O primeiro passo foi realizar uma estratégia de pesquisa de estudos a incluir. A equipa portuguesa efetuou a triagem inicial dos artigos de extração de dados, listados de acordo com os critérios do protocolo, até 30 de maio de 2021. O segundo passo foi partilhar e analisar a lista final de artigos, de forma equitativa, entre todos os parceiros. Dois membros de cada equipa efetuaram a análise (*blind review*) do conteúdo de cada artigo. Um terceiro revisor resolveu quaisquer problemas que surgissem em caso de desacordo. Desta forma foi elaborado formalmente um protocolo de revisão sistemática da literatura, de acordo com o JBI, que foi aceite e publicado.

A primeira versão MULTICULTURALCARE NURSING EDUCATION MODEL (Figura 11) foi desenvolvido pela ESEnfC, com as contribuições da análise de dados e relatórios dos FG e da revisão preliminar da literatura disponível .

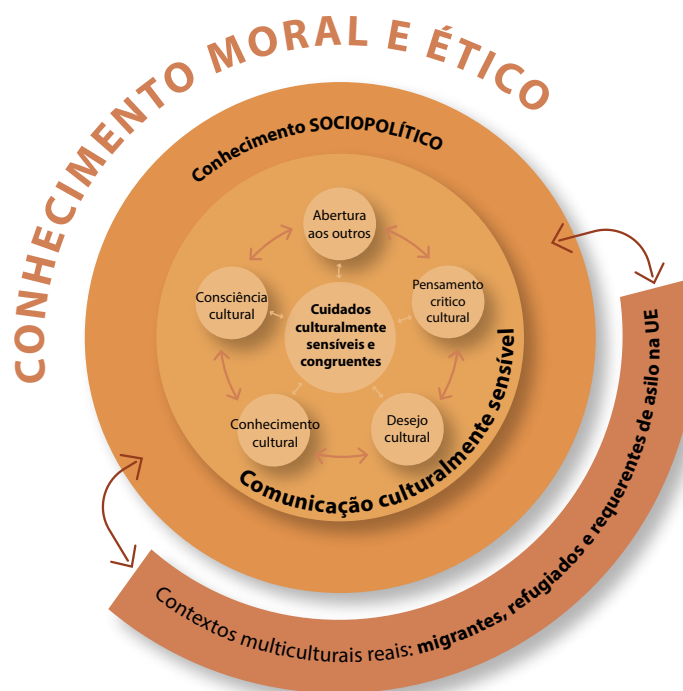


Figura 11.- Rascunho do Modelo MCCare (Dezembro 2021).

Este esboço inicial Modelo foi utilizado para identificar competências-chave para a prestação de cuidados multiculturais em estudantes de enfermagem e conduzir três estudos-piloto com abordagens pedagógicas inovadoras, em cada uma das instituições parceiras.

Numa fase seguinte, todos os parceiros colaboraram na realização de uma **Scoping Review** (JBI) de 250 artigos científicos cada um, recolhendo e analisando dados de acordo com as Diretrizes do Protocolo publicadas.

Cada parceiro focou-se em questões específicas de investigação:

- Quem são os profissionais e os estudantes de saúde que frequentam programas de formação em competências multiculturais? (Equipa espanhola)
- Quem são os agentes que implementam os programas de formação em competências multiculturais para profissionais e estudantes de saúde? (Equipa espanhola)
- Em que contextos são implementados os programas de formação em competências multiculturais para profissionais e estudantes de saúde? (Equipa espanhola)
- Quais são os domínios de competência multicultural nos programas de formação em competências multiculturais disponíveis para profissionais e estudantes de saúde? (Equipa belga)

- Que estratégias de formação são utilizadas para formar profissionais e estudantes de saúde em competências multiculturais (por exemplo, duração, frequência, conteúdo, métodos de ensino)? (Equipa belga)
- Que modelos, teorias ou princípios são utilizados para conceptualizar os programas de formação em competências multiculturais disponíveis para a formação de profissionais e estudantes de saúde? (Equipa portuguesa)
- Que fatores facilitadores e/ou obstáculos foram relatados em relação ao sucesso e/ou fracasso dos programas? (Equipa portuguesa)

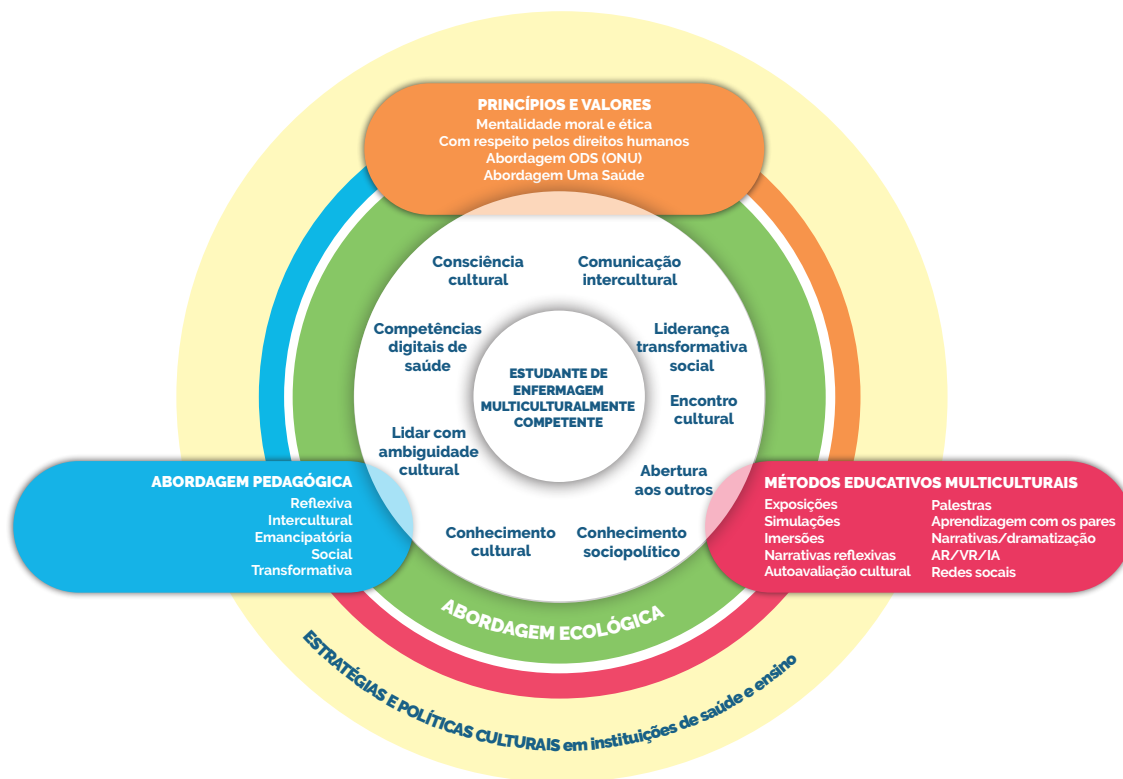
Os dados finais foram apresentados em quadros, gráficos e narrativas para descrever a literatura em análise de acordo com as questões de investigação definidas, detalhando as características dos programas de formação encontrados.

Os dados de estudos qualitativos (FG e entrevistas), os resultados das experiências dos estudos pilotos e os resultados finais da *scoping review* contribuíram para construir a versão final do *MULTICULTURALCARE NURSING EDUCATION MODEL*.

Em seguida, solicitou-se a um painel de peritos em Saúde e em Educação/Formação que fornecessem contributos para validar a versão final do Modelo de Formação.

Todos os parceiros do projeto participaram em reuniões online para discutir o Modelo e os contributos dos *Focus Group*, entrevistas aprofundadas e os resultados da *scoping review*. Durante uma reunião Transnacional do Multiculturalcare Project, em maio de 2022 (na Bélgica), o Modelo foi finalizado e aprovado por todos os parceiros, tal como apresentado abaixo.

MODELO EDUCATIVO MULTICULTURALCARE



3.2. Descrição do Diagrama (Figura e componentes)

O Modelo de Formação para a prestação de cuidados de enfermagem multiculturais foi elaborado como um modelo genérico, contendo os elementos organizacionais, educacionais e profissionais para o desenvolvimento das competências de estudantes de enfermagem nesta área.

Trata-se de um modelo original e inovador, estruturado através de estudos qualitativos (FG/entrevistas), pesquisa documental, revisão de literatura (estrutura conceptual inicial e uma *scoping review* formal do JBI), trabalhos de grupo, validação por pares (equipa internacional do *MulticulturalCare Project*) em três Reuniões Transnacionais, testada em vários estudos piloto e validada por um Painel de Peritos.

Foi concebido e estruturado seguindo uma forma ascendente, centrada e construída a partir das necessidades expressas e das perceções específicas de migrantes, refugiados e requerentes de asilo, assim como de peritos em migração e em cuidados de saúde multiculturais. Este modelo educativo segue uma estratégia intersectorial.

De acordo com uma abordagem ecológica, sistêmica, e integrando múltiplos níveis a interagirem com diferentes graus de complexidade, o Modelo de Formação *MulticulturalCare* (Figura 12) é representado utilizando um diagrama inspirado em Bronfenbrenner. Os estudantes de enfermagem estão representados no centro da apresentação gráfica do modelo. O primeiro nível do modelo apresenta as **nove Competências-Chave em cuidados Multiculturais** exigidas aos estudantes de licenciatura em enfermagem para estarem capacitados para prestar cuidados culturalmente competentes.

As nove competências

As nove Competências em cuidados Multiculturais são as seguintes:

1. **ABERTURA AOS OUTROS:** a capacidade de interagir com indivíduos de diferentes origens culturais com uma mente aberta e sem preconceitos; a vontade de compreender, aceitar e respeitar a perspectiva dos outros (Jenks, 2011; Zoucha, 2000)..
2. **CONSCIÊNCIA CULTURAL:** a consciência do próprio património cultural e dos seus valores, bem como das atitudes e crenças em relação a/ou sobre outros grupos étnicos ou culturais (Arredondo et al., 1995; De Almeida Monteiro & Fernandes, 2016).
3. **CONHECIMENTO CULTURAL:** o processo de procura e obtenção de uma educação sólida sobre diversos grupos culturais e étnicos.
4. **ENCONTRO CULTURAL:** o processo que encoraja os estudantes de enfermagem a envolverem-se diretamente em interações transculturais com utentes de origens culturalmente diversas. Estes encontros são necessários para se tornarem culturalmente competentes (Campinha-Bacote, 2010).
5. **COMUNICAÇÃO INTERCULTURAL:** a capacidade de comunicar de forma eficaz e com clareza com/entre profissionais e utentes com diferentes antecedentes culturais e/ou capacidades linguísticas.
6. **LIDAR COM A AMBIGUIDADE CULTURAL:** a capacidade para lidar com situações de cuidados de enfermagem culturalmente ambíguas e incertas.
7. **COMPETÊNCIAS DIGITAIS EM SAÚDE:** as competências para procurar, encontrar, compreender, avaliar e aplicar informação de fontes digitais para gerir e abordar problemas de saúde multiculturais (Dunn & Hazzard, 2019).
8. **CONHECIMENTO SOCIOPOLÍTICO:** o conhecimento que os enfermeiros multiculturalmente competentes devem ter sobre a realidade política, social e económica em que operam (White, 1995).
9. **LIDERANÇA SOCIAL TRANSFORMADORA:** a capacidade de estimular a mudança na prática clínica e nas políticas e organizações de saúde e a capacidade para empoderar outros a realizar também essas mudanças (Del Barrio-Linares, 2014).

O círculo verde do Modelo representa a abordagem ecológica a partir da qual um enfermeiro multiculturalmente competente deve atuar. Um enfermeiro multiculturalmente competente deve estar consciente da crescente importância das alterações climáticas e de como estas afetam as migrações humanas e a saúde global. Além disso, as ações de um enfermeiro multiculturalmente competente devem ser sempre tão sustentáveis quanto possível e ter uma pegada de carbono tão baixa quanto possível.

O MODELO EDUCATIVO MULTICULTURALCARE assenta em **três pilares fundamentais**:

- PRINCÍPIOS E VALORES
- ABORDAGENS PEDAGÓGICAS
- MÉTODOS EDUCATIVOS MULTICULTURAIS

3.2.1. PRINCÍPIOS E VALORES

A caixa laranja do Modelo apresenta os princípios orientadores e os valores centrais da educação formal de enfermeiros multiculturalmente competentes.

A abordagem ética é um princípio orientador na Educação de Enfermagem. Os profissionais de saúde que incorporam competência cultural e tomada de decisão ética estarão aptos para prestar os melhores cuidados aos seus doentes em contextos multiculturais complexos e assegurar os resultados mais adequados (Louw, 2016). A competência cultural na tomada de decisão ética em contextos multiculturais com migrantes, refugiados e requerentes de asilo está no cerne dos cuidados de enfermagem culturalmente sensíveis.

A Abordagem Baseada nos Direitos Humanos é outro princípio orientador do Modelo de Formação Multicultural para Enfermeiros - MULTICULTURALCARE NURSING EDUCATION MODEL. De acordo com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada pela Assembleia Geral da ONU em 1948, o reconhecimento da dignidade inerente e dos direitos iguais e inalienáveis de todos os membros da família humana é o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo. A Abordagem Baseada nos Direitos Humanos é um quadro conceptual para o processo de desenvolvimento humano que se baseia em normas internacionais de direitos humanos e que operacionalmente visa a promoção e proteção dos direitos humanos, incluindo o direito à saúde. Dentro desta abordagem, o foco está nos grupos mais excluídos e discriminados da sociedade. Um enfermeiro multiculturalmente competente deve utilizar esta abordagem para assegurar que todos os indivíduos tenham acesso a cuidados de saúde de qualidade.

Também os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) ancoram o Modelo de Formação Multicultural para Enfermeiros - MULTICULTURALCARE NURSING EDUCATION MODEL. Num

mundo globalizado com crescente mobilidade populacional, os princípios e componentes dos ODS devem ser considerados como um quadro de base em cuidados de saúde multiculturais que coloca as pessoas no centro de todas as ações, particularmente as mais marginalizadas e desprovidas de poder, para alcançar sociedades mais equitativas e inclusivas. À medida que os problemas de saúde atuais se tornam cada vez mais complexos e interligados (WHO, 2021), os enfermeiros multiculturalmente competentes devem trabalhar no sentido de assegurar uma maior equidade e inclusão na sociedade.

Por fim, um enfermeiro multiculturalmente competente deverá adotar a abordagem de “Uma Só Saúde (One Health)”. Esta abordagem enfatiza a interligação entre saúde humana, animal e ambiental (Mackenzie & Jeggo, 2019) a partir de uma perspectiva transdisciplinar, interprofissional e ecológica. Esta abordagem é particularmente relevante para a segurança alimentar, controlo de zoonoses e resistência antimicrobiana (WHO, 2021).

3.2.2. ABORDAGENS PEDAGÓGICAS

A caixa azul do Modelo apresenta as abordagens pedagógicas a serem adotadas na formação dos estudantes de enfermagem, nomeadamente:

- Reflexiva: Os educadores devem encorajar os estudantes a desenvolver capacidades de pensamento crítico, refletindo e avaliando as suas ações. Os educadores devem também adotar esta atitude de reflexão.
- Intercultural: A educação em enfermagem deve refletir sobre a diversidade cultural da sociedade atual.
- Emancipatória: Os educadores devem encorajar os estudantes de enfermagem a tornarem-se agentes de mudança nos ambientes de cuidados de saúde e a defenderem os direitos dos mais desfavorecidos. As instituições de ensino de enfermagem devem também exibir uma atitude emancipatória.
- Social: Os educadores devem promover interações sociais entre estudantes de enfermagem e doentes de diferentes origens culturais. Os estudantes devem ter a oportunidade de conhecer a pessoa por detrás do doente.
- Transformativa: Os educadores devem encorajar os estudantes a estarem mais conscientes das suas próprias crenças e atitudes em relação à diversidade cultural e mais abertos a outras crenças e atitudes através de experiências de aprendizagem transformadoras.

3.2.3. MÉTODOS EDUCATIVOS MULTICULTURAIS

A caixa vermelha do Modelo inclui vários métodos educativos multiculturais, que podem ser aplicados em ambientes educativos para formar estudantes de enfermagem multiculturalmente

competentes e melhorar as suas competências culturais. Estes métodos incluem exposições, simulações, imersões, trabalhos de reflexão, autoavaliação cultural, palestras, aprendizagem entre pares, narração de histórias, dramatização, Realidade Aumentada (RA), Realidade Virtual (RV), Inteligência Artificial (IA) e meios de comunicação social. As tecnologias de RV, RA e IA permitem aos utilizadores interagir e controlar componentes virtualmente exibidos dentro de ambientes virtuais e físicos.

Estas tecnologias ricas e imersivas continuarão a evoluir como ferramentas poderosas e essenciais na educação de enfermagem multicultural.

O e-Book deste projeto inclui vários cenários de simulação que podem ser utilizados em ambientes educativos. Para além de utentes de diferentes origens culturais, alguns cenários envolvem também dificuldades linguísticas. Estes cenários de simulação permitem aos estudantes experienciar alguns dos potenciais desafios dos cuidados multiculturais e refletir sobre as suas ações.

Finalmente, o círculo amarelo do Modelo representa as estratégias culturais, as políticas de saúde e os contextos educativos em que este Modelo pode ser implementado. Estes aspetos não podem ser ignorados, uma vez que influenciam as opções dos estudantes para se tornarem enfermeiros multiculturalmente competentes.

3.3. Competências-chave Multiculturais

A investigação realizada pela equipa do Projeto MulticulturalCare (através de estudos qualitativos com populações migrantes, peritos e uma *Scoping review*) visou recolher dados sobre as experiências de formação intercultural em ciências da saúde, e aspetos centrais do conceito de *cuidados de saúde culturalmente competentes*, que quer as populações migrantes inquiridas quer os peritos participantes no estudo identificaram como necessárias para prestar cuidados de saúde culturalmente competentes.

El diagrama de Bronfenbrenner se utilizó para presentar gráficamente el Modelo MulticulturalCare para la educación en enfermería (MulticulturalCare Nursing Education Model) con un enfoque multinivel y ecológico. Se trata de un modelo sistémico con varios niveles que interactúan con diferentes grados de complejidad.

Os estudantes de enfermagem estão no centro do Modelo, e as **nove competências-chave para a capacitação de cuidados multiculturais em Enfermagem** são apresentadas no primeiro nível (círculo). Algumas destas são consideradas "*competências culturais clássicas*" e são

mencionadas em diferentes modelos explicativos de Competências Culturais em Enfermagem. Outras são originais, tais como as competências “Lidar com a Ambiguidade Cultural” ou “Competências Digitais em Saúde”.

Tendo em conta que se trata de um Modelo de Ensino Superior, adotou-se uma *abordagem de educação baseada em competências* e considerou-se a aprendizagem experiencial como um conceito subjacente. A aprendizagem baseada em competências é centrada no aluno e frequentemente orientada para o aluno, o que justifica o posicionamento dos estudantes de enfermagem no centro do Modelo.

Neste Modelo Educativo, a competência é definida como:

“(...) a capacidade de um estudante de enfermagem/enfermeiro demonstrar as atitudes, conhecimentos, aptidões e julgamento necessários para realizar atividades dentro do âmbito definido da prática a um nível aceitável de proficiência.”

Dentro desta perspetiva, define-se um conjunto de competências-chave, sendo recomendadas as melhores estratégias pedagógicas e metodologias de ensino para o seu desenvolvimento.

As decisões e as estratégias pedagógicas devem visar o desenvolvimento destas competências específicas. Além disso, estas competências-chave constituem uma base orientadora essencial para os planos de estudos sugeridos e as correspondentes metodologias de aprendizagem.

De acordo com o MulticulturalCare Nursing Education Model, as nove competências-chave são essenciais para que os estudantes de licenciatura em enfermagem prestem cuidados culturalmente competentes.

As nove COMPETÊNCIAS-CHAVE podem ser organizadas de acordo com o seu tipo **INDIVIDUAL** ou **SOCIAL**, as duas competências primárias para trabalhar em contextos culturalmente diversos.

3.3.1. A- COMPETÊNCIAS-CHAVE MULTICULTURAIS INDIVIDUAIS

Estas são competências que visam um cuidado individual culturalmente competente (tais como comunicação e/ou abertura às diferenças culturais). As sete competências-chave individuais são as seguintes:

1.- ABERTURA AOS OUTROS

Fundamentação e definição

A abertura ao outro como competência cultural de enfermagem define-se como a capacidade de interagir com indivíduos de diferentes origens culturais com uma mente aberta e sem preconceitos; a vontade de compreender, aceitar e respeitar a perspectiva dos outros (Jenks, 2011; Zoucha, 2000).

2.- CONSCIÊNCIA CULTURAL

Fundamentação e definição

A competência da consciência cultural caracteriza-se como a consciência do património cultural e dos valores, bem como das reações emocionais adversas, noções preconcebidas, preconceitos e estereótipos sobre outros grupos étnicos (de Almeida Vieira Monteiro & Fernandes, 2016, Arredondo et al., 1996; Sue et al., 1992). A competência da consciência cultural refere-se à consciência dos enfermeiros da sua visão do mundo e dos preconceitos culturais que podem afetar a qualidade da prestação de cuidados de saúde. Considerando que todos os estudantes, enfermeiros e outros profissionais de saúde pertencem a um ou mais grupos culturais antes de entrarem para a educação profissional, trazem consigo os seus padrões de valores, crenças e comportamentos aprendidos para o meio académico e profissional (Jeffreys, 2012, p. 579). Estes valores culturais são as "forças diretivas poderosas que dão ordem e significado ao pensamento, decisões e ações das pessoas" (Leininger, 1995). Estudantes, enfermeiros e outros profissionais de saúde também possuem numerosas crenças (ideias, convicções, opiniões filosóficas ou princípios) que são aceites como exatas sem exigir provas. Valores e crenças culturais guiam inconsciente e conscientemente o pensamento, decisões e ações que acabam por afetar o processo de cuidados de enfermagem. A consciência cultural é o reconhecimento ou exploração profunda das atitudes, antecedentes culturais e suposições de cada um relativamente às semelhanças ou diferenças nos outros, reconhecendo ao mesmo tempo o racismo, o preconceito e os estereótipos (Mareno & Hart, 2014; Campinha-Bacote, 2002)

Alguns exemplos de OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM DE CONSCIÊNCIA CULTURAL

Estar consciente da sua cultura e identidade cultural e relacioná-las com valores pessoais, crenças e práticas de saúde e realizar a sua autoavaliação cultural.

Examinar criticamente os conceitos de etnocentrismo e estereótipo.

Reconhecer e desafiar a discriminação e o racismo, tanto a nível das práticas de enfermagem como das políticas de saúde.

Identificar os preconceitos culturais, mitos, estereótipos e desinformação sobre imigrantes, refugiados e requerentes de asilo na Europa.

Estar consciente dos potenciais preconceitos dos enfermeiros e do impacto inevitável dos estereótipos nos cuidados de enfermagem.

Descrever potenciais formas de abordar os preconceitos no contexto clínico e comunitário.

Nota - De acordo com a Organização Internacional para as Migrações (2020), a pandemia de COVID-19 suscitou a solidariedade e o apoio generalizados dos Estados, da sociedade civil e de indivíduos que transcendem o estatuto e as origens socioeconómicas. Contudo, também gerou receios e preocupações generalizados que se alimentaram de uma cultura existente de desconfiança e discriminação contra os migrantes.

A pandemia tem aumentado o estigma, a xenofobia e a discriminação, e os migrantes têm sido acusados de contribuir para a propagação da doença. Além disso, espera-se que haja um impacto significativo nas remessas recebidas pelas famílias e comunidades migrantes nos países de origem, afetando particularmente a segurança alimentar, a nutrição e o acesso a serviços básicos, tais como cuidados de saúde e educação.

3. - ENCONTRO CULTURAL

Fundamentação e definição

O encontro cultural é o processo que encoraja os enfermeiros a envolverem-se diretamente em interações transculturais com doentes de origens culturalmente diversas para modificar as crenças existentes sobre um grupo cultural e prevenir possíveis estereótipos. Os encontros culturais são a dimensão-chave da competência cultural que alimenta e sustenta a viagem em direção à competência cultural (Campinha-Bacote, 2010).

4. - CONHECIMENTO CULTURAL

Fundamentação e definição

O conhecimento cultural é o processo de procura e obtenção de uma sólida educação sobre grupos culturalmente diversos. Ao adquirir estes conhecimentos, os profissionais de saúde devem concentrar-se em integrar três questões específicas: crenças, práticas e valores culturais relacionados com a saúde; incidência e prevalência de doenças (Lavizzo-Mourey, 1996). Um profissional de saúde culturalmente competente tenta ativamente conhecer e compreender a visão do mundo das populações culturalmente diversas - os seus valores, pressupostos, práticas, estilos de comunicação, regras de grupo, preconceitos e experiências pessoais.

Os estudantes e formadores devem adquirir conhecimentos específicos das culturas e experiências de vida dos seus doentes, incluindo questões comunitárias relativas a grupos étnicos minoritários específicos. Devem adquirir conhecimentos sobre questões culturais específicas na avaliação, intervenção clínica e os obstáculos institucionais nos serviços de saúde (Arredondo et al., 1996; Sue et al., 1992). O conhecimento das diferenças culturais refere-se a factos específicos sobre um determinado grupo cultural. “Conhecimento” é diferente de “Consciência” na medida em que alguém pode conhecer uma informação sobre uma cultura mas não estar consciente de quando e como essa informação entra em jogo na vida real. Por outras palavras, “Conhecimento” é o que se pode trazer para um encontro transcultural, enquanto “Consciência” surge frequentemente durante o encontro. Só o conhecimento cultural pode ser arriscado, uma vez que nunca se pode saber tudo o que há para saber sobre outra cultura, quanto mais sobre todas as culturas. Além disso, o conhecimento adquirido nunca pode ser aplicado a todos os membros de uma cultura.

Para que os estudantes de enfermagem obtenham esta base de conhecimentos, a sua educação multicultural deve focar-se na integração de questões específicas:

Alguns exemplos de OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM DE CONHECIMENTO CULTURAL

Considerar os determinantes antropológicos, sociológicos, psicológicos e biológicos da saúde para compreender as desigualdades na saúde e bem-estar na UE.

Compreender como as pessoas de diversas culturas e sistemas de crenças encaram a saúde e a doença e respondem a vários sintomas, doenças transmissíveis e não transmissíveis (a) e tratamentos.

Descrever os problemas que os imigrantes, refugiados e requerentes de asilo enfrentam e identificar as questões psicossociais e culturais que afetam principalmente os comportamentos de saúde e bem-estar das pessoas em transições multiculturais.

Conhecer as crenças e valores culturais relacionados com a saúde de grupos culturalmente específicos de migrantes, requerentes de asilo e refugiados na UE.

Utilizar uma vasta gama de dados e recursos para adquirir conhecimentos sobre as comunidades e reconhecer semelhanças e diferenças entre crenças e comportamentos de saúde específicos da cultura.

Localizar a legislação nacional e europeia relacionada com a imigração, direitos humanos e discriminação e estabelecer ligações entre eles e desigualdades estruturais.

Compreender as necessidades específicas dos refugiados em matéria de cuidados de saúde e as diretrizes e programas de tratamento especial para refugiados e requerentes de asilo traumatizados.

- (a) Exemplo: As doenças infecciosas e lesões adquiridas antes ou durante as viagens no processo migratório são tratadas precocemente, mas novas doenças, tais como doenças não transmissíveis e doenças profissionais resultantes de mudanças de estilo de vida no novo local aumentam com o tempo, bem como problemas de saúde mental que emergem ou ressurgem regularmente como resultado de eventos traumáticos antes ou durante a migração, à medida que se acumulam fatores de stress a longo prazo, tais como medo de deportação, separação da família, solidão, isolamento e exclusão social. Antes da partida, o estado de saúde dos migrantes reflete geralmente as características dos padrões de saúde dos seus países. Os países de rendimentos baixos e médios apresentam tipicamente níveis relativamente mais elevados de doenças transmissíveis e condições maternas, perinatais e nutricionais adversas, em comparação com doenças não transmissíveis e

lesões, sendo que as causas das doenças destes grupos são as utilizadas nos estudos de Carga Global de Doença (*Global Burden of Diseases*) (Ingleby, 2012; Matlin et al., 2018). Contudo, os fatores locais podem alterar significativamente esta distribuição da doença. A longo prazo, a saúde dos migrantes reflete as mudanças nos estilos de vida, dieta e ambiente no país de acolhimento, levando, por exemplo, a um aumento das doenças cardiovasculares (Domnich et al., 2012).

Uma proporção substancial dos migrantes que vivem na Europa adquire a infecção por VIH após a migração, de acordo com um estudo recente apoiado pelo Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC, 2019). Estudos mostram que os migrantes correm um risco acrescido de várias condições de saúde após a migração devido a desigualdades sociais, fatores estruturais e acesso limitado aos serviços de saúde, incluindo prevenção, rastreios e tratamento da infecção por VIH. Os migrantes representavam aproximadamente 12% das pessoas que vivem na União Europeia e 44% dos novos diagnósticos de VIH em 2019. Cada vez mais, a evidência mostra que os migrantes correm um risco acrescido de muitas doenças pós-migração, incluindo as infeções sexualmente transmissíveis. Os migrantes são tipicamente uma população jovem e saudável. Contudo, o acesso limitado à prevenção e testagem do VIH e das infeções sexualmente transmissíveis, desigualdades sociais e fatores estruturais podem levar a comportamentos individuais, o que aumenta a sua vulnerabilidade e pode explicar a maior prevalência do VIH em comparação com as populações nativas (Pantazis et al., 2021).

5.- COMUNICAÇÃO INTERCULTURAL

Fundamentação e definição

Esta competência cultural em enfermagem é a capacidade de comunicar de forma eficaz e clara entre profissionais e utentes com diferentes antecedentes culturais e/ou capacidades linguísticas.

A consciência cultural e o conhecimento cultural são construídos de forma abstrata fora dos contextos clínicos concretos e, por isso, são insuficientes para desenvolver uma interação terapêutica e uma intervenção de cuidado eficaz. A competência ou aptidões técnicas são essenciais na aplicação destas normas no contexto clínico. Estas competências essenciais **incluem a proficiência em comunicação intercultural**, a capacidade de desenvolver uma relação terapêutica com um doente culturalmente diferente e a capacidade de adaptar o diagnóstico e o tratamento em resposta às diferenças culturais entre os profissionais de saúde/enfermeiros e os doentes/utentes/famílias (Schouler-Ocak et al., 2015).

A comunicação eficaz entre profissionais de saúde e pacientes de diferentes origens culturais e com diferentes capacidades linguísticas inclui:

- Aptidão em comunicação transcultural, tanto verbal como não verbal,
- Aptidão na identificação e integração de questões culturais específicas tanto no diagnóstico como na formulação de tratamentos,

- Aptidão na aplicação de abordagens EMIC na avaliação e no tratamento,
- Aptidão na defesa de um doente ou população de doentes específicos,
- Aptidão reflexiva na monitorização do desempenho e eficácia dentro de contextos culturais específicos (Arredondo et al., 1996; Pedersen & American Counseling Association, 1994; Sue et al., 1982; Sue et al., 1992). Como referido anteriormente neste e-book (2.2.1), de acordo com o Modelo de Arasaratnam et al. (2010), as capacidades para desenvolver a competências de comunicação intercultural são: empatia cultural, envolvimento na interação, uma atitude global de relativismo cultural, experiências interculturais e motivação.

6.- LIDAR COM AMBIGUIDADE CULTURAL

Fundamentação e definição

Esta competência é a capacidade de lidar com situações de cuidados de enfermagem culturalmente ambíguas e incertas.

7.- COMPETÊNCIAS DIGITAIS EM SAÚDE

Fundamentação e definição

O uso crescente das tecnologias digitais em saúde requer literacia digital multicultural em saúde. Dunn e Hazzard (2019) definem-no como a capacidade de procurar, encontrar, compreender, avaliar e aplicar informação de fontes digitais para gerir e lidar com questões de saúde multiculturais.

Os cuidados de enfermagem atuais são mediados através de processos hipertecnológicos (Monteiro & Curado, 2016). Os enfermeiros são confrontados com os novos desafios colocados pela digitalização dos cuidados de saúde, incluindo o conceito de cuidados digitais como uma intervenção de enfermagem (ciber-enfermagem) e a integração dos conceitos de “techno-self” e identidades virtuais em “cuidados holísticos” (Salzmann-Erikson & Eriksson, 2015, p. 37). Os cuidados de enfermagem através de plataformas digitais são um sistema sociotécnico que exprime uma forma particular de compreender a doença e os cuidados, restringindo-se ao domínio das redes de informação e sistemas de resposta (que se espera que sejam rápidos e eficazes) a sintomas padronizados (Monteiro & Curado, 2016, p. 145).

Estas não são meras aplicações informáticas neutras, mas também narrativas culturais. Além disso, as tecnologias digitais em saúde podem facilitar ou dificultar o acesso aos cuidados de saúde, uma vez que nem todos os doentes possuem as competências necessárias para utilizar e explorar eficazmente as tecnologias digitais em saúde. Os enfermeiros devem procurar promover a literacia digital sobre saúde em populações em situação de vulnerabilidade e grupos culturais minoritários, migrantes e refugiados para melhorar a integração bem-sucedida e os resultados em saúde.

3.3.2. B - COMPETÊNCIAS SOCIOCULTURAIS

Estas competências têm uma natureza mais coletiva, institucional e social. Sem elas, as competências estariam limitadas ao desempenho profissional individual, deixando para trás aspectos relativos a comunidades, sociedades e mudanças no sistema de saúde. Nas sociedades multiculturais, é vital ter profissionais que adotem a abordagem da mudança social, favorecendo as mudanças no sistema de saúde e contribuindo para a evolução social de uma sociedade intercultural. As competências socioculturais são as seguintes:

8.- CONHECIMENTO SOCIOPOLÍTICO

Fundamentação e definição

A competência do conhecimento sociopolítico permite aos enfermeiros/estudantes de enfermagem compreender a realidade política, social e económica na qual os cuidados de enfermagem estão ancorados. A Community Health Nurses Association of Canada (2008, p. 7) considera o conhecimento emancipatório significativo porque *“coloca a enfermagem no contexto social, político e económico mais amplo em que a enfermagem e os cuidados de saúde acontecem e capacita o enfermeiro para questionar o status quo e as estruturas de dominação na sociedade que afetam a saúde dos indivíduos e das comunidades”*.

Chim e Kramer (2011) consideram o Conhecimento Emancipatório em Enfermagem como uma forma específica de compreender o mundo e a realidade social e de intervir ativamente. Além disso, percebem a enfermagem como uma força potencialmente poderosa que pode agir a favor daqueles que estão privados do poder organizacional e institucional.

Além do Conhecimento Sociopolítico (conhecimento conceptual), para desenvolver competências de enfermagem ligadas à responsabilidade social (atitudinal, conceptual e capacidade), é vital desenvolver competências para criar *“estratégias culturais e políticas culturais”* com instituições. Estas devem também contribuir para a sensibilização e formação de cidadãos e profissionais de áreas académicas e sociais (entre outras) que coexistem em contextos culturalmente diversos.

Esta estratégia visa transformar as sociedades para que todos os indivíduos tenham o seu direito aos cuidados de saúde reconhecido. Cuidados de saúde que respondam às *“necessidades”* dos indivíduos (associadas ao conceito de *aceitabilidade* na prestação de cuidados de qualidade) e nos quais tenham voz e voto (doentes com capacidade de atuação e competências participativas).

Esta abordagem alinha-se com a ética dos cuidados de saúde. Assim, para além do *“cuidado”*, é essencial *“transformar”* os fatores institucionais e comunitários que originam as iniquidades motivadas culturalmente. Assumir esta responsabilidade é a forma de *“tornar-se”* culturalmente competente.

9.- LIDERANÇA SOCIAL TRANSFORMATIVA

Fundamentação e definição

A liderança transformacional ocorre quando “líderes e seguidores se fazem (...) avançar para um nível mais elevado de moral e motivação” (Burns, 1978). Na literatura, considera-se que a liderança social transformativa estimula a mudança na prática clínica, nas políticas e organizações de saúde e que capacita outros para estimular essa mudança (Del Barrio-Linares, 2014). A liderança transformativa exige que os indivíduos examinem criticamente o mundo em que vivem e trabalham para o mudar. A premissa central da liderança transformativa é “transformar e capacitar” (Burns, 1978; Shields, 2010).

3.3.3. TABELA DE COMPETÊNCIAS-CHAVE

1ª COMPETÊNCIA-CHAVE – ABERTURA AOS OUTROS Tipo de Competência – COMPETÊNCIA CULTURAL INDIVIDUAL		
DIMENSÕES DA COMPETÊNCIA		
ATITUDES	CONHECIMENTO	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS, DIMENSÃO PRÁTICA
Empatia em relação a pessoas de outras culturas. Interesse genuíno em conhecer “o outro”. Curiosidade pela diversidade cultural. Envolvimento e atitude positiva face à diversidade. Respeito pelas diferentes formas culturais de compreender a saúde e a doença.	Compreende o conceito de sensibilização à diversidade cultural na área dos cuidados de saúde. Conhece projetos coletivos de saúde alternativos no contexto sociocultural. Compreende os projetos coletivos de saúde, alternativos no contexto sociocultural.	Adapta projetos culturais alternativos de avaliação e intervenção em enfermagem Integra outras formas de compreender a saúde e a doença na avaliação, diagnóstico e implementação de cuidados de enfermagem Utiliza técnicas de empatia cultural na avaliação de enfermagem
RESULTADOS DE APRENDIZAGEM ESPERADOS		
1. Demonstra interesse em conhecer “o outro” e a sua cultura. 2. Demonstra interesse e curiosidade em conhecer e compreender outras culturas. 3. Respeita diferentes crenças e valores. 4. Compreende sem preconceitos comportamentos de interação pessoal mediante os contextos sociais e multiculturais. 5. Deseja aprender a compreender as diferenças culturais.		
INDICADORES		
- Demonstra empatia, curiosidade, e vontade de aprender e conhecer pessoas de outras culturas.		

2ª COMPETÊNCIA-CHAVE – CONSCIÊNCIA CULTURAL		
Tipo de Competência - COMPETÊNCIA CULTURAL INDIVIDUAL		
DIMENSÕES DA COMPETÊNCIA		
ATITUDES	CONHECIMENTO	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS, DIMENSÃO PRÁTICA
<p>Abordagem crítico-reflexiva.</p> <p>Humildade cultural.</p> <p>Disponibilidade para aprender e refletir sobre os próprios preconceitos e percepções erradas.</p>	<p>Compreende as próprias concepções de etnocentrismo, racismo, xenofobia, estereótipo, estigma, racismo, discriminação, opressão e privilégio.</p> <p>Tem consciência das próprias atitudes e preconceitos em relação a diferentes culturas e de como os superar.</p>	<p>Analisa criticamente os conceitos de etnocentrismo e estereótipo e o seu impacto nos cuidados de enfermagem.</p> <p>Reconhece e contesta a discriminação e o racismo na prática de enfermagem e a nível pessoal.</p> <p>Avalia os determinantes institucionais do preconceito, desigualdade de tratamento, discriminação, preconceito e comportamento antiético que contribuem para as disparidades nos cuidados de saúde.</p> <p>Identifica os seus preconceitos e mitos culturais sobre imigrantes, refugiados, requerentes de asilo e grupos culturais minoritários.</p> <p>Aplica estratégias para superar julgamentos racistas na avaliação de enfermagem.</p> <p>Reflete criticamente sobre o impacto da ética pessoal nos cuidados de enfermagem.</p> <p>Analisa a origem e etnia da pessoa/doente sem preconceitos ou enviesamento.</p> <p>Faz autoavaliação cultural.</p>
RESULTADOS DE APRENDIZAGEM ESPERADOS		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Analisa criticamente os conceitos de etnocentrismo e estereótipo. 2. Reconhece a influência da própria cultura no seu comportamento. 3. Reconhece a influência dos seus preconceitos na prestação de cuidados a pessoas de outras culturas. 4. Reconhece e contesta a discriminação e o racismo nos cuidados de enfermagem e políticas de saúde. 5. Identifica os seus preconceitos culturais, mitos, estereótipos e desinformação sobre imigrantes, refugiados e requerentes de asilo na Europa. 6. Reconhece que a compreensão da saúde, doença, morte e cuidados é influenciada pela cultura da enfermagem. 7. Está consciente dos potenciais preconceitos dos enfermeiros e do impacto inevitável dos estereótipos nos cuidados de enfermagem. 8. Apresenta possíveis estratégias para abordar os preconceitos no contexto clínico e comunitário. 		

INDICADORES

- Compreende como o próprio contexto cultural influencia a prática de enfermagem com doentes/utentes “Culturalmente e Linguisticamente Diversos” (CALD1 - *Culturally and Linguistically Diverse*).
- Reflete sobre e descreve a(s) própria(s) identidade(s) cultural(ais), incluindo pressupostos, valores, crenças, estereótipos e preconceitos e reconhece como estes afetam a própria prática de enfermagem.
- Está consciente de como as crenças culturais (incluindo os seus “ismos”, tais como racismo, sexismo, etnocentrismo, homofobia, idadeísmo e xenofobia) influenciam as suas atitudes, crenças e comportamentos, tendo impacto na própria prática de enfermagem.
- Compreende a ligação entre a identidade cultural e a saúde.
- Reconhece que a cultura de enfermagem influencia a compreensão da saúde, doença, morte e cuidados.
- Compreende a relação entre as práticas culturais e a saúde.
- Está consciente de como a cultura de um doente CALD tem impacto na saúde.
- Está consciente de como as barreiras culturais podem ter impacto na terapia e na relação terapêutica entre enfermeiros e doentes/utentes.
- Está consciente de como as perceções dos doentes CALD sobre terapia/aconselhamento podem afetar o seu tratamento.
- Está consciente de como o trabalho com doentes/utentes traumatizados pode ter impacto nos enfermeiros e profissionais de saúde.
- Está consciente de que o preconceito cultural é inerente a vários instrumentos e ferramentas de avaliação sanitária.
- Compreende o stresse sofrido pelas famílias durante os períodos pós-migração e de adaptação.

1 CALD (*Culturally and Linguistically Diverse*) é um acrónimo inglês traduzido literalmente por “Culturalmente e Linguisticamente Diverso.” É usado para descrever populações migrantes (provenientes de diferentes países do mundo), populações que falam outras línguas além da língua do país de acolhimento, ou pessoas que possuem origens culturais diferentes e crenças religiosas minoritárias.

3ª COMPETÊNCIA-CHAVE – ENCONTRO CULTURAL Tipo de Competência - COMPETÊNCIA CULTURAL INDIVIDUAL		
DIMENSÕES DA COMPETÊNCIA		
ATITUDES	CONHECIMENTO	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS, DIMENSÃO PRÁTICA
<p>Abertura para a utilização de outros sistemas de crenças de saúde.</p> <p>Valorização das diversas perspectivas e conceitos culturais de saúde e bem-estar.</p> <p>Respeito pelas crenças e valores das pessoas em diferentes contextos multiculturais.</p> <p>Respeito pelo doente, família, comunidade e equipa multi- ou interdisciplinar, independentemente das suas diferenças.</p>	<p>Conhece os contextos culturais e históricos.</p> <p>Compreende o conceito de cultura.</p> <p>Conhece a importância da cultura nas escolhas e comportamentos de saúde.</p>	<p>Privilegia os fatores sociais e culturais com impacto na saúde aquando da definição e prestação de cuidados de enfermagem em contextos variados.</p> <p>Utiliza técnicas de compreensão culturalmente sensíveis aquando da avaliação de enfermagem.</p> <p>Pratica uma escuta ativa durante a prestação de cuidados de enfermagem para compreender as crenças e valores do doente/ utente em contextos multiculturais diferentes.</p> <p>Educa, promove e apoia a saúde e o bem-estar segundo uma perspectiva intercultural.</p>
RESULTADOS DE APRENDIZAGEM ESPERADOS		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifica modelos alternativos e/ou integradores de cuidados de saúde. 2. Considera as opiniões dos doentes/utentes e dos profissionais de saúde aquando da tomada de decisões em equipa. 3. Promove a participação de indivíduos e grupos nas questões relacionadas com os seus processos de saúde-doença. 4. Considera os aspetos sociais e culturais nas prescrições por enfermeiros. 5. Oferece cuidados de enfermagem adequados às características culturais dos doentes. 6. Emprega fatores de diversidade para melhorar os cuidados de saúde. 7. Educa, promove e apoia a saúde e o bem-estar segundo uma perspectiva intercultural. 		
INDICADORES		
<ul style="list-style-type: none"> - Consegue interagir eficazmente com pessoas de culturas diferentes. - Oferece cuidados de enfermagem adequados a doentes CALD. 		

4ª COMPETÊNCIA-CHAVE – CONHECIMENTO CULTURAL		
Tipo de Competência - COMPETÊNCIA CULTURAL INDIVIDUAL		
DIMENSÕES DA COMPETÊNCIA		
ATITUDES	CONHECIMENTO	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS, DIMENSÃO PRÁTICA
Interesse em adquirir informação fiável sobre migrantes, refugiados, e diversos grupos culturais minoritários	Identifica as questões psicossociais e culturais com profundo impacto nos comportamentos de saúde e bem-estar das pessoas em sociedades multiculturais.	Oferece cuidados adequados e centrados na pessoa a doentes culturalmente diversos, considerando os fatores culturais e conceitos de saúde/doença. Usa uma vasta gama de dados e recursos para adquirir conhecimentos sobre comunidades culturais minoritárias.
Curiosidade por compreender sistemas de saúde, crenças e valores diferentes.	<p>Conhece os sistemas de valores, crenças e práticas dos doentes com impacto na saúde e doença e como estes influenciam os cuidados e a prática de enfermagem.</p> <p>Distingue entre as diferentes práticas de cuidados nas diferentes culturas (entre elas próprias, umas das outras, e os cuidados profissionais esperados).</p>	<p>Na avaliação de enfermagem e durante a prestação de cuidados de enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dá prioridade aos fatores sociais e culturais com impacto na enfermagem e prestação de cuidados de saúde em contextos múltiplos; - Considera os costumes e crenças do doente sobre as diferentes situações do ciclo de vida; - Pergunta sobre tratamentos tradicionais. <p>Considera a origem e a etnia da pessoa/doente durante a avaliação e cuidados de enfermagem.</p> <p>Inclui (se possível) abordagens terapêuticas alternativas na prestação de cuidados a doentes culturalmente diversos.</p> <p>Oferece cuidados de enfermagem específicos a pelo menos duas comunidades/culturas diferentes na área em que vive.</p>
	Conhece os fundamentos teóricos dos Cuidados Multiculturais de Enfermagem.	Descreve os conceitos-chave de pelo menos dois modelos teóricos culturais de enfermagem
	Está familiarizada/o com as teorias conceptuais sobre fenómenos migratórios.	<p>Descreve duas teorias do processo de migração.</p> <p>Identifica os principais componentes que influenciam e explicam as mudanças nos fluxos migratórios.</p> <p>Usa fontes de dados credíveis e relevantes sobre os fluxos migratórios internacionais, globais e europeus e as condições de saúde dos migrantes, refugiados e requerentes de asilo.</p>

	<p>Conhece os diferentes sistemas e políticas de saúde europeus e as suas implicações para o acesso aos cuidados de saúde de migrantes, refugiados e requerentes de asilo.</p>	<p>Avalia criticamente os diferentes sistemas e políticas de saúde europeus e as suas implicações para o acesso aos cuidados de saúde de migrantes, refugiados e requerentes de asilo.</p>
	<p>Reflete criticamente sobre a abordagem do modelo biomédico hegemónico nos cuidados de enfermagem multiculturais.</p>	<p>Combina diversas formas de compreender a saúde e a doença na avaliação, diagnóstico e prestação de cuidados de enfermagem. Reconhece que o modelo biomédico ignora a dimensão psicológica, social e cultural da saúde/doença/cuidados esperados.</p>
	<p>Define com precisão os conceitos de cultura, etnocentrismo, racismo, estereótipos, relativismo cultural, aculturação, choque cultural, dor cultural.</p>	<p>Integra os conceitos de cultura, etnocentrismo, aculturação, choque cultural e dor cultural nas avaliações e intervenções de enfermagem</p>
	<p>Identifica diferentes práticas e costumes culturais relacionados com eventos significativos da vida (parto e morte).</p>	<p>Considera os costumes e crenças individuais sobre eventos do ciclo de vida durante a avaliação e intervenções de enfermagem.</p> <p>Permite práticas culturais e costumes dos doentes relacionados com eventos significativos da vida (parto e morte).</p> <p>Elabora planos de educação sanitária para doentes culturalmente diversos.</p>
	<p>Reconhece diferentes conceitos e formas de violência baseada no género.</p> <p>Identifica a violência baseada no género culturalmente enraizada em doentes e famílias.</p> <p>Compreende os comportamentos de interação baseados no género das pessoas dentro do seu contexto social e multicultural.</p>	<p>Concentra-se em questões específicas da saúde das mulheres, tais como a Mutilação Genital Feminina/Corte (MFG/C), Violência Baseada no Género, e Saúde Reprodutiva.</p> <p>Avalia a violência baseada no género culturalmente enraizada em doentes e famílias.</p> <p>Implementa intervenções de enfermagem culturalmente sensíveis em vítimas de violência baseada no género.</p> <p>Incorpora papéis de género culturalmente enraizados nas intervenções de enfermagem.</p>
	<p>Compreende os comportamentos de interação das pessoas baseados no contexto social e multicultural.</p>	<p>Inclui as preferências e proibições culturais relativas a padrões alimentares e dietéticos na avaliação de enfermagem.</p> <p>Respeita os padrões dietéticos culturais dos doentes nas prescrições e intervenções de enfermagem.</p>

	Compreende a religião do doente e respetiva importância na vida diária.	Integra a religião, valores e crenças do doente nos cuidados de enfermagem.
		Colabora com os doentes e famílias na identificação de objetivos e resultados de cuidados mutuamente aceites.
	Compreende a importância do espaço e o conceito de “espaço pessoal” como um fenómeno cultural importante para a avaliação do doente a partir do qual podem ser concebidos cuidados culturalmente sensíveis. Compreende que cada cultura define os limites físicos considerados adequados ou inadequados.	Considera a importância do espaço pessoal na avaliação da enfermagem. Mantém uma distância física adequada durante a conversas e interação durante a intervenção de enfermagem sem ultrapassar os limites culturais do doente. Identifica pelo menos três formas específicas de contacto físico culturalmente enraizadas em diversas culturas. Compreende a importância dos limites físicos na avaliação e prestação de cuidados de enfermagem. Compreende as proibições culturais relativas ao contacto com certas partes do corpo aquando da prestação de cuidados de enfermagem.
	Compreende a importância do “tempo” como um fenómeno cultural importante para a avaliação do doente a partir do qual se podem definir cuidados culturalmente sensíveis.	Incorpora o conceito de orientação temporal pessoal na avaliação e prestação de cuidados de enfermagem multiculturais.
	<p>Conhece os problemas de saúde mais frequentes em refugiados e migrantes recém-chegados, como lesões acidentais, hipotermia, queimaduras, doenças gastrointestinais, episódios cardiovasculares, complicações relacionadas com a gravidez e o parto, diabetes, hipertensão e infeções sexualmente transmissíveis (Organização Mundial de Saúde, 2021).</p> <p>Conhece práticas culturais com impacto negativo na saúde.</p>	Os cuidados de enfermagem para migrantes e refugiados incluem uma avaliação física abrangente, avaliação da saúde mental, histórico de vacinação, vacinação de reforço, planeamento familiar, saúde oral, nutrição, tortura e sequelas de trauma, doenças infecciosas, parasitárias e potencialmente prevenidas através da vacinação, e reconhecimento e gestão de doenças crónicas.
	Conhece os fatores de risco para problemas de saúde mental em populações em condições de vulnerabilidade, tais como refugiados e requerentes de asilo, e a resposta mental e emocional dos indivíduos a circunstâncias adversas.	<p>Questiona diretamente sobre traumas e preocupações de saúde mental durante a prestação de cuidados de saúde a doentes refugiados.</p> <p>Identifica na avaliação de enfermagem a migrantes e refugiados os sintomas tipicamente associados a problemas de saúde mental, tais como insónia, alterações no apetite e comportamentos alimentares, pesadelos, tensão muscular, dores de cabeça, e/ou dores difusas no corpo sem qualquer etiologia conhecida.</p>

RESULTADOS DE APRENDIZAGEM ESPERADOS

1. Conhece os diferentes modelos teóricos de Enfermagem Transcultural.
2. Caracteriza os conceitos-chave de pelo menos dois modelos teóricos culturais de enfermagem.
3. Explora a origem e etnia da pessoa-doente para compreender os seus padrões culturais específicos.
4. Pesquisa as crenças e práticas de saúde de minorias culturais
5. Explora os costumes e crenças culturais relacionadas com o ciclo de vida.
6. Examina as preferências, proibições, hábitos alimentares, padrões e tabus culturais.
7. Analisa o apoio social da pessoa-doente em associação com laços culturais comunitários.
8. Identifica os problemas de saúde comuns dos doentes migrantes e utentes CALD no seu contexto social específico.
9. Planifica, oferece e avalia cuidados de enfermagem centrados na família e nos cuidadores, tendo em conta a diversidade cultural.
10. Planifica, desenvolve e avalia programas e atividades comunitárias culturalmente sensíveis (educação, prevenção e promoção da saúde)
11. Aplica estratégias de participação comunitária, promoção de estilos de vida saudáveis, e autocuidado em grupos culturais minoritários.
12. Conhece modelos alternativos e/ou integradores de cuidados de saúde.
13. Compreende os papéis do género de acordo com diferentes contextos culturais.
14. Relaciona a violência com os papéis de género.
15. Questiona sobre a religião e a sua importância na vida do doente.
16. Explora e respeita a forma de contacto visual (intenso, fugaz, ou evitado como sinal de respeito).
17. Respeita o espaço pessoal do doente de acordo com a sua cultura (limites físicos).
18. Respeita o tipo de contacto físico do doente de acordo com a sua cultura (limites físicos)
19. Explora e respeita o contacto físico de acordo com a cultura do doente (tipos de contacto físico apropriado, inadequado ou proibido).
20. Explora e respeita a orientação temporal de acordo com a cultura dos doentes (tempo objetivo ou subjetivo; pontualidade e tempo de atenção suficiente).

INDICADORES

- Identifica problemas de saúde comuns aos doentes CALD no seu contexto social.
- Compreende que os determinantes de saúde incluem as desigualdades em matéria de saúde e bem-estar na União Europeia.
- Conhece os problemas que os imigrantes, refugiados e requerentes de asilo enfrentam e identifica as questões psicossociais e culturais com impacto relevante nos comportamentos de saúde e bem-estar das pessoas em transição multicultural.
- Conhece as crenças e valores culturais relacionados com a saúde de grupos culturalmente específicos de migrantes, requerentes de asilo e refugiados na UE.
- Utiliza uma vasta gama de dados e recursos para adquirir conhecimentos sobre as comunidades e reconhece semelhanças e diferenças entre crenças e comportamentos de saúde específicos das culturas.
- Demonstra conhecimentos específicos sobre prestadores de cuidados tradicionais e não tradicionais e grupos de doentes.
- Conhece a importância do tempo/espaço/contacto físico e o conceito de "espaço pessoal" como fenómenos culturais essenciais para a avaliação dos doentes a partir dos quais podem ser concebidos e implementados cuidados culturalmente sensíveis.
- Compreende as políticas multiculturais do próprio país.
- Conhece os serviços de acolhimento e apoio prestados aos doentes CALD.
- Conhece as políticas governamentais e europeias relativas à diversidade cultural e à prestação de serviços.
- Conhece referenciais teóricos para o desenvolvimento de serviços culturalmente sensíveis.
- Está familiarizada/o com o Programa de Imigração do próprio país.
- Está familiarizada/o com as vantagens e desvantagens de cada modelo de serviço de saúde para doentes CALD.
- Está familiarizada/o com potenciais ligações clínico-comunitárias para doentes CALD.
- Sabe como implementar serviços culturalmente sensíveis de modo a originar mudança.

- Compreende os obstáculos significativos aos serviços de saúde vivenciados pelos doentes CALD.
- Conhece as necessidades específicas de saúde dos refugiados e as diretrizes e programas de tratamento especialmente destinados aos refugiados e requerentes de asilo traumatizados.
- Concentra-se em questões específicas da saúde das mulheres, tais como Mutilação Genital Feminina/ Corte (MFG/C), Violência Baseada no Género, e Saúde Reprodutiva na população migrante.

5ª COMPETÊNCIA-CHAVE – COMUNICAÇÃO INTERCULTURAL
Tipo de Competência - COMPETÊNCIA CULTURAL INDIVIDUAL

DIMENSÕES DA COMPETÊNCIA

ATITUDES	CONHECIMENTO	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS, DIMENSÃO PRÁTICA
Respeito por outras formas ou estilos de comunicação.	Reconhece a diversidade linguística nos cuidados de saúde. Compreende as causas das dificuldades de comunicação ou da falta de competências linguísticas.	Garante uma comunicação intercultural bem-sucedida em contextos clínicos e/ou comunitários com doentes com proficiência limitada na língua do país de acolhimento, baixa literacia em saúde, e/ou estilos de comunicação não-verbais.
Abertura para o uso de outras línguas ou formas de comunicação durante a prestação de cuidados de saúde Respeito pelo direito dos doentes a receber informação sobre os seus processos de saúde apesar das dificuldades de comunicação.	Está familiarizada/o com estratégias eficazes de comunicação com pessoas, famílias e grupos sociais culturalmente diversos, permitindo-lhes expressar as suas preocupações e interesses.	Entrevista a doentes culturalmente diversos e faz a avaliação de saúde. Interage face a face com doentes/utentes culturalmente diversos em contextos de prestação de cuidados de saúde.
Reconhecimento do direito das pessoas de se expressarem em outras línguas se não tiverem conhecimento ou tiverem dificuldade em usar a língua do país de acolhimento.		Oferece cuidados de enfermagem culturalmente adequados a doentes com proficiência linguística limitada e baixa literacia de saúde. Assegura o direito do doente de receber informação sobre os processos de saúde apesar das dificuldades de comunicação. Respeita a confidencialidade apesar das dificuldades linguísticas ou de comunicação.
Empatia com pessoas de outras culturas		Aplica técnicas de empatia cultural na avaliação de enfermagem.
	Conhece técnicas e princípios específicos da utilização de tradutores e mediadores interculturais.	Trabalha com tradutores, mediadores interculturais, e intérpretes na prestação de cuidados a doentes.

	<p>Compreende o significado do silêncio em diferentes culturas.</p> <p>Identifica formas de comunicação não-verbal na interação com doentes de diferentes culturas.</p>	<p>Usa o silêncio e outras formas de comunicação não-verbal como forma de apoiar as interações com doentes em contextos culturalmente diversos.</p>
	<p>Identifica os estereótipos e preconceitos relativos às dificuldades de comunicação nos cuidados de saúde.</p>	<p>Evita os estereótipos relativos às dificuldades de comunicação dos doentes.</p>
		<p>Respeita os diferentes estilos de comunicação durante a avaliação e intervenção de enfermagem.</p> <p>Comunica eficazmente de modo a promover resultados de saúde nos doentes, famílias e comunidades.</p>
RESULTADOS DE APRENDIZAGEM ESPERADOS		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Respeita a confidencialidade apesar das dificuldades linguísticas ou de comunicação. 2. Tenta assegurar o direito do doente de receber informação sobre os processos de saúde apesar das dificuldades de comunicação. 3. Compreende que as pessoas têm o direito de se expressarem em outras línguas se não souberem ou tiverem dificuldade em utilizar a língua do país de acolhimento. 4. Respeita formas ou estilos de comunicação culturalmente diversos. 5. Compreende as causas das dificuldades de comunicação ou da falta de conhecimento da língua de acolhimento. 6. Não utiliza estereótipos na avaliação das dificuldades de comunicação. 7. Explora as características do estilo de comunicação não-verbal da pessoa-doente. 8. Explora o estilo, as pausas e a velocidade da conversa de acordo com a cultura. Interpreta e respeita os silêncios. 9. Interpreta e respeita o estilo de conversação (direto, indireto, ou “através de histórias”). 		
INDICADORES		
<ul style="list-style-type: none"> - Emprega técnicas de entrevista que respeitam as línguas e significados da cultura do doente. - Consegue abstrair-se da própria cultura de referência e aceder à narrativa/experiência subjetiva do “outro”. - Desenvolve uma comunicação culturalmente eficaz nas avaliações de enfermagem assim como planos de intervenção de enfermagem culturalmente sensíveis. - Trabalha com tradutores, mediadores interculturais e intérpretes na prestação de cuidados a doentes. - Compreende o discurso de pessoas com sotaque forte. - Transmite mensagens claras às pessoas que possam ter problemas com a língua de acolhimento. - Oferece respostas no âmbito da comunicação intercultural culturalmente apropriadas de forma a satisfazer as necessidades dos doentes CALD e das suas famílias. - Consegue construir uma relação terapêutica com os doentes CALD. - Negoceia com o doente CALD a compreensão partilhada das crenças de um e outro relativamente à forma como a doença é percebida, o que a causa e como deve ser tratada. 		

6ª COMPETÊNCIA-CHAVE – LIDAR COM A AMBIGUIDADE CULTURAL Tipo de Competência - COMPETÊNCIA CULTURAL INDIVIDUAL		
DIMENSÕES DA COMPETÊNCIA		
ATITUDES	CONHECIMENTO	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS, DIMENSÃO PRÁTICA
Tolerância transcultural	<p>Compreende os comportamentos de interação complexos das pessoas com base no seu contexto social e multicultural.</p> <p>Compreende os contextos culturais dos cuidados de enfermagem, quem são as partes interessadas e quais os resultados esperados.</p>	<p>Adapta-se rapidamente às circunstâncias mutáveis dos ambientes multiculturais sem comprometer a qualidade dos cuidados ao doente.</p> <p>Estabelece uma comunicação intercultural clara através de conceitos bem definidos.</p> <p>Toma medidas adequadas (mesmo quando não possui todos os detalhes da situação) em ambientes de cuidados de saúde multiculturais complexos.</p>
Compromisso com a mudança segundo uma perspectiva de crescimento	Identifica os pontos de incerteza na prestação de cuidados de enfermagem a doentes multiculturais.	Identifica necessidades ou problemas complexos de saúde/doença/sociais e de cuidados de saúde motivados por diferenças culturais (sexo, idade, etnia).
		Enumera algumas das decisões mais prováveis e necessárias de serem tomadas e qual o impacto destas nas fases seguintes da prestação de cuidados.
RESULTADOS DE APRENDIZAGEM ESPERADOS		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Está consciente dos potenciais mal-entendidos decorrentes da interação entre diferentes culturas. 2. Compreende o comportamento de interação de acordo com o contexto social e multicultural. 3. Utiliza um referencial teórico para a saúde, a sua evolução e complexidade. 4. Tem uma atitude de diálogo e abertura face ao conflito cultural. 5. Identifica necessidades específicas ou potenciais problemas decorrentes de diferenças culturais (sexo, idade, etnia), dificuldades linguísticas, ou desigualdades sociais. 		
INDICADORES		
<ul style="list-style-type: none"> - Conhece as áreas de conflito e acordo entre os próprios valores pessoais e profissionais e os dos doentes culturalmente diversos. - Adapta-se rapidamente às circunstâncias mutáveis dos ambientes multiculturais sem comprometer a qualidade dos cuidados aos doentes. - Gere conflitos culturais relacionados com a saúde. - Comunica clara e precisamente com os outros membros da equipa para explicar as dificuldades encontradas no desenvolvimento de atividades. 		

7ª COMPETÊNCIA-CHAVE – COMPETÊNCIAS DIGITAIS EM SAÚDE Tipo de Competência - COMPETÊNCIA CULTURAL INDIVIDUAL		
DIMENSÕES DA COMPETÊNCIA		
ATITUDES	CONHECIMENTO	HABILIDADES CONDUCTUALES; DIMENSIÓN PRAXIS
Aceitação de ferramentas digitais em todos os aspetos das experiências académicas dos estudantes	Apresenta níveis elevados de literacia digital de saúde multicultural.	Usa dispositivos digitais, aplicações, e redes de comunicação para aceder e gerir informação sobre questões multiculturais.
	Revela competência no uso de sistemas de informação sanitária.	<p>Usa informação de fontes digitais para gerir e lidar com questões de saúde multiculturais.</p> <p>Cria e partilha conteúdos digitais sobre questões de saúde multiculturais.</p> <p>Inclui dados socioculturais em tecnologias de saúde e informática novas ou existentes para planear, prestar e avaliar cuidados culturalmente competentes.</p>
Empenho no desenvolvimento e utilização de tecnologias digitais para melhorar a saúde das populações vulneráveis		<p>Promove o uso de tecnologias digitais de saúde nos cuidados de saúde adaptadas a diferentes línguas e padrões culturais.</p> <p>Desenvolve a literacia digital em saúde das populações em condições de vulnerabilidade e grupos culturais minoritários, migrantes e refugiados para potenciar o sucesso da integração e os resultados de saúde.</p> <p>Contribui para o desenvolvimento de sistemas de cuidados digitais inovadores e culturalmente competentes para alcançar resultados seguros e de qualidade nos cuidados de saúde.</p>
RESULTADOS DE APRENDIZAGEM ESPERADOS		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconhece informação importante para a identificação de dados relevantes sobre cuidados de enfermagem multiculturais. 2. Revela competência no uso de sistemas de informação sanitária. 3. Apoia cidadãos e doentes de grupos culturais minoritários a encontrar informação fiável sobre saúde. 4. Implementa estratégias e competências de comunicação digital sobre saúde. 5. Desenvolve a literacia digital em saúde de populações em condições de vulnerabilidade e grupos culturais minoritários, migrantes e refugiados para potenciar o sucesso da integração e os resultados de saúde. 		

INDICADORES
<ul style="list-style-type: none"> - Reconhece informação importante para a identificação de dados relevantes sobre cuidados de enfermagem multiculturais. - Avalia a fiabilidade das várias fontes de informação ou aconselhamento e seleciona as fontes mais fiáveis disponíveis. - Compreende como os dados são estruturados dentro dos sistemas de registos de saúde - cumprindo os requisitos legais e profissionais ao utilizar e partilhar informação. - Usa programas de análise e proteção de dados, aplicações móveis, armazenamento em nuvem (cloud), e a Internet, assim como lê, compreende, e encaminha informação sobre saúde utilizando um dispositivo inteligente. - Identifica a informação necessária para melhorar a tomada de decisões clínicas em ambientes multiculturais. - Apoia cidadãos e doentes de grupos culturais minoritários a encontrar informação fiável sobre saúde. - Utiliza tecnologias de informação e comunicação e processos digitais para prestar cuidados de enfermagem seguros a populações culturalmente diversas em vários contextos. - Colabora com doentes e cidadãos culturalmente diversos para elaborar e desenvolver em conjunto formas de trabalho digitais – adaptando a inovação digital. - Contribui para a conceção de sistemas de cuidados digitais inovadores e culturalmente competentes, para alcançar resultados seguros e de qualidade nos cuidados.

8ª COMPETÊNCIA-CHAVE – CONHECIMENTO SOCIOPOLÍTICO Tipo de Competência - COMPETÊNCIA SOCIOCULTURAL		
DIMENSÕES DA COMPETÊNCIA		
ATITUDES	CONHECIMENTO	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS, DIMENSÃO PRÁTICA
<p>Compromisso com uma atitude positiva face à diversidade/ diversidade cultural.</p> <p>Aceitação do “outro” como um membro igual da sociedade.</p> <p>Compromisso com a avaliação de risco sanitário (HRA – <i>Health Risk Assessment</i>) cultural no sistema de saúde.</p>	<p>Reconhece as implicações históricas e contemporâneas das políticas públicas e da discriminação que afetam a saúde, os sistemas de saúde e a utilização dos serviços de saúde por migrantes, refugiados e outros grupos culturais vulneráveis.</p>	<p>Utiliza a avaliação de risco sanitário na prestação de cuidados de enfermagem a minorias, migrantes e refugiados.</p> <p>Assume a corresponsabilidade social de defesa do direito à saúde, políticas de acesso aos cuidados de saúde e políticas governamentais de migração.</p> <p>Promove o direito a cuidados de saúde acessíveis e equitativos para populações afetadas e deslocadas devido a conflitos.</p> <p>Respeita e cumpre o código de ética de enfermagem, a legislação geral e a legislação sanitária em todas as suas intervenções.</p>

<p>Compromisso com a não discriminação das populações vulneráveis e a promoção da equidade nos cuidados de saúde.</p> <p>Diálogo e abertura nos conflitos culturais.</p> <p>Sensibilização para o papel da enfermagem nas questões políticas relacionadas com a saúde comunitária</p>	<p>Conhece a legislação nacional e europeia e as políticas relativas a migrantes, refugiados, requerentes de asilo, direitos humanos e discriminação.</p> <p>Identifica princípios e legislação sobre direitos humanos, particularmente no âmbito das minorias, migrantes e refugiados.</p> <p>Identifica fatores estruturais que contribuem para resultados negativos na saúde dos migrantes e refugiados nos países de acolhimento.</p> <p>Reconhece a importância da defesa do direito à saúde das minorias.</p>	<p>Promove a cobertura sanitária e dá acesso a medicamentos e vacinas seguros e a preços acessíveis a migrantes, refugiados e grupos minoritários.</p> <p>Identifica pelo menos duas estratégias políticas de defesa pública do direito aos cuidados de saúde de migrantes, refugiados e minorias.</p> <p>Defende publicamente a nível local, regional e nacional a melhoria dos cuidados de saúde a refugiados e requerentes de asilo, independentemente do seu país de origem, religião, idade ou outros parâmetros que possam impedir a sua capacidade de procurar e receber cuidados de saúde.</p> <p>Denuncia às autoridades competentes as práticas de discriminação individual e institucional, tratamento desigual, violação dos direitos humanos e civis dos doentes, ou violação do respeito pela autonomia dos doentes.</p> <p>Envolve-se no processo legislativo e de elaboração de políticas públicas, assumindo e apoiando posições públicas sobre os direitos dos migrantes e refugiados aos cuidados de saúde.</p> <p>Participa em projetos comunitários envolvendo membros da comunidade culturalmente diversos.</p>
---	---	---

RESULTADOS DE APRENDIZAGEM ESPERADOS

1. Está familiarizada/o com o fenómeno migratório.
2. Critica a abordagem do modelo biomédico hegemónico nos cuidados de saúde.
3. Compromete-se totalmente com os valores da justiça social e direitos humanos.
4. Está familiarizada/o com os movimentos associativos no contexto onde trabalha.
5. Está familiarizada/o com as partes envolvidas na elaboração de políticas e sabe como comunicar com elas.
6. Possui as competências políticas necessárias para defender publicamente indivíduos e comunidades.
7. Oferece apoio e recursos às vítimas de violência.
8. Está consciente do seu papel profissional em questões políticas que envolvam a saúde da comunidade.
9. Está consciente da importância de apoiar publicamente questões relacionadas com a saúde das minorias étnicas.
10. Defende publicamente o direito à saúde de indivíduos e comunidades culturalmente diversas.

INDICADORES

- Consegue localizar a legislação nacional e europeia sobre imigração, direitos humanos e discriminação nos cuidados de saúde.
- Identifica pelo menos duas estratégias políticas de defesa pública do direito aos cuidados de saúde de migrantes, refugiados, requerentes de asilo e minorias.
- Defende publicamente a justiça social, incluindo o compromisso para com a saúde de migrantes e minorias culturais, bem como a eliminação de disparidades no acesso a cuidados de saúde.
- Envolve-se no processo legislativo e de elaboração de políticas públicas, assumindo e apoiando publicamente os direitos de migrantes e refugiados a cuidados de saúde.
- Colabora com políticas sociais durante períodos prolongados (pelo menos um ano).
- Respeita e cumpre o código de ética e legislação geral e sanitária em todas as intervenções de cuidados de enfermagem multiculturais.

9ª COMPETÊNCIA-CHAVE – LIDERANÇA SOCIAL TRANSFORMATIVA Tipo de Competência - COMPETÊNCIA SOCIOCULTURAL		
DIMENSÕES DA COMPETÊNCIA		
ATITUDES	CONHECIMENTO	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS, DIMENSÃO PRÁTICA
Motivação para contribuir para a transformação social.	<p>Conhecimento das políticas sociais e de saúde.</p> <p>Conhecimento do sistema de saúde e dos seus serviços.</p> <p>Conhecimento dos recursos sócio-sanitários do contexto.</p> <p>Formas de participação na saúde</p>	<p>Lidera equipas interprofissionais com o objetivo de minimizar e prevenir as disparidades em matéria de saúde e desenvolver programas de prestação de cuidados de saúde culturalmente competentes.</p> <p>Concentra-se na transformação pessoal e social que promove uma melhor liderança, gestão e relações interpessoais.</p> <p>Promove nos profissionais uma motivação para cuidados de saúde multiculturais com vista a uma visão organizacional que os capacite e desafie a ir além do <i>status quo</i>, reconhecendo as necessidades e aspirações de cada um.</p>
RESULTADOS DE APRENDIZAGEM ESPERADOS		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Demonstra respeito pelo paciente, família, comunidade e equipa multi- ou interdisciplinar, independentemente das diferenças. 2. Identifica estratégias de saúde para a prestação de cuidados abrangentes e multidisciplinares. 3. Revela capacidade para liderar equipas interdisciplinares e intersetoriais. 4. Revela capacidade de coordenação e negociação. 5. Avalia os papéis e competências de todos os membros das equipas de saúde e de assistência social. 6. Aplica princípios de pensamento moral e ético na análise de conflitos e tomada de decisões. 7. Inclui as equipas de cuidados de saúde e de assistência social na implementação de medidas de forma a satisfazer as necessidades dos doentes. 8. Revê e avalia os cuidados a prestar com as equipas de saúde. 9. Valida os registos com a evidência dos processos realizados. 10. Contribui para a construção de redes democráticas de cuidados. 11. Demonstra capacidade de colaborar e gerir equipas. 		
INDICADORES		
<ul style="list-style-type: none"> - Identifica necessidades e capacidades específicas de indivíduos e grupos. - Adequa as mensagens de acordo com cada situação cultural única. - Gere conflitos culturais relacionados com saúde. - Revela competências de liderança, tomada de decisão e comunicação e capacidade de colaboração e consenso. 		



4.

PROPOSTA PEDAGÓGICA DE IMPLEMENTAÇÃO – MODELO PARA A FORMAÇÃO MULTICULTURAL DE ENFERMEIROS - MulticulturalCare Nursing Education Model

Rocío Baquero, Ana Paula Monteiro, Kristel Liesenborghs, Sylvianne Vroonen, Maria Idoia Ugarte-Gurrutxaga & Brígida Molina-Gallego.

4.1. Enquadramento teórico e pedagógico

As teorias pedagógicas em que o presente Modelo se baseia são elementos essenciais para a sua implementação em sala de aula. A aplicação de metodologias participativas e práticas contribui significativamente para a aquisição de competências através da análise da realidade e das emoções. Para tal, o Modelo recomenda a familiarização com os princípios da Educação Popular, Aprendizagem Dialógica e Pensamento Crítico. Os resumos explicativos de cada uma destas teorias pedagógicas assim como as relações de proximidade que possuem entre si são apresentados em seguida:

4.1.1. EDUCAÇÃO POPULAR

A Educação Popular é uma metodologia filosófica e pedagógica que compreende a educação como um processo transformativo da realidade. Através da reflexão crítica, os estudantes usam a sua experiência como ponto de partida para aprender e analisar os fatores e estruturas que determinam as suas vidas. Isto permite-lhes desenvolver as estratégias e competências necessárias para transformar as suas realidades. A Educação Popular possibilita que sujeitos passivos, que apenas recebem e armazenam informação, se tornem sujeitos ativos e participativos no seu processo de aquisição e transformação da realidade. Desta forma, estes sujeitos podem contribuir para a construção de uma sociedade mais igualitária, compreender de modo crítico o mundo à sua volta e agir para o transformar.

Paulo Freire (1921-1997) desenvolveu amplamente a teoria da Educação Popular. Ao longo do seu trabalho, Freire salienta que a importância da educação implica uma profunda reflexão sobre o ato de educar e a sua conceção como um processo com elementos diferenciadores da “educação bancária” – considerada como mera instrução e repetição de conhecimentos e comportamentos. Assim, Freire afirma que “Ensinar não é transferir conhecimentos, mas criar as possibilidades para a sua produção ou construção”.

Enquanto método pedagógico, a Educação Popular é constituída por quatro dimensões primárias:

- a) **A dimensão epistemológica** refere-se à forma como se aprende e não se aprende a reelaborar o conhecimento. Para Freire, educar é conhecer criticamente a realidade e a própria prática. Conhecer o mundo é um processo coletivo e prático, envolvendo diferentes formas de conhecimento, tais como a consciência, o sentimento, o desejo, a vontade, e o corpo. Todas as práticas educacionais devem reconhecer o que os estudantes e educadores sabem sobre o assunto e gerar experiências coletivas e dialógicas de forma a desenvolver novos conhecimentos. Freire afirma que, “Ninguém sabe tudo, ninguém ignora tudo”. Desta forma, o processo é continuamente alimentado até se alcançar o progresso através da transformação, uma vez que cada mudança implica uma nova realidade para refletir e reconceptualizar de forma a modificá-la. O mundo “não é dado,” mas sim “está a dar-se” em contínua mudança e movimento, podendo ser constantemente problematizado e possibilitando a prática de uma pedagogia de questionamento para a qual não se esperam respostas exatas e estáticas (Freire, 1970, 1997). Esta dimensão está também intimamente relacionada com o Pensamento Crítico, teoria que será desenvolvida independentemente.
- b) **A dimensão pedagógica** foca-se em aspetos didáticos e metodológicos, utilizando técnicas participativas inovadoras que promovem a problematização experiencial da realidade e mantenham o interesse do aluno, que aprende através da emoção. A neurociência estabelece que sem emoção não há curiosidade, atenção ou memória. Logo, estes elementos são vitais para uma aprendizagem significativa (Mora, 2013). Segundo a abordagem da Educação Popular, o educador desempenha o papel de facilitador durante o desenvolvimento de técnicas participativas para que o grupo e os seus participantes formulem as questões necessárias e construam as suas respostas, aquilo a que Freire chamou “práxis” ou “aprender fazendo”. Esta metodologia permite trabalhar na formação para a ação e transformação com base nas realidades de cada contexto e/ou situação. Desta forma, a prática serve como um critério de avaliação da verdade. No entanto, a Educação Popular não é só o uso de técnicas participativas nem o objetivo da sua aplicação é simplesmente a dinamização de grupos. As técnicas utilizadas são instrumentos que permitem alcançar objetivos específicos de acordo com os participantes com quem se realiza o trabalho. Uma única técnica não é geralmente suficiente para trabalhar um tema, exigindo outras que permitam o desenvolvimento de um processo ordenado e sistemático de aprofundamento do tema de modo a atingir todos os públicos-alvo. Assim, cada técnica deve ser cuidadosamente selecionada e coerente com o plano elaborado para atingir um determinado objetivo pedagógico e contribuir para que os estudantes realizem o seu processo de transformação (Vargas et al. 1995).

- c) A **dimensão ética** refere-se ao respeito pelos seres humanos e seus direitos como uma base fundamental para a construção de uma sociedade mais igualitária e justa. De acordo com esta perspectiva, as pessoas são o centro do processo educativo e a palavra a sua ferramenta mais eficaz, na medida em que é geradora de diálogo com os outros e com o seu ambiente. Por sua vez, o diálogo proporciona outros pontos de vista e a certeza de que o mundo é flexível e ajustável de acordo com os próprios sentidos e utopias. Freire afirma, “é através da conversa partilhada, onde eu falo e ouço aqueles que falam e me escutam, que me reconheço como um sujeito em permanente construção”. Como mencionado acima, longe do condicionamento da “educação bancária”, a Educação Popular encara os indivíduos como sujeitos protagonistas do seu processo de transformação e mudança e não como objetos de um sistema educativo. Segundo a abordagem da Educação Popular, os educadores não ensinam, mas aprendem durante o diálogo com os estudantes, e os estudantes também aprendem enquanto ensinam. Assim, estudantes e educadores tornam-se sujeitos através desta ação, reflexão e diálogo. A importância desta dimensão ética está incluída em outras correntes pedagógicas que incluem diferentes atores no processo de formação, tais como a Aprendizagem Dialógica. Esta é particularmente relevante para o Modelo pedagógico aqui proposto, razão pela qual tem uma secção dedicada a ela.
- d) A **dimensão político-pedagógica** tem em conta como cada pessoa é, como se relaciona com o mundo à sua volta e como pode aprender com ele a repensá-lo e transformá-lo. Para Freire, toda a prática educacional é política, tal como a prática política é educacional porque envolve valores, projetos, e utopias que reproduzem, legitimam, questionam, ou transformam as relações de poder prevalentes na sociedade. A educação por si só não muda o mundo, mas sem ela, é impossível fazê-lo. A educação nunca é neutra. É a favor do domínio ou da emancipação, razão pela qual Freire propõe uma pedagogia de esperança que descreve em um dos seus últimos livros, publicado em 1992. A sua mensagem principal é a necessidade de justificar a importância da atividade educativa como elemento indispensável na busca da justiça social e do usufruto dos direitos humanos, como também defendido por Vílchez Quesada no seu último ensaio (2021).

4.1.2. APRENDIZAGEM DIALÓGICA

A Aprendizagem Dialógica baseia-se nas interações entre pessoas e usa o diálogo como ferramenta de aprendizagem em ambientes que envolvem vários atores, tais como as intervenções de saúde. De acordo com esta teoria, os indivíduos aprendem através das suas diferentes interações em ambientes formais, não formais, profissionais e educacionais que fazem parte do seu currículo de formação. Como Aubert et al. (2008) afirmam, “através das interações e do diálogo, os participantes partilham o mundo da vida cuja compreensão é possível”.

A Aprendizagem Dialógica incorpora sete princípios básicos (Aubert et al., 2008; Duque et al., 2009):

- 1) **Diálogo igualitário**, no qual as contribuições são valorizadas de acordo com a validade dos argumentos apresentados e não de acordo com relações de poder ou hierarquias sociais estabelecidas.
- 2) **Inteligência cultural**, que reconhece a capacidade de ação e reflexão dos indivíduos em relação à cultura. Inclui a inteligência acadêmica, prática e comunicativa, empregando os acordos que podem ser estabelecidos através da linguagem.
- 3) **Transformação do ambiente social** através da educação, o que muda as pessoas e o seu contexto.
- 4) **Dimensão instrumental**, que considera todo o conhecimento essencial para que a sociedade atual evite a exclusão social.
- 5) **Criação de um significado vital para a nossa existência**, que orienta o processo de aprendizagem para a concretização de sonhos e projetos.
- 6) **Solidariedade**, considerada como um elemento crítico de qualquer metodologia educacional democrática, que inclui todas as pessoas de forma a superar a vulnerabilidade escolar e social na esfera educacional.
- 7) **Igualdade das diferenças**, que pressupõe que a diversidade, longe de ser um obstáculo à aprendizagem, é uma oportunidade para acrescentar elementos e formas de compreender a vida. Este princípio sublinha que a verdadeira igualdade só existirá quando todas as pessoas tiverem o mesmo direito a ser e a viver de forma diferente e a serem tratadas com o mesmo respeito e dignidade.

4.1.3. PENSAMIENTO CRÍTICO

O pensamento crítico engloba todos os processos e estratégias das pessoas para analisar e resolver problemas através da avaliação da informação existente de forma a tomar decisões apropriadas e a aprender novos conceitos (Sternberg, 1986). Entre os teóricos mais influentes que se propuseram a definir pensamento crítico está Robert H. Ennis (1985), que o define como o pensamento racional e reflexivo preocupado com o decidir em que acreditar ou o que fazer. A aprendizagem não é concebida como um conjunto de conhecimentos inquestionáveis, mas sim um processo de construção da própria opinião e dos argumentos que a sustentam. Assim, educar promovendo pensamento crítico é educar para a transformação da vida e do ambiente (Bezanilla-Albisua et al., 2018).

Repensar criticamente a realidade exige aprofundar e problematizar o contexto de modo a propor as hipóteses adequadas a essa realidade. Como López Aymes (2012) salienta, este processo

envolve diferentes etapas, nomeadamente: *“Concentrar-se na questão; Analisar os argumentos; Formular perguntas esclarecedoras e respondê-las; Avaliar a credibilidade de uma fonte; Monitorizar e avaliar relatórios derivados da observação; Deduzir e avaliar as deduções; Induzir e avaliar as induções; Fazer juízos de valor; Definir e avaliar os termos e definições; Identificar os pressupostos; Decidir a ação a ser tomada e interagir com outros; Incluir as predisposições e outras competências para tomar e defender uma decisão; Proceder de forma ordenada, de acordo com cada situação; Ser sensível às emoções, nível de conhecimento e nível de sofisticação dos outros; Aplicar estratégias retóricas adequadas na discussão e apresentação (oral e escrita).”*

A aprendizagem baseada em competências deve alicerçar-se no pensamento crítico de modo a ser verdadeiramente significativa e não meramente vicária e multiplicadora de comportamentos e atitudes aprendidas. Trata-se de duvidar da informação, dogmas, e axiomas absolutos que nos rodeiam para construir novos argumentos justificados sobre a realidade e não aceitar cegamente as opiniões construídas. Implica elaborar um ponto de vista com base na verificação e no contraste de dados. O pensamento crítico está profundamente relacionado com outras competências, tais como a criatividade, a lógica, ou a intuição, permitindo o desenvolvimento de novas estratégias e formas de ver e compreender a realidade. A boa capacidade de pensamento crítico permite às pessoas evitar o conformismo e progredir como seres humanos, assumindo que não existe uma forma única de “ver” o mundo.

Outros autores, tais como Badia e Gisbert (2013), relacionam o pensamento crítico com a Taxonomia de Bloom, uma vez que nem todas as ações cognitivas têm a mesma complexidade. Assim, o pensamento crítico permite ir além dos níveis básicos de memorização e compreensão de forma a alcançar níveis sucessivamente mais elevados, tais como aplicar, analisar, avaliar e criar.

A estimulação do pensamento crítico nos espaços educativos permite aos estudantes tomarem consciência do contexto social, político, ético e pessoal de onde partem ou no qual podem estar imersos. Desta forma, podem experimentar a realidade a partir de outras perspetivas e gerar e defender ações transformadoras individualmente e socialmente (Lipman, 1987; Bezanilla-Albisua et al., 2018). Logo, o pensamento crítico é essencial para a inovação, melhoria, criatividade, e envolvimento pessoal e profissional.

4.2. Guia de desenvolvimento de atividades de formação em competências Multiculturais

4.2.1. Proposta de Formulário: Implementação do Modelo

A fim de facilitar o trabalho dos professores que desejem implementar o Modelo de Formação Multicultural para Enfermeiros - MULTICULTURALCARE NURSING EDUCATION MODEL nas suas aulas, propomos o preenchimento de um formulário para desenvolvimento de atividades de ensino segundo o Modelo de Formação Multicultural para Enfermeiros que propomos.

A base usada para o desenvolvimento de atividades adequadas às necessidades específicas de cada disciplina é estabelecida através da seleção hierárquica dos componentes do Modelo (ver secção 3.2). O uso desta ferramenta inovadora para a incorporação do Modelo na sala de aula permitirá a criação de conjuntos de atividades centradas em diferentes aspetos do Modelo de Formação Multicultural para Enfermeiros - MULTICULTURALCARE NURSING EDUCATION MODEL e a sistematização do processo educativo. Seguidamente é descrito o conteúdo do formulário e modo de preenchimento.

Cada formulário resume uma atividade de formação e consiste na fundamentação teórica das atividades segundo as competências a serem desenvolvidas e os resultados de aprendizagem a serem alcançados e na elaboração das atividades para desenvolvimento das competências desejadas e obtenção dos resultados de aprendizagem esperados. No final do formulário, uma proposta de avaliação permite verificar se os estudantes adquiriram as competências selecionadas e alcançaram os resultados de aprendizagem esperados, assim como apurar a existência de recursos ou materiais complementares que poderão enriquecer a proposta aquando de futuras atualizações. A tabela seguinte apresenta todas as secções do formulário:

Formulário de desenvolvimento de atividades de ensino segundo o Modelo de Formação Multicultural para Enfermeiros - MULTICULTURALCARE NURSING EDUCATION MODEL.

TÍTULO: <i>O título deve descrever a atividade proposta de forma precisa.</i>
OBJETIVO ESPECÍFICO: <i>O objetivo específico a ser alcançado pela atividade planeada.</i>
COMPETÊNCIAS CULTURAIS: <i>Enumeração das competências culturais a serem desenvolvidas com a atividade planeada.</i>

<p>DIMENSÕES:</p> <p><i>Enumeração das dimensões pertencentes às competências culturais escolhidas na secção anterior.</i></p>
<p>RESULTADOS DE APRENDIZAGEM ESPERADOS:</p> <p><i>Resultados de aprendizagem associados às competências culturais selecionadas na secção anterior.</i></p>
<p>REALIZAÇÃO DA ATIVIDADE:</p> <p><i>Descrição detalhada da atividade a realizar.</i></p>
<p>MATERIAIS:</p> <p><i>Lista de todos os elementos necessários para implementar a atividade na sala de aula. Podem ser necessários materiais de papelaria, materiais audiovisuais, elementos para caracterizar o cenário e as personagens, materiais próprios, etc.</i></p>
<p>AValiação:</p> <p><i>Apresentação do método de avaliação que permitirá determinar o grau de aquisição de competências e consecução dos resultados esperados da aprendizagem.</i></p>
<p>RECURSOS:</p> <p><i>Esta secção pode apresentar informações complementares que poderão alterar ligeiramente o plano original da atividade, permitindo a sua diversificação sem alterar a sua essência.</i></p>

Preenchimento do formulário

Como mencionado acima, este formulário facilita o desenvolvimento de atividades de ensino baseadas no Modelo de Formação Multicultural para Enfermeiros - MULTICULTURALCARE NURSING EDUCATION MODEL. O formulário deve ser preenchido em cinco momentos diferentes compostos pelos seguintes passos:

1º Momento – Enquadramento/Fundamentação da atividade

1º Passo - Em primeiro lugar, selecionar as competências a aprofundar com base no Quadro 1 (secção 3.3.3). Escolher o menor número possível de competências de forma a facilitar a consecução do objetivo específico. Selecionar algumas das dimensões destas competências. Esta informação é copiada para a secção **3. - Competências culturais do modelo** e para a secção **4. - Dimensões**.

2º Passo – Selecionar os resultados de aprendizagem associados às competências escolhidas das tabelas de resultados de aprendizagem esperados. Selecionar os resultados esperados e os indicadores utilizados na sua avaliação. Incluir esta informação na secção **5. - Resultados de aprendizagem esperados**.

2º Momento - Planeamento da atividade

3º Passo - Uma vez selecionados os elementos, pesquisar as opções para combinar e trabalhar a informação em conjunto. Para tal, primeiro formular um objetivo específico a incluir na secção **2. - Objetivo específico**. É útil usar como ponto de partida as próprias experiências

ou experiências conhecidas que possam ajudar a compreender o contexto e a formular objetivos de trabalho específicos. É importante salientar que todas as atividades propostas no âmbito do Modelo de Formação Multicultural para Enfermeiros - MULTICULTURALCARE NURSING EDUCATION MODEL têm sempre como objetivo geral a formação de enfermeiras/os culturalmente competentes, o foco central deste modelo educativo.

4º Passo – Uma vez estabelecido o objetivo específico, descrever a atividade desenhada para o alcançar na secção **6. - Realização da atividade** de forma simples para que possa ser facilmente replicada no contexto de sala de aula. É recomendado fazer uma descrição pormenorizada e estruturada dos diferentes momentos que compõem a atividade e descrever o que está incluído em cada um deles, a sua duração, e os recursos necessários para a sua realização.

5º Passo – Analisar e listar cuidadosamente os materiais necessários para o desenvolvimento da atividade a fim de facilitar a sua preparação com antecedência. Transferir esta informação para a secção **7. -Materiais**.

3º Momento – Planificação da avaliação

6º Passo – Incorporar na planificação da atividade um método de avaliação adequado que permita conhecer o grau de aquisição das competências trabalhadas e a concretização dos resultados da aprendizagem esperados. Os indicadores selecionados são usados para este fim. É recomendado o uso de métodos de avaliação baseados na competência e a utilização de rubricas. O sistema de avaliação é descrito na secção **8. - Avaliação**.

4º Momento - Seleção de diferentes recursos complementares

Inserir informação relativa ao uso de recursos complementares na secção

9. - Recursos. Estes materiais complementares são relevantes para o objetivo da atividade e podem inspirar alterações à atividade sem alterar o seu desenho original. Esta informação será útil a professores que desejem realizar a atividade, mas que necessitem de a adaptar aos seus contextos particulares.

5º Momento - Título

Preencher a secção **1. - Título** para completar o formulário. O título deverá descrever a atividade proposta e classificá-la e identificá-la dentro da gama de atividades apresentadas.

Após o preenchimento do formulário na ordem proposta para cada secção, um relatório final é gerado com uma síntese da informação. Isto facilita a sua classificação e arquivo de acordo com o formato indicado na tabela desta secção. Como acima mencionado, este instrumento facilita a criação de conjuntos de atividades para quando o professor pretenda trabalhar com os estudantes usando o Modelo de Formação Multicultural para Enfermeiros - MULTICULTURALCARE NURSING EDUCATION MODEL. Este arquivo permite ainda a sistematização do Modelo de Formação Multicultural para Enfermeiros para o trabalho docente.

4.2.2. Agile-Pilots : Exemplos de práticas pedagógicas inovadoras.

Utilizando a Proposta do *MulticulturalCare Nursing Education Model*, cada equipa desenvolveu um Agile-Pilot (AP) focado nas dimensões-chave de competências culturais pré-definidas. Os parceiros desenvolveram o EP recorrendo a abordagens pedagógicas inovadoras. O processo, os materiais e os resultados foram partilhados numa plataforma, incluindo a descrição dos parâmetros mais importantes de cada EP, o referencial teórico, as atividades realizadas, o guia prático e as ferramentas de avaliação utilizadas. A planificação do EP usou o Sistema Europeu de Transferência e Acumulação de Créditos (ECTS) como critério padrão de implementação e avaliação.

Os parceiros discutiram os principais resultados e metas alcançadas e desenvolveram a versão preliminar dos cenários de simulação. Estes cenários foram aprovados a 22 de junho e incluídos neste *e-book* como exemplos de implementação do Modelo.

Seguidamente, apresentam-se alguns exemplos dos EP implementados pelos parceiros do Projeto. Estes são apresentados segundo o formato do formulário para o desenvolvimento de atividades de ensino no âmbito do MULTICULTURALCARE NURSING EDUCATION MODEL (4.2.2)..

ESTUDO PILOTO Universidade de Leuven-Limburg

<p>TÍTULO: A EXPOSIÇÃO COMO MÉTODO PARA DESENVOLVER AS CAPACIDADES DE ACOMPANHAMENTO DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM EM CONTEXTOS MULTICULTURAIS</p>
<p>OBJETIVO ESPECÍFICO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Centrar o foco do estudante de enfermagem no recetor de cuidados e no seu contexto. - Capacitar o estudante para o acompanhamento competente e defesa dos interesses do recetor dos cuidados. - Aumentar a disponibilidade dos estudantes para a “imersão”. - Promover o crescimento pessoal do estudante através da troca de experiências em contexto seguro (reflexão). - Adquirir conhecimento sobre multiculturalismo e “estar presente nos cuidados” através de um método de trabalho criativo (exposição e reflexão). - Desenvolver objetivos pessoais de aprendizagem relativos ao multiculturalismo e à diversidade.
<p>COMPETÊNCIAS CULTURAIS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Competências-chave multiculturais individuais <ul style="list-style-type: none"> - Abertura aos outros - Consciência cultural - Encontro cultural - Conhecimento cultural - Comunicação intercultural - Lidar com a ambiguidade cultural 2. Competências socioculturais <ul style="list-style-type: none"> - Liderança social transformativa

DIMENSIONES:		
1ª COMPETÊNCIA-CHAVE – ABERTURA AOS OUTROS Tipo de Competência – COMPETÊNCIA CULTURAL INDIVIDUAL		
DIMENSÕES DA COMPETÊNCIA		
ATITUDES	CONHECIMENTO	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS; DIMENSÃO PRÁTICA
<p>Empatia com pessoas de outras culturas; Interesse em conhecer "o outro"; Curiosidade por diversidade cultural; Envolvimento com e atitude positiva face à diversidade; Respeito pelas diferentes formas culturais de compreender a saúde e a doença.</p>	<p>Compreende o conceito de sensibilização cultural nos cuidados de saúde;</p> <p>Conhece projetos coletivos de saúde alternativos no contexto sociocultural;</p> <p>Compreende os projetos coletivos de saúde alternativos no contexto sociocultural;</p>	<p>Adapta projetos culturais alternativos de avaliação e intervenção de enfermagem em cuidados de saúde;</p> <p>Incorpora outras formas de compreender a saúde e a doença na avaliação, diagnóstico e implementação de cuidados de enfermagem;</p> <p>Utiliza técnicas de empatia cultural na avaliação de enfermagem;</p>
2ª COMPETÊNCIA-CHAVE - CONSCIÊNCIA CULTURAL Tipo de Competência - COMPETÊNCIA CULTURAL INDIVIDUAL		
DIMENSÕES DA COMPETÊNCIA		
ATITUDES	CONHECIMENTO COGNITIVO	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS; DIMENSÃO PRÁTICA; DIMENSÃO INSTRUMENTAL
<p>Abordagem crítico-reflexiva;</p> <p>Humildade cultural;</p> <p>Disponibilidade para aprender e refletir sobre os próprios preconceitos e percepções erradas.</p>	<p>Compreende as próprias concepções de etnocentrismo, racismo, xenofobia, estereótipo, estigma, racismo, discriminação, opressão e privilégio.</p> <p>Tem consciência das suas atitudes/preconceitos em relação a diferentes culturas e de como superá-los.</p>	<p>Reflete criticamente sobre os conceitos de etnocentrismo e estereótipo e o seu impacto nos cuidados de enfermagem;</p> <p>Reconhece e contesta a discriminação e o racismo na prática da enfermagem e a nível pessoal;</p> <p>Avalia os determinantes institucionais do preconceito, desigualdade de tratamento, discriminação, preconceito e comportamento antiético com impacto nas disparidades na saúde;</p> <p>Identifica os próprios preconceitos e mitos culturais sobre imigrantes, refugiados, requerentes de asilo e grupos culturais minoritários.</p> <p>Utiliza estratégias para superar julgamentos racistas na avaliação de enfermagem.</p> <p>Reflete criticamente sobre o impacto da ética pessoal nos cuidados de enfermagem.</p> <p>Analisa a origem e etnia da pessoa/doente sem preconceitos ou enviesamento.</p> <p>Faz a autoavaliação cultural.</p>

3ª COMPETÊNCIA-CHAVE – ENCONTRO CULTURAL Tipo de Competência - COMPETÊNCIA CULTURAL INDIVIDUAL		
DIMENSÕES DA COMPETÊNCIA		
ATITUDES	CONHECIMENTO COGNITIVO	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS; DIMENSÃO PRÁTICA; DIMENSÃO INSTRUMENTAL
<p>Abertura para a utilização de outros sistemas de crenças de saúde.</p> <p>Valorização das diversas perspectivas e conceitos culturais de saúde e bem-estar.</p> <p>Respeito pelas crenças e valores das pessoas em diferentes contextos multiculturais.</p> <p>Respeito pelo doente, família, comunidade e equipa multi- ou interdisciplinar, independentemente das diferenças</p>	<p>Conhece os contextos culturais e históricos;</p> <p>Compreende o conceito de cultura;</p> <p>Conhece a importância da cultura nas escolhas e comportamentos de saúde.</p>	<p>Privilegia os fatores sociais e culturais que determinam a saúde aquando da elaboração e prestação de cuidados de enfermagem em contextos variados;</p> <p>Emprega técnicas de compreensão culturalmente sensíveis aquando da avaliação de enfermagem;</p> <p>Pratica uma escuta ativa durante a prestação de cuidados de enfermagem para compreender as crenças e valores do doente/utente em contextos multiculturais diferentes;</p> <p>Educa, promove e apoia a saúde e o bem-estar segundo uma perspectiva intercultural.</p>
4ª COMPETÊNCIA-CHAVE – CONHECIMENTO CULTURAL Tipo de Competência - COMPETÊNCIA CULTURAL INDIVIDUAL		
DIMENSÕES DA COMPETÊNCIA		
ATITUDES	CONHECIMENTO COGNITIVO	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS; DIMENSÃO PRÁTICA; DIMENSÃO INSTRUMENTAL
<p>Interesse em adquirir informação fiável sobre migrantes, refugiados, e diversos grupos culturais minoritários.</p>	<p>Identifica as questões psicossociais e culturais com impacto profundo nos comportamentos de saúde e bem-estar das pessoas em sociedades multiculturais.</p>	<p>Oferece cuidados adequados e centrados na pessoa a doentes culturalmente diversos, considerando os fatores culturais dos doentes e o seu conceito de saúde/doença.</p>

<p>Curiosidade por compreender diferentes sistemas de saúde, crenças e valores.</p>	<p>Conhece os sistemas de valores, crenças e práticas dos doentes determinantes da saúde e doença e o impacto destes nos cuidados e prática de enfermagem.</p> <p>Define com precisão os conceitos de cultura, racismo, estereótipos.</p> <p>Compreende os comportamentos de interação baseados no contexto social e multicultural.</p> <p>Compreende a religião do doente e respetiva importância na vida diária.</p> <p>Distingue entre as diferentes práticas de cuidados nas diferentes culturas (entre elas próprias, umas das outras, e os cuidados profissionais esperados).</p>	<p>Considera a origem e a etnia da pessoa-doente durante a avaliação e cuidados de enfermagem;</p> <p>Oferece cuidados de enfermagem específicos a pelo menos duas comunidades/culturas diferentes na área em que vive.</p> <p>Caracteriza os conceitos-chave de pelo menos dois modelos teóricos culturais de enfermagem</p>
<p>5ª COMPETÊNCIA-CHAVE- COMUNICAÇÃO INTERCULTURAL Tipo de Competência - COMPETÊNCIA CULTURAL INDIVIDUAL</p>		
<p>DIMENSÕES DA COMPETÊNCIA</p>		
<p>ATITUDES</p>	<p>CONHECIMENTO COGNITIVO</p>	<p>COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS; DIMENSÃO PRÁTICA; DIMENSÃO INSTRUMENTAL</p>
<p>Respeito por outras formas ou estilos de comunicação.</p>	<p>Reconhece a diversidade linguística nos cuidados de saúde.</p> <p>Compreende as causas das dificuldades de comunicação ou da falta de competências linguísticas.</p>	<p>Garante uma comunicação intercultural eficaz em contextos clínicos e/ou comunitários com doentes com proficiência limitada na língua do país de acolhimento, baixa literacia em saúde, e/ou estilos de comunicação não-verbais.</p>

<p>Abertura para a utilização de outras línguas ou formas de comunicação durante a prestação de cuidados de saúde</p> <p>Respeito pelo direito dos doentes a receber informação sobre os seus processos de saúde apesar das dificuldades de comunicação.</p>	<p>Conhece estratégias eficazes de comunicação com pessoas, famílias e grupos sociais culturalmente diversos, permitindo-lhes expressar as suas preocupações e interesses.</p>	<p>Interage cara a cara com doentes/utentes culturalmente diversos em contextos de prestação de cuidados de saúde.</p>
<p>Reconhecimento do direito das pessoas de se expressarem em outras línguas se não tiverem conhecimento ou tiverem dificuldade em empregar a língua do país de acolhimento.</p>		<p>Emprega técnicas de empatia cultural em intervenções de avaliação de enfermagem.</p> <p>Respeita a confidencialidade apesar das dificuldades linguísticas ou de comunicação.</p>
<p>Empatia com pessoas de outras culturas.</p>		<p>Oferece cuidados de enfermagem culturalmente adequados a doentes com proficiência linguística limitada e baixa literacia de saúde.</p>
	<p>Conhece técnicas e princípios específicos de utilização de tradutores e mediadores interculturais.</p>	<p>Trabalha com tradutores, mediadores interculturais, e intérpretes em situações de cuidados a doentes.</p>

	<p>Compreende o significado do silêncio para diferentes culturas.</p> <p>Identifica formas de comunicação não-verbal nas interações com doentes de diferentes culturas.</p>	<p>Usa o silêncio e outras formas de comunicação não-verbal como forma de apoiar as interações com doentes em contextos culturalmente diversos.</p> <p>Assegura o direito do doente a receber informação sobre os processos de saúde apesar das dificuldades de comunicação.</p>
	<p>Identifica os estereótipos e preconceitos relacionados com as dificuldades de comunicação nos cuidados de saúde.</p>	<p>Evita os estereótipos relacionados com as dificuldades de comunicação dos doentes.</p>
		<p>Respeita os diferentes estilos de comunicação durante a avaliação e intervenção de enfermagem.</p> <p>Comunica eficazmente de modo a promover resultados de saúde nos doentes, famílias e comunidades.</p>
<p>6ª COMPETÊNCIA-CHAVE – LIDAR COM AMBIGUIDADE CULTURAL Tipo de Competência - COMPETÊNCIA CULTURAL INDIVIDUAL</p>		
<p>DIMENSÕES DA COMPETÊNCIA</p>		
<p>ATITUDES</p>	<p>CONHECIMENTO CULTURAL</p>	<p>COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS; DIMENSÃO PRÁTICA; DIMENSÃO INSTRUMENTAL</p>
<p>Tolerância transcultural</p>	<p>Compreende os comportamentos de interação complexos das pessoas com base no contexto social e multicultural;</p> <p>Compreende os contextos culturais dos cuidados de enfermagem.</p>	<p>Adapta-se rapidamente às circunstâncias mutáveis dos ambientes multiculturais sem comprometer a qualidade dos cuidados ao paciente</p>

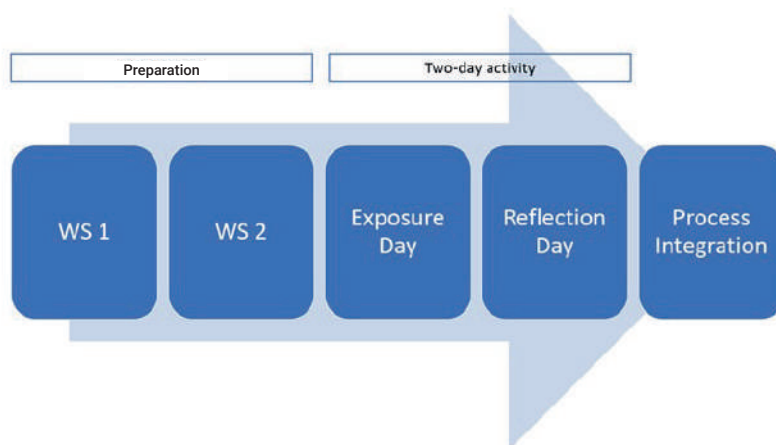
Compromisso com a mudança segundo uma perspectiva de crescimento	Identifica os pontos de incerteza nos cuidados de enfermagem a doentes multiculturais	
9ª COMPETÊNCIA-CHAVE – LIDERANÇA SOCIAL TRANSFORMATIVA Tipo de Competência - COMPETÊNCIA SOCIAL-CULTURAL		
DIMENSÕES DA COMPETÊNCIA		
ATITUDES	CONHECIMENTO COGNITIVO	COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS; DIMENSÃO PRÁTICA; DIMENSÃO INSTRUMENTAL
Motivação para contribuir para a transformação social	<p>Conhecimento das políticas sociais e de saúde.</p> <p>Conhecimento do sistema de saúde e dos seus serviços.</p> <p>Conhecimento dos recursos sócio-sanitários do contexto.</p> <p>Formas de participação na saúde</p>	Concentra-se na transformação pessoal e social que contribui para uma melhor liderança, gestão e relações interpessoais.

RESULTADOS DE APRENDIZAGEM ESPERADOS:

- Demonstra interesse em conhecer "o outro" e a sua cultura.
- Demonstra interesse e curiosidade em conhecer e compreender outras culturas.
- Respeita diferentes crenças e valores.
- Compreende, sem preconceitos, o comportamento de interação pessoal de acordo com o contexto social e multicultural.
- Deseja aprender a compreender as diferenças culturais.
- Reconhece a influência da própria cultura nos seus comportamentos.
- Reconhece a influência dos próprios preconceitos na prestação de cuidados a pessoas de outras culturas.
- Identifica os próprios preconceitos culturais, mitos, estereótipos e desinformação sobre imigrantes, refugiados e requerentes de asilo na Europa.
- Está consciente dos potenciais preconceitos enquanto enfermeira/o e do impacto inevitável dos estereótipos nos cuidados de enfermagem.
- Descreve possíveis formas de abordar o preconceito no contexto clínico e comunitário.
- Considera as opiniões dos utentes e dos profissionais de saúde aquando da tomada de decisões em equipa.

- Oferece cuidados de enfermagem adequados e congruentes aos utentes com base em fatores culturais.
- Questiona sobre a religião e a importância desta na vida do utente.
- Explora e respeita o contacto físico de acordo com a cultura do utente.
- Explora e respeita a orientação temporal de acordo com a cultura do utente.
- Descreve os problemas que os imigrantes, refugiados e requerentes de asilo enfrentam e identifica as questões psicológicas, sociais e culturais com impacto profundo nos comportamentos de saúde e bem-estar das pessoas em transições multiculturais.
- Respeita a confidencialidade apesar das dificuldades linguísticas ou de comunicação.
- Reconhece o direito de as pessoas se expressarem em outras línguas se não souberem ou tiverem dificuldade em empregar a língua do país de acolhimento.
- Respeita formas ou estilos de comunicação culturalmente diversos.
- Interpreta e respeita os silêncios.
- Interpreta e respeita o estilo de conversação (direto, indireto, ou “através de histórias”).
- Recorre a tradutores e mediadores interculturais na comunicação intercultural.
- Consegue abstrair-se da própria cultura de referência e aceder à narrativa/experiência subjetiva do “outro”.
- Compreende o discurso de pessoas com sotaque forte.
- Transmite informação de forma clara a pessoas que possam ter problemas em compreender e usar a língua do país de acolhimento.
- Está consciente dos potenciais mal-entendidos decorrentes da interação entre diferentes culturas
- Revela capacidades de coordenação e negociação.

REALIZAÇÃO DA ATIVIDADE:



Preparação

Workshop 1 (WS 1):

- Contexto e objetivos
- O ciclo de aprendizagem experiencial de Kolb como ferramenta de aprendizagem.
- Método RULER: como lidar com as emoções.
- Cuidados e presença promotores da dignidade.
- Discussão entre pares sobre subculturas com as quais é difícil estabelecer contacto, a necessidade de melhorar esta questão e a competência de desenvolvimento pessoal que pode ser utilizada.
- Reflexão sobre “o perigo de uma história única,” <https://youtu.be/D9lhs241zeg>
- Discussão em aula sobre multiculturalismo e a diversidade baseada nos conceitos teóricos éticos de proximidade, esperança, espera, silêncio, não-conhecimento e a *pequena bondade*.

- Tarefa de explicação: documentário 'For Sama' ou 'Beautiful boy' de Felix Groeningen como exposição => reflexão selecionando dois conceitos teóricos apreendidos no Workshop 1.

Workshop 2 (WS 2):

- Referencial da diversidade
- Sensibilidade cultural e pluralismo ativo
- Super-diversidade - aumento da diversidade na diversidade - normalização da diversidade
- Competência cultural: conhecimento - competências - Encontros, atitude, desejo - consciência
- Comunicação Intercultural: "TOPOI-model"
- Dicas de linguagem – formas de conduta

Atividade de 1 ou 2 dias

Os estudantes são imersos num contexto novo onde estabelecem contacto com pessoas em situação vulnerável. Trata-se de um confronto com a diversidade e o multiculturalismo a partir de uma perspetiva alargada.

Contextos:

- Enfermagem de rua (street nursing)
- Centro de acolhimento: os estudantes são recebidos como requerentes de asilo por requerentes de asilo e vivem no centro como requerentes de asilo durante 1,5 dias. Os estudantes tomam contacto com os requerentes de asilo enquanto pessoas.
- Instalações para pessoas sem abrigo
- Instalações para pessoas com problemas de saúde mental e outras necessidades complexas

Dia de reflexão

Troca de experiências através de *videobooth*, reflexão que conduz a uma abordagem ética sobre o acompanhamento clínico de enfermagem.

Integração de processos

Descrever objetivos pessoais.

MATERIAIS:

- Grupo de 10-12 estudantes
- Um professor
- Sala de aula com mobiliário e material audiovisual (computador portátil, projetor, WiFi)
- Apresentação PowerPoint (em anexo)
- Quadro branco e marcadores
- Exposição ao contexto externo

AVALIAÇÃO:

- Tarefa de reflexão
- Envolvimento, coragem e ousadia durante a atividade
- Videoconferência e reflexão a partir das seguintes perguntas:

O que sentes quando recordas a experiência?

Que momentos consideraste esclarecedores durante os contactos?

Quando é que te sentiste conectado ao outro enquanto ser humano? O que causou isso? Como descreves esse sentimento?

De que forma é que o outro e tu reconheceram as vossas capacidades?

Descobriste alguma vulnerabilidade no outro ou em ti? Consegues descrevê-las e como é que isso te faz sentir?

O que aprendeste enquanto ser humano? O que levas contigo?

O que aprendeste enquanto profissional? O que levas contigo?

O que te impressionou mais?

O que gostavas que fosse feito de forma diferente? Há algo que gostarias de ter feito de modo diferente?

Houve alguma situação que te tenha suscitado sentimentos contraditórios?

A experiência da exposição alargou a tua perspetiva sobre a diversidade? De que forma?

Durante a reflexão, o professor incentiva os estudantes a estabelecerem a ligação entre as suas experiências e conceitos éticos e multiculturais.

Recursos: O método pode ser aplicado em todos os contextos onde haja vulnerabilidade e diversidade, por exemplo abrigos, centros de acolhimento para menores não acompanhados, etc.

ESTUDO PILOTO Universidade de Castilla La Mancha

TÍTULO:

COMPETÊNCIA CULTURAL EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM: COMUNICAÇÃO INTERCULTURAL.

OBJETIVO ESPECÍFICO:

A dramatização (*role-play*) possibilita aos estudantes identificar as competências-chave que lhes permitem distinguir se os cuidados são ou não culturalmente competentes.

COMPETÊNCIAS CULTURAIS, DIMENSÕES E RESULTADOS DA APRENDIZAGEM

1 - ABERTURA AOS OUTROS

DIMENSÕES

ATITUDES:

Empatia com pessoas de outras culturas; interesse em conhecer “o outro”; respeito por diversas formas culturais de compreender a saúde e a doença.

CONHECIMENTO:

Compreende o conceito de sensibilização cultural nos cuidados de saúde.

COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS; DIMENSÃO PRÁTICA:

Integra outras formas de compreensão da saúde e da doença na avaliação, diagnóstico e prestação de cuidados de enfermagem; utiliza técnicas de empatia cultural na avaliação dos cuidados de enfermagem.

ALGUNS RESULTADOS DE APRENDIZAGEM ESPERADOS

Demonstra interesse em conhecer “o outro” e a sua cultura; respeita crenças e valores diferentes; demonstra empatia, curiosidade e vontade de aprender e de conhecer pessoas e utentes de outras culturas; compreende sem preconceitos comportamentos de interação pessoal de acordo com o contexto social e multicultural.

2 - COMUNICAÇÃO INTERCULTURAL

DIMENSÕES

ATITUDES:

Respeito por outras formas ou estilos de comunicação; respeito pelo direito do utente a receber informação sobre os seus processos de saúde apesar de dificuldades de comunicação; Empatia com pessoas de outras culturas

CONHECIMENTO:

Reconhece a diversidade linguística nos cuidados de saúde; conhece estratégias de comunicação eficaz com pessoas, famílias e grupos sociais culturalmente diversos, permitindo-lhes expressar as suas preocupações e interesses; conhece técnicas e princípios específicos do recurso a tradutores e mediadores interculturais; compreende o significado do silêncio em diferentes culturas; identifica formas de linguagem não verbal nas interações com utentes de diferentes culturas.

COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS; DIMENSÃO PRÁTICA:

Está presente em contextos de cuidados de saúde com utentes culturalmente diversos; Utiliza técnicas de empatia cultural em intervenções de avaliação de enfermagem; Respeita a confidencialidade apesar de as dificuldades linguísticas ou de comunicação; Presta cuidados de enfermagem culturalmente congruentes a pacientes com competências linguísticas limitadas e baixa literacia em saúde; Trabalha com tradutores, mediadores interculturais e intérpretes em situações reais de cuidados a utentes; Assegura o direito do utente de receber informação sobre os seus processos de saúde apesar das dificuldades de comunicação; Evita estereótipos no contexto das dificuldades de comunicação do utente; Respeita os diferentes estilos de comunicação durante a avaliação e intervenções de enfermagem; Comunica eficazmente para promover resultados de saúde nos utentes, famílias e comunidades.

RESULTADOS DE APRENDIZAGEM ESPERADOS

- Respeita a confidencialidade apesar de as dificuldades linguísticas ou de comunicação; tenta garantir o direito do utente de receber informação sobre os seus processos de saúde apesar de as dificuldades de comunicação; Reconhece o direito das pessoas de se expressarem em outras línguas se não tiverem conhecimento ou tiverem dificuldade em utilizar a língua do país de acolhimento; Respeita formas ou estilos de comunicação culturalmente diversos; Considera as causas das dificuldades de comunicação ou falta de conhecimento da língua; Explora as características do estilo de comunicação não-verbal da pessoa-doente; Explora o estilo, pausas e velocidade da conversa de acordo com a cultura; Interpreta e respeita os silêncios; Interpreta e respeita o estilo de conversação (direta, indireta ou "através de histórias"); Trabalha com tradutores, mediadores interculturais, e intérpretes em situações reais de cuidados a doentes.

3. ENCONTRO CULTURAL

DIMENSÕES

ATITUDES:

Valoriza diversas perspetivas e conceitos culturais de saúde e bem-estar; respeita as crenças e valores das pessoas em diferentes contextos multiculturais; respeita o utente, a família, a comunidade e a equipa multi- ou interdisciplinar independentemente das diferenças.

CONHECIMENTO:

Compreende o conceito de cultura; conhece a importância da cultura nas escolhas e comportamentos de saúde.

COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS; DIMENSÃO PRÁTICA:

Prática escuta ativa nos cuidados de enfermagem para compreender as crenças e valores do utente em diferentes contextos multiculturais; educa, facilita, e apoia a saúde e o bem-estar segundo uma perspetiva intercultural.

RESULTADOS DE APRENDIZAGEM ESPERADOS

Considera as opiniões dos utentes e profissionais aquando da tomada de decisões em equipa; Considera os aspetos sociais e culturais nas prescrições por enfermeiros; Oferece cuidados de enfermagem adequados e congruentes aos utentes com base em fatores culturais; Educa, facilita e apoia a saúde e o bem-estar segundo uma perspetiva intercultural.

REALIZAÇÃO DA ATIVIDADE:

1º Parte: Sessão teórico-prática:

Será utilizado material audiovisual na sala de aula, combinando a apresentação teórica dos conteúdos com experiências de boas práticas em cuidados de saúde interculturais. Os estudantes serão incentivados a participar através de várias perguntas e reflexões partilhadas na sala de aula e orientadas e monitorizadas pelos professores.

2º Parte: Dramatização:

Será utilizada uma dinâmica estruturada de dramatização (*role-play*), na qual os estudantes desempenham diferentes papéis. O perfil e o discurso de cada papel são explicados durante a dramatização. Antes de iniciar a dramatização, os estudantes participantes serão convidados a assinar um formulário de consentimento informado.

O cenário simula uma consulta de enfermagem pediátrica num Centro de Saúde (Cuidados Primários) na cidade de Toledo, com uma mãe e uma avó, imigrantes da Mauritània, e uma criança que vem realizar um check-up no âmbito do Programa de Saúde Infantil, um programa incluído no Portfólio de Serviços de Cuidados Primários. O foco da consulta será o cuidado do coto do cordão umbilical e a alimentação. O guião de dramatização é desenvolvido com base nas competências que se pretendem trabalhar com os estudantes.

A dramatização é dividida em duas situações: Situação 1 e Situação 2 (30 min. no total), nas quais são representadas duas formas diferentes de abordar os cuidados de enfermagem num encontro de cuidados onde existem valores, crenças e expectativas diferentes sobre os cuidados infantis entre a enfermeira e a mãe e a avó da criança.



Situação 1. Encontro de cuidados de saúde numa clínica pediátrica de cuidados primários. Enfermeira sem competência cultural em saúde. 14 de maio de 2021.



Situação 2. Encontro de cuidados de saúde numa clínica pediátrica de cuidados primários. Enfermeira com competência cultural em saúde. 13 de maio de 2021.

Durante a dramatização, cada estudante terá de desempenhar o papel que lhe foi atribuído no guião (mãe ou avó). Após a interpretação de cada uma destas situações, os restantes estudantes, com perfil de observação participante, dão as suas opiniões sobre as competências selecionadas através das *checklists* Formulário de Competências de Comunicação Intercultural e de Pensamento Crítico Cultural (10 min. após cada uma das duas situações. 20 min. no total) e que servirá para avaliar a aquisição de competências culturais pelos estudantes participantes.

3ª Parte: Reflexão em plenário

Finalmente, haverá um espaço de reflexão e partilha com todos os estudantes (50 min.) orientado pelos professores, com base em várias questões abertas. Os sentimentos dos estudantes /atores são explorados através de perguntas sobre a sua experiência e pedindo-lhes que permaneçam no papel quando respondem (mãe, avó, enfermeira, mediadora intercultural e coordenadora de enfermagem). Seguidamente, os estudantes /atores abandonam a representação e a discussão e reflexão são retomadas com estes já incorporados com o resto dos colegas.



Imagem de reflexão e debate. 13 de maio de 2021.

A atividade termina com uma breve conclusão, na qual os professores, com base nos contributos mais relevantes dos estudantes, contextualizam os elementos teóricos e metodológicos da atividade.

MATERIAIS:

Serão utilizados:

- Apresentação para a aula
- O guião de dramatização (role-play script).
- Duas *checklists* (Formulário de Competências de Comunicação Intercultural e de Pensamento Crítico Cultural), uma para a situação 1 e outra para a situação 2.
- Material para a cenografia e caracterização dos estudantes/atores.

AVALIAÇÃO:

A avaliação será feita através da administração da Escala de Medição da Competência Cultural dos Trabalhadores na Saúde (EMCC-14), validada por Pedrero et al. (2020). A escala inclui 14 itens agrupados em três dimensões: sensibilidade aos próprios preconceitos, conhecimentos culturais e competências para trabalhar em ambientes culturalmente diversos. A escala será administrada antes de se iniciar a experiência piloto (antes da teoria) e após a dramatização.

As respostas às *checklists* (Formulário de Competências de Comunicação Intercultural e de Pensamento Crítico Cultural) serão também analisadas.

Recursos:

Vídeos de introdução teórica:

- The migratory movements: <https://www.youtube.com/watch?v=fknIBqJI5g>
- #PersonasQueSeMueven
- Pilar Baraza. Migrant women without rights face even more serious problems. <https://www.youtube.com/watch?v=c2BI5h11k38>
- Manifestations of diversity: https://www.youtube.com/watch?v=10TcXyEhr_o
- Health and immigration: Pilar Baraza. Our centres are intercultural meeting points and people don't always like that. <https://www.youtube.com/watch?v=QYhXNG7UxhY>
- BlancadeGispert. Lack of training for social and health professionals. https://www.youtube.com/watch?v=E_TUkudHfp0&list=PLRqkJ0JZzCun7bArMcXPHbLbIKbdSR1Re&index=4&t=10s

ESTUDOS PILOTO Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Piloto 1

TÍTULO: "WORKSHOP DE CONSCIÊNCIA CULTURAL"
OBJETIVO ESPECÍFICO: O objetivo desta atividade é desenvolver a consciência dos estudantes de enfermagem sobre como a sua visão do mundo e os seus preconceitos culturais podem impactar a qualidade da prestação de cuidados de enfermagem.
COMPETÊNCIAS CULTURAIS: Competências-chave individuais: CONSCIÊNCIA CULTURAL / ABERTURA AOS OUTROS
DIMENSÕES: ATITUDES: Abordagem reflexiva crítica; Vontade de aprender e refletir sobre os próprios preconceitos e perceções erradas; CONHECIMENTO: Compreende os próprios conceitos de etnocentrismo, racismo, xenofobia, estereótipo, estigma, racismo, discriminação, opressão e privilégio. Tem consciência das próprias atitudes/preconceitos em relação a diferentes culturas e de como os superar; COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS, DIMENSÃO PRÁTICA: Reflete criticamente sobre os conceitos de etnocentrismo e estereótipo e o seu impacto nos cuidados de enfermagem; Reconhece e desafia a discriminação e o racismo na prática da enfermagem e a nível pessoal; Identifica os próprios preconceitos e mitos culturais sobre imigrantes, refugiados, requerentes de asilo, e grupos culturais minoritários; Realiza a autoavaliação cultural.
RESULTADOS DE APRENDIZAGEM ESPERADOS:: Espera-se que os estudantes desenvolvam a sua autoconsciência cultural, através de exercícios de autoexame e exploração profunda da sua identidade cultural e do seu contexto. Este processo envolve também o reconhecimento dos próprios preconceitos, enviesamentos, racismo, estereótipos e pressupostos sobre indivíduos que são diferentes. <ul style="list-style-type: none">• Deseja aprender a compreender as diferenças culturais.• Reconhece a influência da própria cultura nos seus comportamentos.• Reconhece a influência dos próprios preconceitos na prestação de cuidados a pessoas de outras culturas.• Identifica os próprios preconceitos culturais, mitos, estereótipos e desinformação sobre imigrantes, refugiados e requerentes de asilo na Europa.• Está consciente dos potenciais preconceitos enquanto enfermeira/o e do impacto inevitável dos estereótipos nos cuidados de enfermagem• Descreve potenciais formas de abordar o preconceito no contexto clínico e comunitário
REALIZAÇÃO DA ATIVIDADE: A - ATIVIDADE NA SALA DE AULA 1. Palestra: Referencial teórico sobre competência cultural em enfermagem (curta-metragem e apresentação de PowerPoint). <ul style="list-style-type: none">• Conceito de Competência de Consciência Cultural• Conceito de estereótipo/discriminação/ racismo• Abertura aos outros. 2. Exercício: Passeio/Caminhada do Privilégio (privilege walk) (ATIVIDADE AO AR LIVRE) (adaptado de https://bit.ly/3o98cPH), seguido de trabalho de grupo e debriefing sobre os sentimentos dos estudantes após a atividade. 3. Discussão de grupo <ul style="list-style-type: none">• Trabalho de grupo: 4 grupos de 5 estudantes - análise de conceitos em pequenos grupos (pode ser realizada ao ar livre). 4. Debriefing - Análise e síntese de conceitos em grupo mais alargado.

B- ATIVIDADE NA SALA DE AULA

1. Exercício: Quem sou eu? Quem és tu? Quem somos nós? <https://documentcloud.adobe.com/link/review?uri=urn:aaid:scds:US:4096a682-93a8-40f0-a64d-1ce8746abe4a>, (<https://adobe.ly/30ffn0L>): os estudantes escrevem a sua história pessoal, em seguida são divididos em 5 grupos de 5 estudantes e partilham as suas histórias, debatendo quais são as semelhanças e diferenças entre os membros do grupo.

2. Trabalho de grupo:

- Quais são as semelhanças entre os elementos do grupo?
- O que os distingue?

3. Debriefing: reflexão sobre o impacto da diversidade na sociedade e nos cuidados de saúde; preconceito/estereótipo

4. Referencial teórico sobre consciência cultural na enfermagem (curta-metragem e apresentação em PowerPoint).

**MATERIAIS:****Atividade na sala de aula:**

- Sala de aula grande com cadeiras [uma para cada participante], cinco mesas, um quadro branco, e dois marcadores de cores diferentes. Computador/ 2 Apresentações PowerPoint /Ligação à internet/Curta-metragem.
- Materiais de escrita para cada grupo (bloco de notas e canetas/marcadores), NOTAS POST-IT;

Atividade ao ar livre:

- Espaço exterior amplo/Equipamento de projeção de som
- Materiais de escrita para cada grupo (bloco de notas e canetas/marcadores)

Os participantes devem trazer:

- Roupa confortável e adequada para a atividade física.
- Sapatos confortáveis (sapatilhas).
- Bloco ou caderno de notas.
- Lápis e borracha.

25 a 30 participantes

1 professor de enfermagem para cada exercício

AVALIAÇÃO:

- *Debriefing* curto - discussão em grupos de estudantes após cada exercício.
- Partilha em grupo - *Debriefing* final.
- Perguntas orientadoras:
 - Pensa sobre o que foi ensinado na sessão de hoje:
 - o O quê?... Indica um tópico que tenha sido relevante para ti.
 - o E então?... Qual é o impacto deste tópico na tua aprendizagem e prática clínica?
 - o E agora?... Como colocar em prática estes conhecimentos ou competências?

Mentimeter – www.menti.com – na nuvem (*cloud*).

Escrever uma palavra que caracterize o que aprenderam hoje.

Breve Questionário Final: Questionário de Enfermagem Transcultural ([Cross-Cultural Nursing Questionnaire - google.com](#))

RECURSOS:

- Duração: 1 dia - para formação em sala de aula.
- Documentos da lista de leitura sugerida /bibliografia.

Piloto 2**TÍTULO:**

"WORKSHOP DE CORPO E VOZ" - formação em comunicação intercultural

OBJETIVO ESPECÍFICO:

O objetivo desta atividade é desenvolver as competências dos participantes na transmissão e interpretação de mensagens não-verbais em contextos de comunicação multicultural.

COMPETÊNCIAS CULTURAIS:

Competências-chave individuais:
COMUNICAÇÃO INTERCULTURAL.

DIMENSÕES:

Respeito por outras formas ou estilos de comunicação/ Compreende as causas das dificuldades de comunicação; Abertura para a utilização de outras línguas ou formas de comunicação nos cuidados de saúde; Reconhecimento do direito das pessoas de se expressarem em outras línguas se não tiverem conhecimento ou tiverem dificuldade em utilizar a língua do país de acolhimento; Identifica formas de comunicação não-verbal nas interações com doentes de diferentes culturas; Usa o silêncio e outras formas de comunicação não-verbal para apoiar as interações com doentes em contextos culturalmente diversos.

RESULTADOS DE APRENDIZAGEM ESPERADOS:

Reflete sobre as causas das dificuldades de comunicação; Não utiliza estereótipos para avaliar as dificuldades de comunicação; Explora as características do estilo de comunicação não-verbal da pessoa-doente; Explora o estilo, pausas e velocidade da conversa de acordo com a cultura; Interpreta e respeita os silêncios; Interpreta e respeita o estilo de conversação (direta, indireta ou "através de histórias"); Consegue abstrair-se da própria cultura de referência e aceder à narrativa/experiência subjetiva do "outro".

REALIZAÇÃO DA ATIVIDADE:

Partindo de algumas perguntas de base, procura-se vivenciar o ato de comunicação como o uso consciente da imaginação através da aplicação de alguns pressupostos essenciais da arte da dramatização e da compreensão teatral de ação como uma linguagem estruturante do discurso corporal. Assim, pretende-se mobilizar estas estratégias para a aprendizagem experiencial dos estudantes de enfermagem.

Conteúdos principais

1. Prolegómenos do ato comunicacional

- Aqui e agora: Requisitos para uma comunicação presencial eficaz
- Uma estrutura elementar da experiência comunicacional: da Orientação Objetiva às estratégias discursivas
- A qualidade da experiência comunicacional
- Inibidores culturais, sociais e pessoais [Preconceito, Normalização e Mudança de Foco]

2. O corpo em diálogo

- Natureza e Cultura
- A ação como linguagem estruturante do discurso físico [corpo e voz]
- O corpo [meu e do Outro] como produtor e fonte de sinais
- A latência do sinal corporal
- As manifestações externas de interioridade

3. O profissional das áreas de contacto como Observador *in situ*

- Os instrumentos de Observação Ativa
- Estímulos externos e internos
- Autoconsciência
- Objeto, Foco, e Ponto Focal



MATERIAIS:

Sala de aula grande, apenas com cadeiras [uma para cada participante], cinco mesas, um quadro branco e dois marcadores [de cores diferentes]. Embora tenham sido concebidos para serem conduzidos pelos professores/formadores, os materiais permitem uma grande interação entre professores e estudantes. Como resultado, os participantes aprendem ativamente.

Os participantes devem trazer:

- roupa confortável e adequada para a atividade física,
- sapatos confortáveis (sapatilhas),
- um bloco ou caderno de notas,
- lápis e borracha

25 a 30 participantes

Profesorado de Enfermería / 2 actores/actrices profesionales.

AVALIAÇÃO:

Debriefing curto - discussão em grupos de estudantes após cada exercício.

RECURSOS:

Duração: 1 dia - para formação em sala de aula.

Documentos da lista de leitura sugerida /bibliografia.





5.

CENÁRIOS DE SIMULAÇÃO INTERATIVA: EXEMPLOS DE PRÁTICAS PEDAGÓGICAS INOVADORAS

Flore Geukens, Ellen Westhof, Paulien Kriekemans, Sylvianne Vroonen & Kristel Liesenborghs

A.- CENÁRIO MCCare 1 "ANGELO"

Simulação MulticulturalCare – UC Limburg

1.- Cenário e *briefing* dos estudantes

Enquadramento

O Sr. Ângelo tem 62 anos, é casado e tem três filhos. É mineiro reformado. A sua mulher sempre foi doméstica e cuidou dos filhos. Ela só fala italiano. O Sr. Angelo estudou até aos 12 anos, mas fala bem inglês. Só sente dificuldades quando as pessoas falam demasiado depressa ou usam palavras difíceis.

O Sr. Ângelo foi hospitalizado num hospital belga na terça-feira para fazer uma ressecção trans-uretral vesical (RTU-V) planeada. Há muito tempo que tem sangue na urina e vontade de urinar frequentemente. Também sente dores ao urinar. Durante uma cistoscopia, foram-lhe identificados pólipos vesicais e o médico decidiu realizar uma RTU-V. Durante o procedimento, os pólipos vesicais foram removidos e o tecido foi enviado para o laboratório para exame anatomopatológico.

Cenário

O Sr. Angelo pediu para ficar num quarto individual. A/O enfermeira/o perguntou-lhe se queria assinar um formulário para o efeito uma vez que envolveria custos adicionais. O Sr. Angelo ficou surpreendido com a situação e pediu uma explicação.



A/O enfermeira/o-chefe solicita que expliquem ao Sr. Angelo para que servem os formulários que ele tem de assinar para ficar num quarto individual.

2.- Briefing simulants

É importante representar o doente como alguém pouco qualificado e semianalfabeto, com dificuldades em compreender a informação e palavras “difíceis”. O doente também não consegue procurar informação na Internet ou ler e compreender corretamente a informação nos folhetos. Não é capaz de processar muita informação de uma só vez.

O doente não consegue ainda compreender a diferença de preço entre um quarto individual e um quarto duplo e por que razão os médicos cobram mais por um quarto individual. Como não tem um seguro que suporte as despesas relativas a um quarto individual, não vai assinar o formulário.

Além disso, está preocupado com a amostra de tecido que foi enviada para o laboratório para exame anatomopatológico.

3.- Fim do cenário

Quando é que o cenário termina?

O cenário termina quando o Sr. Angelo compreende para que serve o formulário e por que razão a amostra de tecido foi enviada para análise.

Cenário *Life Savers*?

4.- Configuração do simulador

Pressão arterial: 130/80

Frequência cardíaca: 65/min

Frequência Respiratória: 6/min

5.- Materiais necessários para a simulação

NaCl 0,9%

6.- Princípios do modelo MCC incluídos neste cenário

Abordagem Baseada nos Direitos Humanos (HRBA)

Abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde

Mentalidade ética e moral

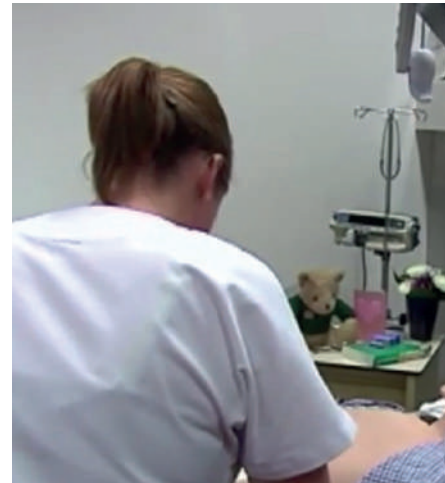
B.- CENÁRIO MCCare2 "ELIZABETH"

Simulação MulticulturalCare – UC Limburg

1.- Cenário e *briefing* dos estudantes

Enquadramento

A Sra. Elizabeth tem 72 anos e ascendência congoleza. É viúva e mãe de 5 filhos. Vive em Bruxelas desde 1980 com três filhos. Os dois filhos mais velhos ainda vivem no Congo. Os três filhos que vivem em Bruxelas são casados e vivem cada um em sua casa. A Sra. Elizabeth tem sido sempre uma mulher muito forte e independente. Recentemente sentiu um caroço no peito. O seu médico de família prescreveu-lhe uma ecografia, através da qual lhe foi diagnosticado um cancro da mama. Na semana passada, a mama afetada foi completamente removida através de uma cirurgia.



Cenário

Hoje, uma semana após a cirurgia, a Sra. Elizabeth iniciou a radioterapia. Tu és a/o enfermeira/o responsável pelo acolhimento dos novos doentes e vais simular a radioterapia. A Sra. Elizabeth aparece com a sua filha, a Sra. Marie-Ange. Quando lhes pedes que te acompanhem até à sala para explicares e simulares a radioterapia, a Sra. Marie-Ange agarra-te pelo braço.

2.- *Briefing*: doente na cama (manequim de simulação) e filha ao lado da cama (ator)

A Sra. Marie-Ange está preocupada com a radioterapia a que a sua mãe vai ser submetida. Considera que a cirurgia a que a mãe foi sujeita já foi suficientemente invasiva e que a sua mãe pode ser curada de forma natural. Ela traz ampolas com suplementos extraídos de plantas. Segundo ela, a mãe tem sido saudável toda a sua vida graças a estes suplementos naturais, e a radioterapia é perigosa. A Sra. Marie-Ange não compreende o objetivo da radioterapia e quer acompanhar a sua mãe na sala de tratamentos, para lhe dar apoio. Além disso, Marie-Ange está grávida e a Sra. Elizabeth, sua mãe, quer estar com a filha e dar-lhe apoio nesta fase da sua vida.

A Sra. Marie-Ange também quer que a mãe saia do hospital o mais depressa possível e regresse ao seu próprio ambiente.

3.- Fim do cenário

Quando é que o cenário termina?

Quando a/o enfermeira/o tiver conseguido convencer a filha de que a mãe tem de iniciar a radioterapia.

Cenário *Life Savers* ?

4.- Configuração do simulador

Pressão Arterial: 120/80

Frequência Cardíaca: 70/min

Frequência Respiratória: 8/min

5.- Materiais necessários para a simulação

Simuladores de alta fidelidade

6.- Princípios do modelo MCC incluídos neste cenário

Abordagem Baseada nos Direitos Humanos (HRBA)

Abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde

Mentalidade ética e moral

C.- CENÁRIO MCC 3 "NATALYA"

Simulação MulticulturalCare – UC Limburg

1.- Cenário e *briefing* dos estudantes

Enquadramento

Natalya é uma talentosa bailarina de 24 anos oriunda da Ucrânia. O seu treinador belga convidou-a, e à sua irmã Daria, de 17 anos, para viverem com ele e a sua família na Bélgica. Sentindo-se inseguras no seu país devido à guerra, as jovens decidiram aceitar a oferta. Estão na Bélgica há quatro semanas. Natalya fala um pouco de inglês e algumas palavras de neerlandês. Daria fala apenas ucraniano.

Cenário

Desde que chegou à Bélgica, Natalya treina várias horas por dia. Fazer o que ela mais ama na vida ajuda-a a curar a mágoa de ter deixado o seu país e a sua família ucraniana. No entanto, ontem magoou-se no treino. Uma ecografia ao joelho revelou a rutura total do menisco. Hoje, ela está no hospital de dia para a cirurgia ao menisco. O treinador teve de ir a uma conferência nos Países Baixos e não a pode acompanhar ao hospital. A irmã Daria está com ela.

Natalya saiu da cirurgia há 4 horas e o cirurgião dá-te indicações para que a informes sobre os cuidados a ter e lhe entregues a alta. Ela tomou um analgésico há 1 hora e o cateter intravenoso foi removido depois da administração do analgésico.

2.- *Briefing*

Natalya sente dores na barriga devido à retenção de urina durante a anestesia (mas a/o enfermeira/o tem de descobrir isto, não pode ter esta informação antes de iniciar a simulação). Devido às dificuldades de comunicação, a Natalya não aponta a área específica onde sente dor. Assim, a/os enfermeira/os precisam de fazer muitas perguntas antes de conseguirem identificar o local. Quando lhe dizem que tem demasiada urina na bexiga e que a têm de algaliar, ela não sabe o que isso significa. Natalya está muito assustada com o que vai acontecer. Faz muitas perguntas sobre o procedimento e não quer que ninguém lhe toque antes de saber todas as respostas.

Ela tem muito medo de não poder voltar a dançar e que ela e Daria sejam mandadas para o seu país de origem. Durante todo o tempo, Daria só diz que não quer voltar para casa e que está muito assustada.

3.- **Fim do cenário**

Quando é que o cenário termina?

Quando os estudantes descobrirem que ela ainda não urinou e fizerem a algaliação da doente. Eles devem explicar o que vão fazer e como.

Devem, também, prestar atenção ao medo das jovens de terem de voltar para o seu país.

Cenário *Life Savers*?

Se os estudantes não descobrirem qual é o problema, então Natalya diz à/ao enfermeira/o: "chichi não".

Se os estudantes souberem imediatamente o que fazer, então Natalya pergunta sobre a sua carreira como bailarina e diz que tem medo de não poder dançar mais e que ela e a sua irmã tenham de voltar para o seu país.

4.- **Configuração do simulador**

Manequim de simulação e irmã (ator).

Pressão Arterial: 11/6

Frequência Cardíaca: 45/m

Frequência Respiratória: 8/m

5.- **Materiais necessários para a simulação**

Kit de algaliação/cateterização vesical

Ecógrafo para realização de ecografia vesical

6.- Princípios do modelo MCC incluídos neste cenário

Abordagem Baseada nos Direitos Humanos (HRBA)

Abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde

Mentalidade ética e moral

D.- CENÁRIO MCC 4 "ADO"

Simulação MulticulturalCare – UC Limburg

1.- Cenário e *briefing* dos estudantes

Enquadramento

O Sr. Ado tem 42 anos e nasceu no Gana. Devido à crise económica no seu país, fugiu há dois anos para a Bélgica com a sua mulher e quatro filhos. O Sr. Ado não pode trabalhar legalmente na Bélgica porque ainda não concluíram o processo administrativo de obtenção de asilo. O Sr. Ado trabalha ilegalmente na construção civil para sustentar a família. Ele fala inglês.

Cenário

Há três semanas, o Sr. Ado caiu de um telhado enquanto o estava a arranjar. A sua mulher chamou uma ambulância que o levou para um hospital próximo, onde foi submetido a várias intervenções cirúrgicas nas costas e no pescoço. O Sr. Ado fez um traumatismo vertebro-medular e não se consegue mover. O cirurgião informou o Sr. Ado e a sua mulher de que havia poucas ou nenhuma hipóteses de recuperação e aconselhou-o a fazer terapia de reabilitação. Tu (o/a enfermeiro(a)) precisas de lhe prestar os cuidados matinais, mas a mulher do Sr. Ado está sempre ao pé dele. Ela quer cuidar bem dele e já lhe prestou os cuidados de higiene. Precisas de avaliar os parâmetros vitais.

2.- *Briefing*

O que realmente aconteceu:

O Sr. Ado estava a trabalhar ilegalmente numa obra de construção quando teve de desempenhar uma tarefa perigosa no telhado de um edifício de apartamentos sem qualquer material de segurança. Devido às condições meteorológicas adversas, ele caiu do telhado. O patrão do Sr. Ado não chamou nenhuma ambulância porque teve medo que chamassem a polícia, uma vez que o Sr. Ado não tinha contrato de trabalho legal. O patrão decidiu levá-lo

para casa no seu carro, ainda que ele estivesse com bastantes dores. Quando chegaram a casa, a mulher do Sr. Ado percebeu que ele se encontrava num estado grave e chamou uma ambulância para socorrer o marido. O patrão ficou muito zangado e ordenou-lhes que não falassem do acidente. Se eles falassem com alguém, o patrão chamaria a polícia e diria que o Sr. Ado trabalhava ilegalmente na Bélgica. Isto faria com que fossem deportados para o Gana.

Agora, o Sr. Ado e a mulher têm muito medo que alguém descubra que ele trabalhava ilegalmente. A mulher quer contar à/aos enfermeira/os o que realmente aconteceu, mas o Sr. Ado não quer, porque tem medo que a sua família seja deportada. Também têm medo de não poderem pagar as contas do hospital e não fazem ideia de como vão pagar a terapia de reabilitação. Além disso, o Sr. Ado ainda não compreendeu que talvez não consiga recuperar do acidente.

3.- Fim do cenário

Quando é que o cenário termina?

Quando os estudantes descobrirem o que realmente aconteceu ao Sr. Ado.

Cenário *Life Savers*?

O Sr. Ado pede à mulher para não dizer nada: "chiu... não digas".

O patrão telefona para lhes "dar" dinheiro se eles não falarem.

4.- Configuração do simulador

Manequim de simulação e esposa (ator).

Tensão arterial: 100/60

Frequência Cardíaca: 98/m

Frequência Respiratória: 17/m

5.- Materiais necessários para a simulação

Telemóvel da mulher do Sr. Ado.

6.- Princípios do modelo MCC incluídos neste cenário

Abordagem Baseada nos Direitos Humanos (HRBA)

Abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde

Mentalidade ética e moral





MATERIAIS DE APOIO

Aliete Cunha-Oliveira, Ana Paula Monteiro, Brígida Molina-Gallego, María Idoia Ugarte Gurrutxaga, Ellen Westhof & Ana Paula Camarneiro

O recurso a materiais audiovisuais pode ser útil em contextos educativos. Assim, apresentamos alguns materiais audiovisuais que podem ser utilizados no ensino de competências multiculturais.

- Chimamanda Ngozi Adichie: The danger of a single story | TED:
 - o Palestra TED de Chimamanda Adichie em que a escritora aborda a forma limitada como as pessoas tendem a pensar sobre outras pessoas ou culturas, demonstrando a relevância de compreender que cada história tem mais do que um lado e que as pessoas não correspondem a estereótipos.
 - o Competência(s)-chave: Consciência Cultural, Abertura aos Outros
 - o <https://www.youtube.com/watch?v=D9lhs241zeg>
- Trailer do filme “Beautiful Boy” (2018):
 - o Este filme de Felix Van Groeningen é baseado num livro que conta a história de um pai e do seu filho toxicodependente. O filme revela a dinâmica entre um jovem toxicodependente e o seu ambiente e mostra a importância do ambiente no bem-estar das pessoas e de manter uma atitude de abertura.
 - o Competência(s)-chave: Abertura aos Outros
 - o Trailer em inglês: https://www.youtube.com/watch?v=sgRq-J_MunA
- Documentário ‘For Sama’:
 - o Este documentário apresenta a história de Waad Al-Kateab, uma mulher jornalista na guerra da Síria, e de como ela se apaixona, casa, e começa uma família numa altura em que o conflito na região se torna cada vez mais intenso. Ela e o marido têm de decidir se querem fugir da região ou ficar para ajudar outras vítimas da guerra. Este documentário torna-se revelador no sentido em que mostra a dura realidade quotidiana de um conflito armado.
 - o Competência(s)-chave: Consciência Cultural
 - o https://en.wikipedia.org/wiki/For_Sama

- Trailer: <https://www.youtube.com/watch?v=vsvBqtg2RM0>
- Trailer: <https://www.youtube.com/watch?v=vsvBqtg2RM0>
- Zanzu:
 - Uma ferramenta que permite abordar questões de saúde sexual em 14 línguas com gravações áudio para quem não saiba ler.
 - www.zanzu.be
- “Saúde” é uma palavra diferente em cada língua, mas com o mesmo significado - Gabinete Regional da OMS para a Europa
 - <https://www.youtube.com/watch?v=j7st19Oo29M>
- Vídeo “The DNA journey”:
 - Os conceitos de “raça” ou “imigrante” são cada vez mais questionados. Para o provar, a empresa de viagens online Momondo publicou um vídeo viral na Internet.
 - O vídeo “The DNA Journey” (A Viagem do ADN) apresenta um grupo de pessoas de diferentes raças e nacionalidades que se voluntariaram para uma experiência. Embora convencidos da sua identidade, concordam em submeter-se a um teste de ADN para descobrir em que países se encontram as suas raízes.
 - <https://www.youtube.com/watch?v=fknilBqJI5g>
- VIDEOTECA #PersonasQueSeMueven (#PeopleThatMove) (em espanhol)
 - Campanha que visa divulgar a realidade dos migrantes e refugiados e dar visibilidade às adversidades que têm de ultrapassar ao longo do processo migratório.
 - <http://personasquesemueven.org/videoteca-es/>
- Curta-metragem “HYAB” (em espanhol com legendas em inglês):
 - A curta-metragem de Xavi Sala conta uma cena na vida de Fátima, uma rapariga espanhola de origem muçulmana que entra em confronto com o seu professor porque recusa retirar o seu véu islâmico.
 - <https://www.youtube.com/watch?v=HFaVukU3saw>
- Micro-aprendizaje: ¿Qué es el pensamiento crítico y cómo desarrollarlo?
 - Um vídeo explicativo do que é o pensamento crítico e de como o desenvolver.
 - <https://www.youtube.com/watch?v=92u6ibginyk>
- Curta-metragem de animação CG premiada “Migrants”
 - Curta-metragem de animação CG premiada que conta a história de dois ursos polares (mãe e cria) empurrados para o exílio devido ao aquecimento global. Os dois ursos polares encontrarão ursos castanhos ao longo da sua viagem com os quais tentarão coabitar

- <https://www.youtube.com/watch?v=ugPji8kMK8Q&t=3s>
- Mental health: BCIHub
 - A saúde mental, o tratamento, o acesso aos cuidados de saúde e a procura de ajuda estão intimamente ligados a fatores comportamentais e culturais. O conhecimento destes fatores é crucial para promover o conhecimento sobre a saúde mental e a prevenção, cuidados e tratamento de doenças mentais.
 - <https://bci-hub.org/focus-areas/mental-health>





7. CONCLUSÕES

Aliete Cunha-Oliveira, Ana Paula Monteiro, Brígida Molina-Gallego, María Idoia Ugarte Gurrutxaga, Ellen Westhof & Ana Paula Camarneiro

Num mundo de crescente mobilidade humana, voluntária ou forçada, muitos resultados de saúde são moldados pelas interações transnacionais entre prestadores e recetores de cuidados de saúde com nacionalidades e grupos culturais de pertença não coincidentes.

Por outro lado, os sistemas de saúde têm de ser resilientes e adaptar-se a ambientes culturais em constante mudança, enquanto enfrentam desafios significativos com recursos limitados.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2019) sublinha a importância de integrar socialmente os migrantes, refugiados e requerentes de asilo e de desenvolver as competências transculturais dos profissionais de saúde. O desenvolvimento destas competências deve constituir-se como um elemento central da educação profissional, formação, certificação e educação contínua, reforçando assim o papel da academia no desenvolvimento deste conhecimento e na sua tradução na prática.

Na União Europeia (UE), os enfermeiros são o maior grupo profissional em saúde. O seu âmbito de intervenção clínica, missão social e contacto privilegiado com os utentes são características-chave que demonstram a sua importância na prestação de cuidados a minorias e grupos vulneráveis. Muitos dos desafios enfrentados na prestação de cuidados de saúde a migrantes, refugiados e requerentes de asilo são relativamente novos ou ainda não estão incluídos nas ferramentas e estratégias existentes (OMS, 2018). Além disso, o número de currículos ou programas de formação de enfermeiros para trabalhar em contextos multiculturais é reduzido, em comparação com a necessidade de integrar socialmente os migrantes e refugiados na UE.

O **Projeto MulticulturalCare** alcançou o seu objetivo principal, ou seja, contribuir com uma proposta concreta para a educação em competências multiculturais de enfermeiros e profissionais de saúde europeus, como estratégia essencial para abordar as desigualdades na saúde, considerando a concretização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) das Nações Unidas na área da saúde, e com a produção dos IOs previamente definidos e agora divulgados neste *e-book*.

O Projeto encontra-se em desenvolvimento desde 3 de dezembro de 2020 e terminará em maio de 2023. Tem sido um processo longo e complexo, com várias fases interligadas e mutuamente sustentadas.

O primeiro *Intellectual Output* foi a criação do *Multiculturalcare Nursing Education Model* - Modelo para a Formação Multicultural de Enfermeiros. Este Modelo está ancorado nos conhecimentos adquiridos e pesquisas anteriormente conduzidas pela equipa multidisciplinar do Projeto, bem como na revisão sistemática da literatura, combinadas com os resultados da análise de entrevistas e *Focus Groups* realizados com peritos e migrantes residentes nos três países europeus envolvidos no Projeto.

O Modelo é baseado em práticas inovadoras de ensino a estudantes de enfermagem centradas no desenvolvimento de competências que possibilitem:

- A intervenção em contextos multiculturais, prestando cuidados de saúde a migrantes e refugiados;
- A formação de estudantes de enfermagem e figuras-chave relacionadas, tais como professores, profissionais de saúde, e mentores, sobre a implementação deste resultado do MulticulturalCare Project - Modelo para a Formação Multicultural de Enfermeiros.
- A implementação do Modelo para a Formação Multicultural de Enfermeiros nos currículos da licenciatura de enfermagem ;
- A promoção das competências empreendedoras dos estudantes de enfermagem, permitindo-lhes conceptualizar soluções inovadoras que enfrentem os desafios humanitários e implementar intervenções de saúde para refugiados e requerentes de asilo.

O presente e-book, o segundo IO do Projeto, foi desenvolvido com o objetivo de promover e divulgar estratégias pedagógicas inovadoras e cenários de simulação para a aquisição de competências multiculturais em Enfermagem na era digital. O Modelo proposto para a Educação de Enfermagem foi usado na sua preparação, como o ponto de partida de um processo de criação progressiva, através de experiências de ensino-aprendizagem, *Agile-Pilots*, e da construção e teste de cenários simulados com estudantes. Além disso, as competências-chave e as suas variáveis foram operacionalizadas e foram propostas metodologias didáticas para a aquisição de competências multiculturais.

As várias reuniões transnacionais e *Learning Teaching Training Activities* (LTTAs) incorporaram as experiências pedagógicas inovadoras contidas no e-book e foram utilizadas para a sua consolidação.

Este e-book pretende ser uma ferramenta dinâmica, flexível e acessível, disponibilizada online para professores e estudantes de enfermagem de diferentes universidades europeias, com o objetivo de desenvolver competências de trabalho com migrantes, refugiados e requerentes de asilo e promover o pensamento crítico e a tomada de decisões.

O e-book é um contributo para o estabelecimento de redes de colaboração entre instituições de ensino superior, instituições de saúde e instituições não governamentais, que apoiam a expansão e implementação de soluções inovadoras concebidas por estudantes de enfermagem. Também fomenta as condições para a continuidade do Projeto, divulgando o Modelo proposto através do envolvimento de estudantes, professores, profissionais de saúde e comunidades de outros países permitindo a futura a criação da uma Comunidade Transnacional MulticulturalCare.





8.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8.1. Referências Bibliográficas – Capítulo 1

- UNESCO (2021). Reimagining our futures together: a new social contract for education. *International Commission on the Futures of Education*. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000379707>.
- UNHCR (2021) – Climate change and disaster displacement. Available at <https://www.unhcr.org/climate-change-and-disasters.html>
- WHO (2020) – Mapping health systems' responsiveness to refugee and migrant health needs. Available at <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/346682/9789240030640-eng.pdf?sequence=18&isAllowed=y>
- WHO (2022) - High-level meeting on health and migration in the WHO European Region: jointly shaping the vision for the health of refugees and migrants. Available at <https://www.who.int/europe/news-room/events/item/2022/03/17/default-calendar/high-level-meeting-on-health-and-migration-in-the-who-european-region-jointly-shaping-the-vision-for-the-health-of-refugees-and-migrants>

8.2. Referências Bibliográficas – Capítulo 2

- Alsina, M. R. (1999). *La comunicación intercultural*. Editorial Anthropos.
- American Association of Colleges of Nursing. (2008). *Cultural Competency In Baccalaureate Nursing Education*. <https://www.aacnnursing.org/Portals/42/AcademicNursing/CurriculumGuidelines/Cultural-Competency-Bacc-Edu.pdf>
- Andrews, M. M., & Boyle, J. S. (2019). The Andrews/Boyle Transcultural Interprofessional Practice (TIP) Model. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(4), 323–330. <https://doi.org/10.1177/1043659619849475>
- Arasaratnam, L. A., Banerjee, S. C., & Dembek, K. (2010). The integrated model of intercultural communication competence (IMICC): Model test. *Australian Journal of Communication*, 37(3), 103-116.
- Argyle, M., & Dean, J. (1965). Eye-Contact, Distance and Affiliation. *Sociometry*, 28(3), 289. <https://doi.org/10.2307/2786027>
- Arredondo, P., Toporek, R., Brown, S. P., Jones, J., Locke, D. C., Sanchez, J., & Stadler, H. (1996). Operationalization of the Multicultural Counseling Competences. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 24(1), 42–78. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1912.1996.tb00288.x>
- Bastos, M. (2014). *A competência de comunicação intercultural: olhares sobre a natureza do conceito e suas dinâmicas de desenvolvimento*. Universidade de Aveiro Editora.

- Bauer, T. (2021). Ambiguidade Cultural. In T. Bauer, *A Culture of Ambiguity*. Columbia University Press. <https://doi.org/10.7312/baue17064-004>
- Bracons, H. (2020). Comunicação intercultural nos cuidados de saúde. Uma abordagem exploratória da interação entre assistentes sociais e doentes imigrantes. *Comunicação Pública*, 15(29). <https://doi.org/10.4000/cp.10968>
- Burke, P. (2009). *Cultural hybridity*. Polity.
- Calistri, P., Iannetti, S., L. Danzetta, M., Narcisi, V., Cito, F., Di Sabatino, D., Bruno, R., Sauro, F., Atzeni, M., Carvelli, A., & Giovannini, A. (2013). The Components of “One World - One Health” Approach. *Transboundary and Emerging Diseases*, 60, 4–13. <https://doi.org/10.1111/tbed.12145>
- 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. <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>
- Campinha-Bacote, J. (2007). *The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: The journey continues*. Transcultural CARE Associates.
- Campinha-Bacote, J. (2008). Cultural desire: “Caught” or “taught”? *Contemporary Nurse*, 28(1-2), 141–148. <https://doi.org/10.5172/conu.673.28.1-2.141>
- Conrad, P., & Barker, K. K. (2010). The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1), S67–S79. <https://doi.org/10.1177/0022146510383495>
- Daudelin, M. W. (1996). Learning from experience through reflection. *Organizational Dynamics*, 24(3), 36–48. [https://doi.org/10.1016/s0090-2616\(96\)90004-2](https://doi.org/10.1016/s0090-2616(96)90004-2)
- Davis, M. (2020). The “Culture” in Cultural Competence. In J. Frawley, G. Russell, & J. Sherwood (Eds.), *Cultural Competence and the Higher Education Sector* (pp. 15–29). Springer Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-15-5362-2_2
- de Almeida Vieira Monteiro, A. P. T., & Fernandes, A. B. (2016). Cultural competence in mental health nursing: validity and internal consistency of the Portuguese version of the multicultural mental health awareness scale—MMHAS. *BMC Psychiatry*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0848-z>
- Demorest, S., Spengeman, S., Schenk, E., Cook, C., & Weston, H. L. (2019). The Nurses Climate Challenge: A National Campaign to Engage 5,000 Health Professionals Around Climate Change. *Creative Nursing*, 25(3), 208–215. <https://doi.org/10.1891/1078-4535.25.3.208>
- Dahlgren, Göran & Margaret Whitehead (2007). Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO –Strategy paper for Europe. Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier, 14. ISSN: 1652-120X. ISBN: 978-91-85619-18-4
- Domnich, A., Panatto, D., Gasparini, R., & Amicizia, D. (2012). The “healthy immigrant” effect: does it exist in Europe today?. *Italian Journal of Public Health*, 9(3).
- Dowd, S. B., Giger, J. N., & Davidhizar, R. (1998). Use of Giger and Davidhizar’s Transcultural Assessment Model by Health Professions. *International Nursing Review*, 45(4), 119–122. <https://doi.org/10.1046/j.1466-7657.45.no.4issue340.6.x>
- Dunn, P., & Hazzard, E. (2019). Technology approaches to digital health literacy. *International Journal of Cardiology*, 293, 294–296. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2019.06.039>
- Egli-Gany, D., Aftab, W., Hawkes, S., Abu-Raddad, L., Buse, K., Rabbani, F., Low, N., & Onarheim, K. (2021). The social and structural determinants of sexual and reproductive health and rights in migrants and refugees:

- a systematic review of reviews. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 27(12), 1203–1213. <https://doi.org/10.26719/emhj.20.101>
- Eyler, J., Giles, D. E., & Schmeide, A. (1996). *A practitioner's guide to reflection in service-learning: student voices & reflections*. Vanderbilt University.
- Giger, J. N., & Davidhizar, R. (2002). The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 185–188. <https://doi.org/10.1177/10459602013003004>
- Giger, J. N., & Davidhizar, R. E. (2004). *Transcultural nursing: Assessment and intervention* (4th ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Giger, J. N., & Davidhizar, R. E. (2008). *Transcultural nursing: Assessment and intervention* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Gradellini, C., Gómez-Cantarino, S., Dominguez-Isabel, P., Molina-Gallego, B., Mecugni, D., & Ugarte-Gurrutxaga, M. I. (2021). Cultural Competence and Cultural Sensitivity Education in University Nursing Courses. A Scoping Review. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.682920>
- Gunawardena, C. N. (1995). Social Presence Theory and Implications for Interaction and Collaborative Learning in Computer Conferences. *International Journal of Educational Telecommunications*, 1(2), 147–166. <https://www.learntechlib.org/primary/p/15156/>
- Hall, S. (1997). *Representation: Cultural Representation and Signifying practices*. The Open University/Sage.
- Handtke, O., Schilgen, B., & Mösko, M. (2019). Culturally competent healthcare – A scoping review of strategies implemented in healthcare organizations and a model of culturally competent healthcare provision. *PLOS ONE*, 14(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219971>
- Hodsdon, L. (n.d.). *Explanatory Model of Illness*. Bu.digication.com; Encyclopedia of Public Health Theories. https://bu.digication.com/GH720_PublicHealthTheories/Explanatory_Models_of_Illness
- Ingleby, D. (2012). Ethnicity, Migration and the “Social Determinants of Health” Agenda*. *Psychosocial Intervention*, 21(3), 331–341. <https://doi.org/10.5093/in2012a29>
- International Council of Nurses. (2019). Climate change threatens healthcare systems: International council of nurses calls on governments to act now. In *The Lancet - The best science for better lives*. <https://www.icn.ch/news/climate-change-threatens-healthcare-systems-international-council-nurses-calls-governments-act>.
- International Organization for Migration. (2020). *Issue Brief Countering Xenophobia and Stigma to Foster Social Cohesion in the COVID-19 Response and Recovery*. https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbdl486/files/documents/countering_xenophobia_and_stigma_130720.pdf
- International Organization for Migrations. (2022). *The UN 2030 Agenda for Sustainable Development puts people at the center of all actions*.
- Jean Gilbert, M., & California Endowment. (2003). *Principles and recommended standards for cultural competence education of health care professionals*. The California Endowment.
- Jeffreys, M. R. (2010). A model to guide cultural competence education. In *Teaching cultural competence in nursing and health care: inquiry, action, and innovation*. Springer Publishing Company.
- Jeffreys, M. R. (2012). *Nursing student retention: understanding the process and making a difference*. Springer Pub.

- Jeffreys, M. R. (2016). *Teaching cultural competence in nursing and health care: inquiry, action, and innovation*. Springer Publishing Company.
- Kagan, P. N., Smith, M. C., Cowling III, W. R., & Chinn, P. L. (2010). A nursing manifesto: an emancipatory call for knowledge development, conscience, and praxis. *Nursing Philosophy*, 11(1), 67–84. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769x.2009.00422.x>
- Kirmayer, L. J. (2012). Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 149–164. <https://doi.org/10.1177/1363461512444673>
- Kleinman, A. (1978). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, 12, 85–93. [https://doi.org/10.1016/0160-7987\(78\)90014-5](https://doi.org/10.1016/0160-7987(78)90014-5)
- Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (1978). Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons From Anthropologic and Cross-Cultural Research. *FOCUS*, 4(1), 140–149. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-88-2-251>
- Kolb, D. A. (1984). *Experimental Learning: Experience as the Source of Learning and Development* (Vol. 1). Prentice-Hall.
- Kolb, D. A., & Fry, R. E. (1974). *Toward an applied theory of experiential learning*. M.I.T. Alfred P. Sloan School Of Management.
- Leininger, M. M. (1970). *Nursing and anthropology; two worlds to blend*. New York, Wiley.
- Leininger, M. M. (1978). *Transcultural nursing: concepts, theories, research, practices*. Greyden Press, Cop.
- Leininger, M. (1988). Leininger's Theory of Nursing: Cultural Care Diversity and Universality. *Nursing Science Quarterly*, 1(4), 152–160. <https://doi.org/10.1177/089431848800100408>
- Leininger, M. (1991). *Cultural Care Diversity and Universality Theory*. Sage.
- Leininger, M. (1994). Quality of Life from a Transcultural Nursing Perspective. *Nursing Science Quarterly*, 7(1), 22–28. <https://doi.org/10.1177/089431849400700109>
- Leininger, M. M. (1995). *Transcultural nursing: concepts, theories, research, practices (2nd ed.)*. Greyden Press, Cop.
- Leininger, M. (2002). Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 189–192. <https://doi.org/10.1177/10459602013003005>
- Leininger, M., & McFarland, M. (2006). *Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory*. Sudbury, Ma: Jones and Bartlett.
- Lipson, J. G., & Desantis, L. A. (2007). Current Approaches to Integrating Elements of Cultural Competence in Nursing Education. *Journal of Transcultural Nursing*, 18(1_suppl), 10S20S. <https://doi.org/10.1177/1043659606295498>
- Louw, B. (2016). Cultural Competence and Ethical Decision Making for Health Care Professionals. *Humanities and Social Sciences*, 4(2), 41. <https://doi.org/10.11648/j.hss.s.2016040201.17>
- Mackenzie, J. S., & Jeggo, M. (2019). The One Health Approach—Why Is It So Important? *Tropical Medicine and Infectious Disease*, 4(2), 88. <https://doi.org/10.3390/tropicalmed4020088>

- Mareno, N., & Hart, P. L. (2014). Cultural Competency Among Nurses with Undergraduate and Graduate Degrees: Implications for Nursing Education. *Nursing Education Perspectives*, 35(2), 83–88. <https://doi.org/10.5480/12-834.1>
- Matlin, S. A., Depoux, A., Schütte, S., Flahault, A., & Saso, L. (2018). Migrants' and refugees' health: towards an agenda of solutions. *Public Health Reviews*, 39(1). <https://doi.org/10.1186/s40985-018-0104-9>
- Mcfarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2018). *Leininger's transcultural nursing: concepts, theories, research, & practice*. McGraw-Hill Education.
- McMahon, M. A., & Dluhy, N. M. (2017). Ambiguity Within Nursing Practice: An Evolutionary Concept Analysis. *Research and Theory for Nursing Practice*, 31(1), 56–74. <https://doi.org/10.1891/1541-6577.31.1.56>
- Mezirow, J. (1990). *Fostering critical reflection in adulthood: a guide to transformative and emancipatory learning*. Jossey-Bass Publishers.
- Modood, T. (2007). *Multiculturalism*. Cambridge, UK: Polity.
- Monteiro, A., & Curado, M. (2016). A New Epistemology of Nursing: A Post-Human Care? *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(No8), 141–148. <https://doi.org/10.12707/riv15069>
- Nair, L., & Adetayo, O. A. (2019). Cultural competence and ethnic diversity in healthcare. *Plastic and Reconstructive Surgery - Global Open*, 7(5). <https://doi.org/10.1097/gox.0000000000002219>
- Nardi, D., Waite, R., & Killian, P. (2012a). Establishing Standards for Culturally Competent Mental Health Care. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 50(7), 3–5. <https://doi.org/10.3928/02793695-20120608-01>
- Nardi, D., Waite, R., & Killian, P. (2012b). Establishing Standards for Culturally Competent Mental Health Care. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 50(7), 3–5. <https://doi.org/10.3928/02793695-20120608-01>
- Nunes, J. (2010). *Comunicação em contexto clínico*. Bayer Health Care. <https://www.mgfamiliar.net/wp-content/uploads/livrocomunic.pdf>
- Ogay, T. (2000). *De la compétence à la dynamique interculturelles : des théories de la communication interculturelle à l'épreuve d'un échange de jeunes entre Suisse romande et alémanique*. P. Lang.
- Pan American Health Organization, & World Health Organization. (2021). *One Health: A comprehensive approach for addressing health threats at the human-animal-environment interface*. <https://www.paho.org/en/documents/ce16813-rev-1-one-health-comprehensive-approach-addressing-health-threats-human-animal>
- Pantazis, N., Rosinska, M., van Sighem, A., Quinten, C., Noori, T., Burns, F., Cortes Martins, H., Kirwan, P. D., O'Donnell, K., Paraskevis, D., Sommen, C., Zenner, D., & Pharris, A. (2021a). Discriminating Between Premigration and Postmigration HIV Acquisition Using Surveillance Data. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 88(2), 117–124. <https://doi.org/10.1097/qai.0000000000002745>
- Pantazis, N., Rosinska, M., van Sighem, A., Quinten, C., Noori, T., Burns, F., Cortes Martins, H., Kirwan, P. D., O'Donnell, K., Paraskevis, D., Sommen, C., Zenner, D., & Pharris, A. (2021b). Discriminating Between Premigration and Postmigration HIV Acquisition Using Surveillance Data. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 88(2), 117–124. <https://doi.org/10.1097/qai.0000000000002745>
- Pant, S., Eder, B., Vračar, A., Mosca, D., & Orcutt, M. (2019). WHO's global action plan to promote the health of refugees and migrants. *BMJ*, l4806. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4806>

- Papadopoulos, I. (2006). *Transcultural health and social care: development of culturally competent practitioners*. Churchill Livingstone.
- Pedersen, P., & American Counseling Association. (1994). *A handbook for developing multicultural awareness*. American Counseling Association.
- Phillips, A. (2009). *Multiculturalism without Culture*. Princeton University Publisher. <https://doi.org/10.1515/9781400827732>
- Purnell, L. D. (2000). A Description of the Purnell Model for Cultural Competence. *Journal of Transcultural Nursing*, 11(1), 40–46. <https://doi.org/10.1177/104365960001100107>
- Purnell, L. D. (2002). The Purnell Model for Cultural Competence. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 193–196. <https://doi.org/10.1177/10459602013003006>
- Purnell, L. D., & Paulanka, B. J. (2003). Purnell's model for Cultural Competence. In *Transcultural health care: A culturally competent approach* (pp. 8–35). F. A. Davis Company.
- Purnell, L. D. (2013). *Transcultural health care: a culturally competent approach*. F.A. Davis.
- Rabinowitz, P. M., Natterson-Horowitz, B. J., Kahn, L. H., Kock, R., & Pappaioanou, M. (2017). Incorporating one health into medical education. *BMC Medical Education*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-017-0883-6>
- Ray, M. A., & Turkel, M. C. (2014). Caring as Emancipatory Nursing Praxis. *Advances in Nursing Science*, 37(2), 132–146. <https://doi.org/10.1097/ans.0000000000000024>
- Ruiz, M. J. P. de V., & Medina, C. T. (1999). *Dinámica de grupos en formación de formadores: casos prácticos. Textos Universitarios*. Empresa Editorial Herder, S.A.
- Saha, S., Beach, M. C., & Cooper, L. A. (2008). Patient Centeredness, Cultural Competence and Healthcare Quality. *Journal of the National Medical Association*, 100(11), 1275–1285. [https://doi.org/10.1016/s0027-9684\(15\)31505-4](https://doi.org/10.1016/s0027-9684(15)31505-4)
- Schon, D. (1983). *The reflective practitioner*. Temple Smith.
- Schouler-Ocak, M., Graef-Calliess, I. T., Tarricone, I., Qureshi, A., Kastrup, M. C., & Bhugra, D. (2015). EPA guidance on cultural competence training. *European Psychiatry*, 30(3), 431–440. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.01.012>
- Shen, Z. (2014). Cultural Competence Models and Cultural Competence Assessment Instruments in Nursing. *Journal of Transcultural Nursing*, 26(3), 308–321. <https://doi.org/10.1177/1043659614524790>
- Short, J., Williams, E., & Christie, B. (1976). *The social psychology of telecommunications*. J. Wiley.
- Sue, D. W., Arredondo, P., & McDavis, R. J. (1992). Multicultural Counseling Competencies and Standards: A Call to the Profession. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 20(2), 64–88. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1912.1992.tb00563.x>
- Sue, D. W., Bernier, J. E., Durran, A., Feinberg, L., Pedersen, P., Smith, E. J., & Vasquez-Nuttall, E. (1982). Position Paper: Cross-Cultural Counseling Competencies. *The Counseling Psychologist*, 10(2), 45–52. <https://doi.org/10.1177/0011000082102008>
- Thije, Jan. D. (2020). What is Intercultural Communication. In *The Cambridge Handbook of Intercultural Communication*. Cambridge: University Press.

- Truong, M., Paradies, Y., & Priest, N. (2014). Interventions to improve cultural competency in healthcare: a systematic review of reviews. *BMC Health Services Research*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-99>
- United Nations. (2015). Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. In *United Nations - Department of Economic and Social Affairs: Sustainable Development*. United Nations. <https://sdgs.un.org/2030agenda>
- United Nations Environment Programme (2021). *Joint Tripartite (FAO, OIE, WHO) and UNEP Statement Tripartite and UNEP support OHHLEP's definition of "One Health"*. <https://wedocs.unep.org/20.500.11822/37600>.
- United Nations Sustainable Development Group. (n.d.). *UNSDG | Human Rights-Based Approach*. Unsdg.un.org. <https://unsdg.un.org/2030-agenda/universal-values/human-rights-based-approach>
- Watzlawick, P., Beavin Bavelas, J., Jackson, D. D., & Norton, W. W. (1967). *Pragmatics of human communication: a study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. W.W. Norton & Company.
- Wiener, M., & Mehrabian, A. (1968). Language within language: immediacy, a channel in verbal communication. *Journal of Communication Disorders*, 3(1). [https://doi.org/10.1016/0021-9924\(70\)90036-5](https://doi.org/10.1016/0021-9924(70)90036-5)
- World Health Organization. (2020). *Sustainable Developments Goals*. Wwww.who.int. <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/sustainable-development-goals>
- World Health Organization. (2021a). Common health needs of refugees and migrants: literature review. In *World Health Organization*. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1381988/retrieve>
- World Health Organization. (2021b). Refugee and migrant health: global competency standards for health workers. In *World Health Organization*. World Health Organization. <https://apps.who.int>
- World Health Organization. (2021c, May 20). *New international expert panel to address the emergence and spread of zoonotic diseases*. Wwww.who.int. <https://www.who.int/news/item/20-05-2021-new-international-expert-panel-to-address-the-emergence-and-spread-of-zoonotic-diseases>

8.3. Referências Bibliográficas – Capítulo 3

- Arredondo, P., Toporek, R., Brown, S. P., Jones, J., Locke, D. C., Sanchez, J., & Stadler, H. (1996). Operationalization of the multicultural counseling competencies. *Journal of Multicultural Counseling & Development*, 24, 427-446.
- Campinha-Bacote J. (2011) Knowing cultural competence: An evolutionary process. *International Journal for Human Care*, 15(3), 42-48. DOI: 10.20467/1091-5710.15.3.42
- Canadian Nurses Association. (2008). *Code of ethics for registered nurses*, 2008 centennial edition. http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/Code_of_Ethics_2008_e.pdf
- de Almeida Vieira Monteiro, A. P. T., & Fernandes, A.B. (2016). Competencia cultural en salud mental nursing: validez y consistencia interna de la versión portuguesa de la escala multicultural de conciencia de salud mental –MMHAS. *BMC Psiquiatría*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0848-z>
- del Barrio-Linares, M. (2014). Competencias y perfil profesional de la enfermera de práctica avanzada. *Enferm Intensiva*, 25(2). Available at: <https://redepalatina.org/wp-content/uploads/2020/09/Competencias-y-Perfil-Profesional-de-la-Enfermera-de-Practica-Avanzada.pdf>

- Dunn, P., & Hazzard, E. (2019). Technology approaches to digital health literacy. *International Journal of Cardiology*, 293, 294–296. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2019.06.039>
- Hollander, E. P. (1992). Leadership, followership, self, and others. *The Leadership Quarterly*, 3(1), 43-54.
- Jenks, A. C. (2011). From “lists of traits” to “open-mindedness”: Emerging issues in cultural competence education. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 35(2), 209-235
- Lavizzo-Mourey, R., & Mackenzie, E. R. (1996). Cultural competence: essential measurements of quality for managed care organizations. *Annals of Internal Medicine*, 124(10), 919-921.
- Mackenzie, J. S., & Jeggo, M. (2019). The One Health Approach—Why Is It So Important? *Tropical Medicine and Infectious Disease*, 4(2), 88. <https://doi.org/10.3390/tropicalmed4020088>
- Shields, C. M. (2010). Transformative leadership: Working for equity in diverse contexts. *Educational Administration Quarterly*, 46(4), 558-589.
- Zoucha, R. (2000). The keys to culturally sensitive care. *The American Journal of Nursing*, 100(2), 24GG-24II.
- White, J. (1995). Patterns of knowing: Review, critique, and update. *Advances in Nursing Science*, 17(4), 73-86.
- World Health Organization. (2020). *Sustainable Developments Goals*. [www.who.int. https://www.who.int/westernpacific/health-topics/sustainable-development-goals](https://www.who.int/westernpacific/health-topics/sustainable-development-goals)
- World Health Organization. (2021, May 20). *New international expert panel to address the emergence and spread of zoonotic diseases*. [www.who.int. https://www.who.int/news/item/20-05-2021-new-international-expert-panel-to-address-the-emergence-and-spread-of-zoonotic-diseases](https://www.who.int/news/item/20-05-2021-new-international-expert-panel-to-address-the-emergence-and-spread-of-zoonotic-diseases)

8.4. Referências Bibliográficas – Capítulo 4

- Aubert, A., Flecha, A., García, C., Flecha, R. y Racionero, S. (2008) . *Aprendizaje dialógico en la sociedad de la información*. Hipatia Editorial S.A., Barcelona
- Badia, M., y Gisbert, M. (2013). *Categorización a partir de la Taxonomía de Bloom (1956). Diseño de una pauta para clasificar actividades incluidas en cursos de contenido TIC*. EDUTEC.
- Bezanilla-Albisua, M. J., Poblete-Ruiz, M., Fernández-Nogueira, D., Arranz-Turnes, S. y Campo-Carrasco, L. (2018). El pensamiento crítico desde la perspectiva de los docentes universitarios. *Estudios pedagógicos XLIV*, (1), 89-113.
- Duque, E., de Mello, R.R. y Gabassa, V. (2009). Aprendizaje dialógico. Base teórica de las comunidades de aprendizaje. *Aula de Innovación Educativa*, 187, 37-41.
- Ennis, R. H. (1985). A logical basis for measuring critical thinking skills. *Educational Leadership*: 44-48.
- Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*, Editorial Siglo XXI Editores, México
- Freire, P. (1992). *Pedagogía de la esperanza. Saberes necesarios para la práctica de educativa*. Editorial Siglo XXI Editores, México
- Freire, P. (1997). *Pedagogía de la autonomía. Saberes necesarios para la práctica de educativa*. Editorial Siglo XXI Editores, México.

Lipman, M. (1988). Critical Thinking: What can it be? *Educational Leadership*, 38-43.

López Aymes, G. (2012). Pensamiento crítico en el aula. *Docencia e Investigación*, 22, 41-60

Mora, F. (2013). *Neuroeducación. Sólo se puede aprender aquello que se ama*. Alianza Editorial, Madrid.

Vargas, L., G. Bustillos & M. Monfán (1995). *Técnicas participativas para la educación popular*, Editorial Popular, Madrid.

Vílchez-Quesada, E. (2021). Redescubriendo la pedagogía de la esperanza de Paulo Freire. *Revista Ensayos Pedagógicos*, (XVI), 1, e-ISNN: 2215-3330.





9. ANEXOS

9.1. Tabela de imagens

Figura 1 - Guia de leitura para o capítulo 2.....	6
Figura 2 - Guia de leitura para o capítulo 3.....	7
Figura 3. - Fluxograma do Modelo MulticulturalCare.....	33
Figura 4. - Processo de investigação do Modelo de Formação Multicultural para Enfermeiros - MULTICULTURALCARE NURSING EDUCATION MODEL.).....	34
Figura 5. - Esboço dos princípios teóricos e enquadramento dos cuidados multiculturais.....	35
Figura 6. - Cuidados culturalmente competentes do ponto de vista dos migrantes.....	38
Figura 7.- Obstáculos ao acesso dos migrantes aos cuidados de saúde nos países de acolhimento..	39
Figura 8.- Ultrapassar obstáculos no acesso a cuidados de saúde no país de acolhimento.....	40
Figura 9. - Questões de investigação da scoping review.....	41
Figura 10. - Principais aspetos dos cuidados culturalmente competentes.....	42
Figura 11. - Rascunho do Modelo MCCare (Dezembro 2021).....	47

Financiado pelo Programa
Erasmus+ com a referência
2020-1-PT01-KA203-078530



MULTI
CULTURAL
CARE



 multiculturalcare.esenfc.pt