

Modelos de Competência Cultural: Uma Análise Crítica

Cultural Competence Models: A Critical Analysis

MARIA AUGUSTA GROU MOITA

Enfermeira, Professora Coordenadora

Mestre em Ciências de Enfermagem, Doutoranda em Enfermagem

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ALCIONE LEITE DA SILVA

Enfermeira, Professora Associada Convidada

Doutora em Filosofia em Enfermagem

Universidade de Aveiro

Os modelos de competência cultural guiam a ação de enfermeiro/a/s para uma prática de cuidado culturalmente competente, a qual se revela essencial no mundo multicultural em que vivemos. Considerando que um cuidado de enfermagem culturalmente relevante é um cuidado sensível, centrado na pessoa e que reflete a compreensão pela sua identidade cultural, as autoras procuraram conhecer o que tem sido publicado neste âmbito. A análise crítica que se apresenta parte dos conceitos de cultura e de competência cultural, assim como da sua relação com os desenhos conceptuais desenvolvidos pelos modelos de competência cultural. A literatura aponta a coexistência das perspetivas essencialista e construtivista do conceito de cultura, as quais, sendo antagónicas, determinam diferenças substanciais na construção dos modelos de competência cultural. As diferenças encontradas refletem-se também na definição de competência cultural em que se ancoram, dando origem à categorização em modelos teóricos e modelos metodológicos. As limitações observadas nos modelos de competência cultural relacionam-se principalmente com a visão essencialista da cultura em que se fundamentam e que pode reforçar uma posição etnocêntrica do cuidado. Em decorrência de serem muito abstratos, poucos modelos têm sido empiricamente testados. Outra limitação refere-se ao facto dos modelos avaliarem apenas a competência cultural dos profissionais de saúde, desconsiderando os clientes e a saúde. A conceção essencialista da cultura emerge também nas estratégias de ensino-aprendizagem mais utilizadas. A imersão cultural é apontada como estratégia central para o sucesso do treino da competência cultural, observada como um processo contínuo, dinâmico e em permanente evolução. O desenvolvimento da competência cultural é determinante para a prestação de um cuidado de enfermagem culturalmente relevante, o qual contribui para a redução das iniquidades na saúde nos contextos de diversidade cultural.

Palavras-chave: competência cultural; cultura; modelos de competência cultural; enfermagem.

The cultural competence models guide nurses to a culturally competent care, which is essential in our multicultural world. Considering that a culturally relevant nursing care is a sensitive, person-centered care that reflects the understanding of client's cultural identity, the authors sought to know what has been published in this area. The starting point of this critical analysis begins on the concepts of culture and cultural competence, as well as their relationship with the conceptual designs developed by cultural competence models. The authors observed the coexistence of essentialist and constructivist perspectives of the concept of culture, which, being antagonistic, determine substantial differences in the construction of cultural competence models. The differences also reflect the definition of cultural competence used, leading to the categorization in theoretical models and methodological models. The limitations observed in the cultural competence models are mainly related to the essentialist view of the culture, which can strengthen an ethnocentric care. As a result they are very abstract, few

models have been empirically tested. Another limitation is related to the fact that most of them evaluate only the cultural competence of health professionals, not considering the clients and health. The essentialist conception of culture also emerges in the most used teaching-learning strategies. Cultural immersion is seen as a central strategy for successful training of cultural competence, seen as a continuous, dynamic and evolving process. The development of cultural competence is essential for a culturally relevant nursing care. This will reduce health inequities in culturally diverse contexts.

Keywords: cultural competence; culture; cultural competence models; nursing.

INTRODUÇÃO

A preocupação em responder adequadamente às necessidades de saúde das pessoas, tendo em conta o seu referencial cultural, é um desafio que o/a/s enfermeiro/a/s enfrentam desde sempre. Porém, é na atualidade que este desafio se faz sentir de forma mais intensa e desafiadora, dada a crescente diversidade cultural da sociedade em que vivemos. Segundo a literatura, é a presença desta diversidade que torna mais evidentes as disparidades existentes no domínio do cuidado de saúde (Burchum, 2002; Villarruel, 2004; Kleinmam & Benson, 2006a; Bearskin, 2011).

As teorias e modelos de competência cultural, ao interligarem os conceitos de cultura e cuidado/saúde, procuram construir uma base de conhecimento que guie e desenvolva a prática do/a/s enfermeiro/a/s nos contextos multiculturais (Leininger, 1995, 2001; Leininger & McFarland, 2006; Vandenberg, 2010). A competência cultural é entendida como uma forma de aumentar o acesso de todas as pessoas a um cuidado de qualidade, sendo que também pode ser observada como um imperativo organizacional, que deve responder à diversidade destas pessoas e que pode, inclusivamente, atrair outras e novo/a/s investidores/a/s no campo da saúde (Betancourt, Green & Carrillo, 2002).

Um cuidado culturalmente competente exige preparação e treino. De entre as várias estratégias que podem ser utilizadas, as experiências de imersão cultural são reconhecidas como essenciais para a aprendizagem e desenvolvimento da competência cultural (Lipson & Desantis, 2007; Harkess & Kaddoura, 2015).

O interesse por esta temática leva-nos a analisar criticamente os modelos de competência cultural, na sua relação com os conceitos que os constituem, a prática e a formação em Enfermagem. Procuramos, também, integrar resultados de estudos nesta área, os quais nos proporcionam novas perspetivas de pensamento e de ação.

O CONCEITO DE CULTURA

A cultura é uma questão pertinente no cuidado de saúde sendo, com frequência, sinónimo de etnicidade, nacionalidade e linguagem (Kleinmam & Benson, 2006a). Tradicionalmente, o conceito é definido como um modelo integrado de crenças e comportamentos aprendidos, que podem ser partilhados entre os grupos e moldados

por influências múltiplas, como a raça, a etnia, a nacionalidade, a linguagem, o gênero, a orientação sexual e a ocupação, entre outros fatores (Betancourt, Green & Carrillo, 2002; Langdon & Wilk, 2010). Coletivamente, estas influências podem ser descritas como fatores socioculturais, os quais modelam os valores das pessoas, formam os seus sistemas de crenças e motivam também os seus comportamentos (Betancourt, Green & Carrillo, 2002; Langdon & Wilk, 2010).

A visão comportamental mencionada reflete a perspectiva essencialista da cultura, a qual é frequente no campo da saúde (Blanchet Garneau & Pepin, 2015a). Em publicações de Enfermagem, Burchum (2002) encontrou o conceito de cultura definido como uma visão do mundo ou paradigma que é aprendido e partilhado por uma população ou grupo, que é transmitido socialmente, influenciando os valores, crenças, hábitos e comportamentos, expressando-se na linguagem, no vestuário, nos alimentos, nos materiais e nas instituições sociais de um grupo.

Nesta perspetiva, a cultura é observada como algo homogéneo, estático e definido, representando uma lista de características estereotipadas que se associam a um determinado grupo étnico-cultural (Kleinmam, 2004; Kleinmam & Benson, 2006a). Em consequência, as diferenças que existem entre os grupos e dentro dos próprios grupos são desvalorizadas, bem como a individualidade de cada pessoa, que fica omissa face à ênfase que é colocada nos atributos do grupo.

Todavia, as alterações globais da sociedade atual podem alterar os significados culturais que as pessoas assumem como garantidos (Kleinmam & Benson, 2006a). Langdon & Wilk (2010) reforçaram esta ideia, afirmando que:

dado o seu carácter dinâmico e as suas características político-ideológicas intrínsecas, a cultura e os elementos que a caracterizam são fontes mediadoras de transformações sociais, altamente politizados, apropriados, alterados e manipulados por grupos sociais ao longo da história das sociedades, segundo diretrizes traçadas pelos atores sociais que fazem o seu uso para estabelecer novos padrões socioculturais e modelos societários (p.176).

A cultura tem então uma natureza híbrida, flexível, dinâmica e complexa, envolvendo um processo contínuo de transmissão e utilização do conhecimento, o qual depende das dinâmicas existentes simultaneamente dentro das próprias comunidades, entre comunidades e entre as comunidades e outras instituições da sociedade (Blanchet Garneau & Pepin, 2015a). Neste sentido, a cultura é inseparável da política, da economia, da religião e das condições biológicas e psicológicas das pessoas (Kleinmam, 2004; Kleinmam & Benson, 2006b), podendo ser considerada como um processo, através do qual as atividades e situações comuns assumem um tom emocional e um significado moral para as pessoas intervenientes (Kleinmam & Benson, 2006b). É curiosa a dimensão emocional e moral envolvida no processo cultural, o qual, citando Kleinmam & Benson (2006b), com frequência difere no seio do mesmo grupo étnico-social, tendo em conta a idade, o gênero, a classe, a religião, as convicções políticas, a etnicidade e a própria personalidade da pessoa.

A visão descrita traduz a perspetiva construtivista da cultura, entendida como o produto de construções sociais (Blanchet Garneau & Pepin, 2015a). A pessoa é considerada no seu contexto social envolvente, em que a sua vida e saúde são compreendidas como

um todo e não como o resultado de comportamentos ou crenças específicas (Blanchet Garneau & Pepin, 2015a). Deste modo, as situações de saúde/doença não podem ser analisadas separadamente das outras dimensões da vida social, mediadas e permeadas pela cultura que atribui sentido a essas experiências (Langdon & Wilk, 2010). Não obstante a complexidade que o conceito de cultura encerra, este posicionamento torna possível ultrapassar os estereótipos culturais e olhar as pessoas cuidadas como sujeitos de cuidado a vivenciar situações únicas.

O conhecimento da pessoa nas suas diferentes dimensões, aspecto central no processo de cuidado, pode ser promovido pela utilização de modelos de competência cultural, temática que desenvolvemos em seguida.

MODELOS DE COMPETÊNCIA CULTURAL

Independentemente da perspectiva cultural em que se baseiam, os modelos de competência cultural têm o propósito de guiar o/a/s enfermeiro/a/s na resposta às necessidades de saúde das pessoas cuidadas com diferentes referenciais culturais. Através dos componentes em que se baseiam, os modelos procuram traduzir a teoria na prática de Enfermagem, promovendo um cuidado culturalmente competente (Blanchet Garneau & Pepin, 2015a). Dado que os inúmeros modelos de competência cultural se ancoram em diferentes abordagens da cultura, parece-nos pertinente focar, inicialmente, como estas diferentes abordagens estruturam o conceito de competência cultural.

O conceito de competência cultural

Na literatura, o conceito de competência cultural é utilizado, frequentemente, como sinónimo da capacidade de aplicar o conhecimento multicultural que o/a enfermeiro/a detém na sua prática de cuidado (Jirwe et al., 2009). Burchum (2002) destacou que vários termos são habitualmente utilizados como equivalentes conceptuais da competência cultural, como é o caso do termo “congruência cultural”, ainda que, muitos deles, não sejam mais do que os seus próprios componentes.

Não obstante o conceito de “competência cultural”, na literatura da disciplina de Enfermagem, ter sido criado por Leininger, o estudo de Blanchet Garneau & Pepin (2015a) revelou que a definição de competência cultural mais frequentemente citada na literatura científica é da autoria de Campinha-Bacote (1999). A autora definiu este conceito como o processo em que o profissional de saúde se esforça continuamente para alcançar a capacidade de prestar um cuidado de saúde eficaz, tendo em conta o contexto cultural do cliente, entendido como a pessoa, a família ou a comunidade.

A partir do método de análise de conceitos de Rodgers, Burchum (2002) evidenciou que a competência cultural é um processo não linear, contínuo e em desenvolvimento, o qual não tem um fim e se expande continuamente. A autora identificou seis atributos, considerados os antecedentes da competência cultural - a *consciência cultural*, o *conhecimento cultural*, a *compreensão cultural*, a *sensibilidade cultural*, a *interação cultural* e a *habilidade cultural*, que representou visualmente através de uma espiral, sendo que a competência cultural se manifesta pela síntese destes atributos no contexto da interação humana. Burchum (2002) reportou ainda um constructo adicional, a *proficiência*

cultural – o termo consequencial, o qual representa um compromisso para mudar. Trata-se de um atributo pouco referenciado na literatura, o qual se evidencia por atividades que acrescentam novos conhecimentos e habilidades culturais, assim como pela divulgação desta informação através de publicações e da formação (Burchum, 2002).

Num outro estudo, Rodrigues, Martins & Pereira (2013) procuraram descobrir o significado da competência cultural através do método de análise de conceitos, proposto por Walker & Avant. Os autores comprovaram que os atributos da competência cultural se constroem pela existência de muitos outros conceitos interligados, o que dificulta a identificação das características que o definem. Nesta análise, realizada em publicações datadas de 2005 a 2011, foram identificadas as principais características para a existência do conceito, nomeadamente: *características de natureza ético-humanitárias pessoais e profissionais, a habilidade cultural e o conhecimento cultural*.

As *características ético-humanitárias individuais*, nas quais se incorpora a consciência cultural, que Burchum (2002) também mencionou no seu estudo, referem-se à empatia, ao respeito, à confiança, ao vínculo, à flexibilidade, à franqueza, à humildade, à compaixão, à autenticidade e à disponibilidade para entender outras culturas (Rodrigues, Martins & Pereira, 2013). Quanto à *habilidade cultural*, os autores consideraram que se traduz na habilidade em comunicar, em usar linguagem adequada a cada cultura, assim como na aprendizagem de novos idiomas e técnicas para quebrar as barreiras de comunicação. Por sua vez, o *conhecimento cultural* revela-se na compreensão da existência de diversas crenças e tradições, da estrutura familiar, das relações de género e de papéis sociais, do impacto da classe socioeconómica, da etnicidade, da acessibilidade à educação, da conceção do estado de saúde-doença, dos modos de comportamento e dos estilos de comunicação, entre outros (Rodrigues, Martins & Pereira, 2013).

Rodrigues, Martins & Pereira (2013) identificaram os seguintes antecedentes para a existência da competência cultural: a *crecente diversidade da população*; a *motivação profissional* (que traduz o desejo cultural); os *estágios e visitas domiciliárias* (que evidenciam a disponibilidade para os encontros culturais); e a *mudança na estrutura educacional* (que incentiva a pessoa cuidada a ser co-responsável na gestão da sua saúde). Quanto aos consequentes, é possível observá-los na *diminuição da discriminação, do racismo e das disparidades* na saúde, relativamente aos grupos minoritários (Rodrigues, Martins & Pereira, 2013).

O estudo Delphi, realizado por Jirwe et al. (2009), procurou, por sua vez, identificar os componentes centrais da competência cultural no contexto sueco, a partir da perspectiva de um painel de peritos constituído por enfermeiro/a/s em exercício, professor/a/s e investigador/a/s. Os componentes encontrados foram categorizados em cinco áreas: 1) sensibilidade cultural; 2) compreensão cultural; 3) encontros culturais; 4) compreensão da saúde, saúde-doença e cuidado de saúde; e 5) contexto social e cultural (Jirwe et al., 2009), revelando bastante sintonia com os resultados do estudo de Burchum (2002).

Num outro estudo, Shen (2014) salientou que quatro atributos do conceito de competência cultural - a *sensibilidade cultural*, a *consciência cultural*, o *conhecimento cultural* e a *habilidade cultural* – estão presentes na maior parte dos modelos de competência cultural ou de cuidado transcultural e instrumentos de avaliação cultural identificados na literatura. A pesquisa, realizada em publicações de enfermeiro/a/s investigador/a/s desde 1982, identificou 18 modelos e 15 instrumentos de avaliação

cultural. Shen (2014) assinalou que os quatro atributos do conceito de competência cultural mencionados estão presentes nos domínios ou subescalas de 13 desses modelos e instrumentos de avaliação, não obstante as diferentes definições de competência cultural encontradas. As diferenças referidas são explicadas pela direção do foco do investigador: quando o foco se dirige para a *competência*, a definição de competência cultural explicita a sensibilidade, o conhecimento e a habilidade; quando o foco se orienta para a *cultura*, emergem na definição os valores culturais, a religião, a etnicidade, as crenças e a prática de cuidado (Shen, 2014).

De acordo com a literatura, não existe uma definição de competência cultural que seja universalmente aceite. Embora a *sensibilidade cultural*, a *consciência cultural*, o *conhecimento cultural* e a *habilidade cultural* constituam o denominador comum da maior parte das definições encontradas, importa agora perceber como os modelos de competência cultural se apropriam do conceito e são categorizados.

Modelos teóricos versus modelos metodológicos

Com base nas duas perspetivas de competência cultural apontadas, Shen (2014) categorizou os modelos de competência cultural em dois grupos: os *modelos teóricos* (Quadro 1) – com uma abordagem mais teórica, que considera a competência cultural como um processo ou contínuo; e os *modelos metodológicos* (Quadro 2) – predominantemente focados nos métodos que o profissional utiliza para se tornar culturalmente competente. Apesar desta diferença, Shen (2014) salientou que a maioria dos investigadores do seu estudo é unânime em reconhecer que a competência cultural é um processo contínuo, dinâmico, em desenvolvimento e evolução, o que corrobora os achados do estudo de Burchum (2002).

Quadro 1
Modelos Teóricos de Competência Cultural¹

Autor, ano	Nome do Modelo	Origem
Campinha-Bacote, 2002	Modelo de cuidado culturalmente competente	Teoria de enfermagem transcultural de Leininger (1991); Teoria de desenvolvimento multicultural de Pedersen (1988)
Papadopoulos et al., 1998	Modelo para o desenvolvimento de profissionais de saúde culturalmente competentes	
Kim-Godwin, et al., 2001	Modelo de cuidado comunitário culturalmente competente	Análise de conceito
Jeffreys, 2010	Modelo de competência e confiança cultural	Teoria de enfermagem transcultural de Leininger; Teoria da autoeficácia em psicologia de Bandura (1986)
Schim & Doorenbos, 2010; Schim, Doorenbos, Benkert & Miller, 2007; Schim, Doorenbos, Miller & Benkert, 2003	Modelo 3-D de cuidado culturalmente congruente	Teoria de enfermagem transcultural de Leininger
Campinha-Bacote, 2005	Modelo de competência cultural baseado na Bíblia	

¹ Foi mantida a ordem dos autores proposta por Shen (2014), a qual foi organizada por critérios de validação, instrumento de ligação e ano.

Continua

Quadro 1
Modelos Teóricos de Competência Cultural - Cont.

Papadopoulos & Lees, 2001	Modelo para o desenvolvimento de investigadores culturalmente competentes	
Autor, ano	Nome do Modelo	Origem
Willis, 1999	Quadro de referência de competência cultural	
Wells, 2000	Modelo de desenvolvimento cultural (para o desenvolvimento da competência cultural individual e institucional)	Cross et al., 1989; Orlandi, 1992
Burchum, 2002	Modelo de competência cultural	Análise de conceito
Pacquiaio, 2012	Modelo de competência cultural de decisões éticas	Teoria de enfermagem transcultural de Leininger e princípios de cuidado de saúde culturalmente congruente como um direito humano básico
Suh, 2004	Modelo de competência cultural	Análise de conceito

Fonte: Adaptado de Shen, 2014, p.6

Quadro 2
Modelos Metodológicos de Competência Cultural

Autor, ano	Nome do Modelo	Origem
Giger & Davidhizar, 2004, 2008	Modelo de avaliação cultural	Leininger (1991); Spector (1996); Orque, Bloch & Monroy (1983)
Spector, 2004, 2009	Modelo de tradições de saúde	Modelo de Giger & Davidhizar (1999, 2002, 2004, 2008); Teoria de Ester & Zitzow
Orque, 1983	Quadro de referência étnico/cultural	Enfermagem, Sociologia
Leininger, 1991	Modelo <i>Sunrise</i>	Enfermagem, Antropologia
Purnell, 2003, 2008	Modelo Purnell de competência cultural	Teoria organizacional, administrativa, de comunicação e de desenvolvimento familiar
Andrews & Boyle, 2008	Guia de avaliação de enfermagem transcultural para indivíduos e famílias	Teoria de enfermagem transcultural de Leininger

Fonte: Adaptado de Shen, 2014, p.7

De acordo com a pesquisa de Shen (2014), Leininger (1991) e, posteriormente, Orque (1983) foram referenciados como os investigadores pioneiros na construção de modelos de competência cultural, tendo-se apoiado em teorias de Enfermagem e de outras disciplinas, respetivamente a Antropologia e a Sociologia. Nos quadros apresentados, é notória a influência que a Teoria de Enfermagem Transcultural de Leininger – a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural - teve no desenvolvimento de diversos outros modelos, de onde destacamos os criados por Giger & Davidhizar; Campinha-Bacote; Andrews & Boyle; Jeffreys; Pacquiaio; e Schim & Doorenbos (Shen, 2014).

² Foi mantida a ordem dos autores proposta por Shen (2014), a qual foi organizada por critérios de validação, instrumento de ligação e ano.

Para além dos modelos inspirados na Teoria de Leininger, ressaltamos o modelo de Purnell, o qual foi conceptualizado tendo por base teorias provenientes de múltiplas disciplinas, nomeadamente a Antropologia, Sociologia, Geografia, Economia, Ciência Política, Biologia, Farmacologia, Nutrição, Comunicação, Desenvolvimento Familiar e Suporte Social (Shen, 2014). Outros investigadores, como Kim-Godwin et al., Burchum e Suh, desenvolveram os seus modelos a partir do método de análise de conceitos da literatura (Shen, 2014).

A revisão integrativa da literatura realizada por Higginbottom et al., (2011) evidenciou dois outros aspetos desta temática. Esta revisão, realizada em publicações do continente Norte Americano e Europeu, entre 1990 e 2007, procurou identificar instrumentos e modelos de avaliação cultural que tivessem investigação associada ou uma perspetiva empírica, em relação à dimensão étnico-cultural do cuidado de enfermagem. Dos oito modelos/instrumentos de avaliação cultural analisados, que a seguir mencionamos, os autores destacaram a sua utilização com pessoas cuidadas e com profissionais de saúde:

1) *os modelos/instrumentos aplicados em utentes reportaram o mapeamento étnico-cultural como base da avaliação cultural.* Incluem-se neste âmbito o Modelo Sunrise de Leininger, o Modelo Purnell de Competência Cultural e o Instrumento de Avaliação do Património Cultural da Família de Davidson, Reigier & Boos;

2) *os modelos/instrumentos utilizados com profissionais de saúde enfatizam uma prática étnico-cultural sensível.* Neste domínio, estão incluídos o Modelo de Avaliação Transcultural de Giger & Davidhizar, o Processo de Competência Cultural na Prestação de Serviços de Cuidado de Saúde de Campinha-Bacote, o Modelo de Cuidado Comunitário Culturalmente Competente de Kim-Godwin, Clark & Barton, o Modelo de Avaliação, Comunicação, Negociação e Compromisso Cultural, Estabelecimento de Respeito e Harmonia, Sensibilidade e Segurança de Narayanasamy e o Modelo Papadopoulos, Tilki & Taylor de Desenvolvimento da Competência Cultural.

Um outro estudo, efetuado por Jirwe, Gerris & Emami (2006), procurou identificar os componentes centrais presentes nas descrições de competência cultural dos quadros de referência teóricos mais frequentemente citados. Para isso, os autores analisaram nove modelos: sete de origem Norte Americana (Lipson & Steiger, 1996; Leininger & McFarland, 2002; Andrews & Boyle, 2003; Campinha-Bacote, 2003; Purnell & Paulanka, 2003; Giger & Davidhizar, 2004; e Spector, 2004); um do Reino Unido (Papadopoulos, Tilki & Taylor, 1998); e um da Nova Zelândia (Wepa, 2005).

Apesar de terem sido desenvolvidos em continentes diferentes, Jirwe, Gerris & Emami (2006) explicaram que os quadros de referência destes modelos evidenciaram muitas semelhanças, sendo as diferenças que se observaram atribuídas ao contexto sociocultural, histórico e político onde os modelos foram criados. As diferenças assinaladas referem-se a dois aspetos: 1) a menor ênfase colocada pelos modelos Norte Americanos no racismo e outras formas de discriminação, relativamente aos modelos do Reino Unido e da Nova Zelândia; 2) a competência cultural ser considerada no seio dos contextos dos encontros entre o/a/s enfermeiro/a/s e utentes nos modelos Norte Americanos e do Reino Unido, enquanto o da Nova Zelândia tem uma visão mais alargada da cultura, identificando todos os encontros entre o/a/s enfermeiro/a/s e utentes como culturais.

O estudo de Jirwe, Gerris & Emami (2006) revelou ainda a vasta gama de conhecimentos, atitudes e capacidades que o/a enfermeiro/a precisa possuir para cuidar de forma culturalmente competente, os quais podem ser sintetizados em quatro pontos: 1) a consciência da diversidade entre os seres humanos; 2) a capacidade de cuidar de pessoas;

3) a abertura e ausência de juízos de valor; e 4) o desenvolvimento da competência cultural vista como um processo contínuo e a longo prazo.

Não obstante o resultado da competência cultural ser entendido como um conjunto congruente de conhecimentos, comportamentos e atitudes, que capacitam o profissional de saúde para trabalhar eficazmente numa situação de diversidade cultural, Bearskin (2011) chamou a atenção para o perigo das competências pré-estabelecidas, dado que elas se ancoram na visão da cultura da sociedade dominante. Para ultrapassar este constrangimento, o autor sugeriu que o/a/s enfermeiro/a/s se afastem da sua zona de conforto e aceitem envolver-se em novas oportunidades de aprendizagem, com pessoas de outros espaços culturais.

O constrangimento apontado pode ser observado como uma limitação que emerge dos modelos de competência cultural. Dada a importância de conhecermos estas limitações, passamos a explicitar a perspetiva de alguns autores sobre a temática.

Limitações dos modelos de competência cultural

Uma das críticas mais pertinentes feita à maior parte das teorias e modelos de competência cultural, prende-se com a visão essencialista da cultura em que se fundamentam. É o caso, por exemplo, das teorias e modelos criados por Leininger, Campinha-Bacote, Andrews & Boyle, Purnel, Ramsden e Polascheck, nos quais a referência aos grupos culturais é feita, previamente, com base na sua etnicidade (Albarran et al., 2011). De acordo com Blanchet Garneau & Pepin (2015a), esta perspetiva determina o foco da competência cultural na aprendizagem cognitiva dos diferentes aspetos da cultura de um grupo, para assim poder ser aplicado na prática. Este posicionamento leva, conseqüentemente, a uma separação nítida entre as pessoas que são culturalmente diferentes – “as outras”, e as que pertencem à sociedade dominante e ao grupo de quem cuida – “as não-outras” (Albarran et al., 2011).

Reportando-se à Teoria de Leininger, Albarran et al. (2011) salientaram que a visão essencialista da cultura é evidente na separação existente entre as práticas culturais “aceitáveis”, as quais devem ser preservadas e mantidas, por oposição às práticas culturais “inaceitáveis”, as quais precisam ser adaptadas, negociadas, repadronizadas ou reestruturadas. Estes autores consideraram que, apesar de todas as teorias transculturais enfatizarem a compreensão cultural e a aceitação, as práticas culturais “aceitáveis/inaceitáveis” evidenciaram a supremacia de uma forma de cultura, de conhecimento e de comportamento sobre a outra pessoa.

O estudo de Monticelli & Elsen (2006) sobre as representações que as enfermeiras têm sobre a cultura, no desenvolvimento do processo de cuidar de famílias numa unidade de alojamento conjunto, comprovou esta situação. Os resultados do estudo revelaram que as enfermeiras consideram a cultura das famílias irrelevante, como algo residual e um obstáculo que deve ser ultrapassado. Igualmente, acham que o conhecimento que a família tem sobre cuidar de mulheres e recém-nascidos durante o nascimento tem pouco ou nenhum valor, quando comparado com o conhecimento da biomedicina e, em particular, da medicalização do nascimento (Monticelli & Elsen, 2006). Em consequência, as enfermeiras preocupam-se em desenvolver ações de educação para a saúde com a finalidade de “corrigir” as crenças e práticas populares por informações/conhecimentos científicos, numa clara supremacia do saber profissional sobre o saber popular (Monticelli & Elsen, 2006).

Para ultrapassar a visão limitada sobre o foco étnico, Albarran et al., (2011) sugeriram que se tenha em atenção o género, a sexualidade, as diferenças económicas, a classe, a (in)capacidade, a idade e se olhem para estes constructos através da perspetiva cultural. Na opinião destes autores, o cuidado culturalmente competente não se dirige apenas “aos outros”, mas sim a todas as situações de cuidado. Desta forma, promove-se a quebra de estereótipos, enaltecem-se as semelhanças, as diferenças e as fronteiras dentro e através das culturas (Albarran et al., 2011).

Para além da limitação relacionada com a visão essencialista da cultura, os modelos de competência cultural revelaram outros constrangimentos, os quais se prendem com o facto da maioria deles avaliar apenas a competência cultural de profissionais de saúde, não considerando os resultados obtidos com as pessoas cuidadas e na saúde (Shen, 2014). Shen (2014) salientou que os modelos de Kim-Godwin et al., Schim & Doorenbos, e Suh são uma exceção, uma vez que incluem os resultados direcionados às pessoas/doentes e à saúde/cuidado de saúde como componentes do modelo, permitindo validar a competência cultural do cuidado.

Uma outra limitação relacionou-se com o facto de poucos modelos de competência cultural terem sido empiricamente testados e, naqueles que o foram, existir pouca orientação sobre o processo de validação e relevância dessa validação para a aplicação dos modelos na prática de enfermagem (Shen, 2014). Igualmente, quer os modelos de competência cultural teóricos quer os metodológicos, foram considerados muito abstratos, dificultando a aplicação na prática (Shen, 2014). Para obviar o problema da abstração, certo/a/s investigadore/a/s desenvolveram instrumentos de avaliação que se materializam em subdomínios ou escalas, os quais são construídos a partir das dimensões ou componentes do quadro de referência dos seus modelos (Shen, 2014). No entanto, também os instrumentos de avaliação cultural revelaram limitações, as quais Shen (2014) sistematizou da seguinte forma:

1. são poucos os instrumentos de avaliação que examinam os resultados obtidos nas pessoas ou destinatários da competência cultural dos profissionais de saúde;
2. a maior parte dos instrumentos não foi submetida a uma avaliação psicométrica e revela pouco rigor metodológico;
3. os poucos instrumentos que foram testados e que revelam rigor metodológico, ainda têm algumas limitações (não serem adequados para grupos que juntem pessoas com diferentes níveis de literacia, serem longos, complicados e demorarem muito tempo a serem preenchidos);
4. serem usados em pequenas amostras, o que limita a generalização dos resultados;
5. necessitarem da participação ativa dos participantes, o que torna, por vezes, o instrumento pouco apreciado.

No sentido de ultrapassar as limitações mencionadas, Shen (2014) salientou a mais-valia dos estudos realizados por Jeffreys na validação do instrumento de avaliação cultural que desenvolveu, o qual designou por “instrumento de autoeficácia transcultural”. Para além dos estudos evidenciarem as elevadas propriedades psicométricas do instrumento, incluem também variados tipos de testes de confiabilidade e validade que podem ser úteis a outro/a/s investigadore/a/s.

Ainda que os modelos de competência cultural evidenciem limitações, não deixam, no entanto, de constituir uma referência para o/a/s enfermeiro/a/s, no seu intuito de prestar um cuidado culturalmente adequado. Esta preocupação tem sido motor de novas formas de pensamento e de ação, como o exemplo que desenvolvemos a seguir.

Uma outra perspectiva do cuidado cultural

Procurando ultrapassar constrangimentos dos modelos de competência cultural existentes, Albarran et al. (2011) desenvolveram um quadro de referência do cuidado cultural que incorpora os valores da ciência do cuidado. Segundo os autores, este modelo evidencia o interesse genuíno que o/a enfermeiro/a tem pela pessoa ao seu cuidado, bem como a compreensão da sua situação, ancorada no seu *mundo de vida (lifeworld)* e na dimensão cultural.

Tendo iniciado o trabalho pela análise de documentos publicados no continente Europeu, Albarran et al. (2011) investigaram de que forma a perspectiva Europeia da ciência do cuidado aborda os aspetos do cuidado cultural, tendo verificado que não existia nenhuma referência explícita ao conceito de cultura, nem à sua influência na ciência do cuidado. Considerando a atual heterogeneidade cultural da sociedade, os autores notaram que seria oportuno que a dimensão cultural fosse mais explicitamente visível na ciência do cuidado, o que seria orientador para a prática de cuidado do/a/s enfermeiro/a/s.

No seguimento deste resultado, Albarran et al. (2011) procuraram identificar se existia algum modelo cultural que integrasse os valores da ciência do cuidado, estabelecendo como critérios: 1) ser congruente com os valores da ciência do cuidado (reconhecer a visão particular da pessoa; demonstrar uma perspectiva única para orientar o cuidado, com base na evidência; oferecer um foco distintivo no cuidar, abrangente e holístico; iluminar a centralidade do cuidado, das relações de confiança e das parcerias que são parte integrante da experiência de cuidado; oferecer uma abordagem interdisciplinar para cuidar); 2) ser conceptualmente relevante para um cuidado de saúde moderno e ter sido empiricamente validado; 3) ser internacionalmente apelativo; e 4) ter uma atração intuitiva e simplicidade prática.

Dos vários modelos de competência cultural analisados – os modelos de Leininger; Campinha-Bacote; Purnell; Gebru & Willman; Narayanasamy; e Wikberg & Erikson - Albarran et al. (2011) concluíram que o Modelo de Avaliação Transcultural de Giger e Davidhizer suscitava uma atração imediata e preenchia a maior parte dos critérios estabelecidos. Para além destes aspetos, havia a evidência que o modelo respondia às rápidas alterações demográficas e às necessidades dos imigrantes no contexto dos Estados Unidos da América, o que constituía um bom indicador para a crescente imigração no continente Europeu (Albarran et al., 2011). Os seis fenómenos culturais que o modelo integra – a *comunicação*, o *espaço*, as *organizações sociais*, o *tempo*, o *controlo do ambiente* e as *variações biológicas* – guiam o/a enfermeiro/a na compreensão da perspectiva cultural das pessoas cuidadas e no impacto que têm na sua saúde (Albarran et al., 2011).

Na perspectiva de Albarran et al. (2011), os fenómenos mencionados têm paralelo com as bases filosóficas do cuidar, nomeadamente a *temporalidade* (a vivência do tempo, a qual difere do tempo do relógio), a *espacialidade* (o mundo dos lugares e objetos que têm significado na vida), a *intersubjetividade* (a forma como estamos no mundo com os

outros), a *corporalidade* (o corpo vivido, como vivemos de forma significativa em relação com o mundo e com os outros) e o *humor/sintonia emocional* (as emoções que influenciam as outras dimensões). Com esta base, os autores construíram um quadro de referência da ciência do cuidado para um cuidado cultural que valoriza a individualidade da pessoa, a qual é cuidada na perspectiva do seu *mundo de vida*.

O núcleo do quadro de referência é visualmente retratado por dois círculos, onde estão representadas as cinco dimensões do *mundo de vida* da pessoa – o *espaço* e o *tempo* (os valores internos), a *intersubjetividade*, a *corporalidade* e a *sintonia emocional* (expressões externas) - que os autores consideram dever ser valorizadas pelo/a enfermeiro/a quando cuida com o foco centrado na pessoa (Albarran et al., 2011). A *geografia* (a casa da pessoa, a comunidade e o património), a *organização social*, a *condição económica*, a *história* (a opressão ou a parentalidade, por exemplo), a *biologia social* e a *espiritualidade* - são fatores que interferem no *mundo de vida* da pessoa, os quais estão representados num terceiro círculo, descontínuo, que circunda os dois círculos anteriores. Por sua vez, no círculo exterior, estão expostos os princípios que guiam o/a enfermeiro/a para uma prática de cuidado que reconhece e respeita os valores centrais do humanismo, que trabalha em parceria com a pessoa de forma a melhor entender as subtilezas das suas crenças culturais (Albarran et al., 2011).

Albarran et al. (2011) consideraram que o quadro de referência apresentado ajuda o/a/s profissionais de saúde a concentrar os seus esforços na promoção de um cuidado humanístico, o qual envolve parceria, respeito, dignidade e compreensão pelo *mundo de vida* da pessoa, nos seus vários contextos. Os autores destacaram que o quadro de referência reconhece a complexidade do cuidar e que a cultura não se relaciona apenas com a etnicidade, refletindo uma maior compreensão das necessidades da pessoa no seu *mundo de vida*. Habilita, igualmente, o/a enfermeiro/a a olhar para além das diferenças individuais da pessoa (idade, género, classe, origem étnica, por exemplo) e a focar-se na sua singularidade, proporcionando um cuidado sensível, refletido, inteligente e centrado na pessoa (Albarran et al., 2011).

Para além das questões relacionadas com a aplicação dos modelos de competência cultural na prática de Enfermagem, é necessário equacionar, também, quais as estratégias de ensino-aprendizagem mais pertinentes para o seu treino e desenvolvimento, apresentadas a seguir.

O ensino-aprendizagem da competência cultural

O estudo de Blanchet Garneau & Pepin (2015a) destacou que as estratégias de ensino-aprendizagem frequentemente se baseiam numa conceção essencialista da cultura e da competência cultural focada na etnicidade e nas diferenças culturais, as quais considera poder fortalecer uma posição etnocêntrica do cuidado. Lipson & Desantis (2007) reforçaram esta ideia, considerando que a pressão do tempo sobre os currículos de Enfermagem predispõe ao ensino das características culturais atribuídas a um grupo, em detrimento do ensino dos conceitos e processos que levam a deduzir qual a informação cultural que é importante e específica para a situação concreta da pessoa cuidada.

Lipson & Desantis (2007) sugeriram cinco tipos de estratégias para incorporar os conhecimentos, atitudes e habilidades da competência cultural nos currículos

de Enfermagem, quer a nível da formação inicial quer avançada, nomeadamente: especialidades, cursos, modelos, experiências de imersão cultural e aprendizagem a distância ou simulação de situações culturais. Os resultados do estudo de Harkess & Kaddoura (2015) salientaram também a imersão cultural, os encontros culturais e a interatividade cultural como estratégias centrais para o sucesso do treino da competência cultural. Contudo, os autores chamaram a atenção que o uso da observação participante na interatividade cultural, para estudantes de formação inicial, pode constituir uma dificuldade dada a limitação das suas habilidades a este nível.

Apesar dos programas de Enfermagem integrarem conteúdos culturais, Lipson & Desantis (2007) reconheceram que, em qualquer nível de ensino, existe falta de consenso sobre o que deve ser ensinado - se o conteúdo, se o processo ou se ambos. Para além deste constrangimento, Lipson & Desantis (2007) destacaram outras dificuldades no ensino da competência cultural, nomeadamente: 1) a falta de normas para a construção dos programas; 2) uma avaliação formal sobre a eficácia dos programas limitada e inconsistente; 3) um foco dirigido para o nível micro nos encontros enfermeiro/a-pessoa cuidada, o qual negligencia o contexto sociocultural e outros fatores que influenciam os comportamentos de saúde-doença; e 4) o declínio dos cursos de especialidade sobre a cultura. Blanchet Garneau & Pepin (2015a) complementaram esta questão, afirmando que a conceptualização e implementação da competência cultural é ainda pouco compreendida entre estudantes, enfermeiro/a/s e pessoas cuidadas.

No ponto de vista de Kleinmam & Benson (2006b), ainda ninguém conseguiu definir o termo competência cultural com precisão suficiente, para que possa ser operacionalizado no treino clínico e na prática. Deste modo, os autores afirmaram ser mais pertinente procurar saber o que realmente é importante para o utente, aspeto que consideraram ser diferente da competência cultural, uma vez que não se trata de uma habilidade técnica, mas sim de um envolvimento eletivo com a pessoa cuidada.

No âmbito do ensino da Medicina, Kleinmam construiu o seu modelo de formulação cultural – *The Explanatory Models Approach* – guiado pela questão: *O que é importante para a pessoa cuidada?* (Kleinmam & Benson, 2006b). Trata-se de uma técnica de entrevista que se desenvolve em seis etapas sequenciais (Quadro 3), a qual pretende compreender como o mundo social da pessoa cuidada afeta e é afetado pela doença.

Kleinmam & Benson (2006b) defenderam que o modelo incentiva a comunicação entre profissional e pessoa cuidada, olhada na sua individualidade e não como representativa de um grupo, sendo que as explicações e pontos de vista desta pessoa são tidos em conta e colocados lado a lado com as do conhecimento científico do profissional. Na opinião dos autores, esta formulação cultural permite a recolha de informação decisiva para a tomada de decisão sobre o tratamento e negociação com o utente.

Seguindo a linha construtivista defendida por Kleinmam & Benson (2006b), Blanchet Garneau & Pepin (2015b) realizaram um estudo com o objetivo de desenvolver uma proposição teórica do desenvolvimento da competência cultural em enfermagem. Este estudo, realizado com enfermeiro/a/s e estudantes finalistas de enfermagem, procurou suprir uma falta encontrada nos modelos de competência cultural existentes, os quais não estabelecem os níveis de desenvolvimento desta competência nem os processos de aprendizagem que lhe são inerentes.

Quadro 3
Etapas do Modelo de Formulação Cultural de Kleinmam

Etapas	Finalidade
1 – A identidade étnica	Reconhecer como o utente experiencia a sua etnicidade e doença, para que a entrevista seja conduzida com respeito pela sua identidade e forma de vida.
2 – O que está em jogo?	Avaliar o que está em jogo como utente e a forma como os seus entes queridos lidam com o episódio de doença. Pode incluir a avaliação dos seus relacionamentos, dos recursos financeiros, do envolvimento com a religião e a própria vida.
3 – A narrativa da doença	Compreender o significado cultural da doença, o qual pode ter implicações importantes no cuidado. Neste questionamento, o profissional deve estar aberto às diferenças culturais que levem o utente a reconhecer que não é observado de uma forma estereotipada. As questões a fazer podem ser: a) <i>Como designa o seu problema?</i> b) <i>O que acha que é a causa do seu problema?</i> c) <i>O que espera que vá acontecer? Que gravidade tem?</i> d) <i>O que acha que este problema faz dentro do seu corpo?</i> e) <i>Como este problema afeta o seu corpo e a sua mente?</i> f) <i>O que mais receia desta situação?</i> g) <i>O que mais receia do tratamento?</i>
4 – O stresse psicossocial	Identificar os problemas psicossociais associados à doença e tratamento (tensão familiar, problemas de trabalho, dificuldades financeiras, ansiedade pessoal) e possível suporte.
5 – A influência da cultura no relacionamento clínico	Tomar consciência da influência que a cultura da biomedicina e das instituições tem na maior parte das rotinas das práticas clínicas.
6 – Os problemas de uma abordagem de competência cultural	Perceber se a intervenção efetuada resulta naquela situação em particular, tendo em atenção que a pessoa cuidada não se sinta estigmatizada, uma vez que as diferenças culturais estão a ser consideradas, nem que a valorização dessas diferenças faça ignorar outros caminhos importantes para a resolução do problema.

Fonte: Adaptado de Kleinmam & Benson (2006b, p.1674-75)

A proposta teórica para o desenvolvimento da competência cultural concebida por Blanchet Garneau & Pepin (2015b), fundamenta-se em quatro componentes essenciais:

1. o desenvolvimento da competência cultural é um processo de reflexão e de ação, que consiste em aprender a congregar as diferentes realidades para prestar um cuidado eficaz num contexto culturalmente diverso;
2. o processo envolve o desenvolvimento de três dimensões da competência cultural: a construção de uma relação com o outro; trabalhar fora do quadro de referência habitual; e reinventar a prática na ação;
3. o processo envolve três níveis de desenvolvimento, desencadeados pela experiência de imersão clínica, local ou internacional;
4. o processo é promovido pelo ambiente de aprendizagem de estudantes ou enfermeiro/a/s, o qual é representado pela sua trajetória pessoal e pelas dimensões sociais e políticas do cuidar.

No que diz respeito às dimensões da competência cultural, os autores salientaram que a proposta teórica inclui indicadores de evolução de cada dimensão, permitindo apreciar e balizar o seu desenvolvimento, bem como aprofundar a compreensão dos processos de aprendizagem envolvidos no desenvolvimento da competência cultural. No entanto, Blanchet Garneau & Pepin (2015b) chamaram a atenção que a proposta teórica não evidencia inteiramente os diferentes tipos de trajetórias que podem ocorrer no desenvolvimento da competência cultural, o que constitui uma limitação do estudo. Os autores reconheceram também que foi difícil descrever o terceiro nível de desenvolvimento da competência cultural, uma vez que um número limitado de

enfermeiro/a/s se encontra neste nível e, este/a/s, têm dificuldade em explicitar o seu conhecimento tácito. Não obstante estas limitações, Blanchet Garneau & Pepin (2015b) defenderam que esta proposta teórica para o desenvolvimento da competência cultural tem potencial para guiar o/a/s enfermeiro/a/s para além das estruturas estabelecidas na sua prática quotidiana e promover um cuidado eficaz e de qualidade em contextos culturalmente diversos.

CONCLUSÃO

A análise crítica realizada sobre os modelos de competência cultural revelou a importância de conhecermos a definição de cultura em que se ancoram, uma vez que a mesma condiciona um olhar focado particularmente na etnicidade ou, pelo contrário, um olhar dirigido à singularidade da pessoa, no contexto do seu *mundo de vida*. Os modelos de competência cultural mostram potencialidades e limitações, as quais são motor para novos estudos, novas estratégias de ensino-aprendizagem e novas propostas de modelos que procuram desenvolver a compreensão sobre a pessoa cuidada e sobre a situação de saúde/doença que está a vivenciar.

Com esta análise crítica, procurámos promover a sensibilidade e compreensão sobre esta temática, bem como o questionamento de práticas passadas e presentes, em prol do desenvolvimento do cuidado de enfermagem. Para este desenvolvimento, parecemos imprescindível que seja estimulado o envolvimento individual e organizacional, num esforço conjunto que vise diminuir as disparidades étnico-raciais no acesso à saúde.

Procurámos também sensibilizar para o estudo das intervenções de competência cultural e seus resultados na saúde das pessoas. A validação dos modelos de competência cultural existentes ou o refinamento dos mesmos poderá ser um desafio decorrente deste artigo, associado ao desenvolvimento de instrumentos adaptados à realidade portuguesa.

Repensar as estratégias de ensino-aprendizagem dos modelos de competência cultural poderá ser também um repto suscitado por este artigo, fruto da avaliação do presente e da integração de experiências inovadoras que demonstram ser benéficas no desenvolvimento da competência cultural, quer de estudantes de enfermagem quer de enfermeiros. O fim último é desenvolver um cuidado sensível, centrado na pessoa e que seja culturalmente relevante.

REFERÊNCIAS

- Albarran, J. et al. (2011). Exploring the development of a cultural care framework for European caring science. *International Journal of Qualitative Stud Health Well-being*, 6(4), 11457. DOI: 10.3402/qhw.v6i4.11457.
- Bearskin, R.L.B. (2011). A critical lens on culture in nursing practice. *Nursing Ethics*, 18(4), 548-559. DOI:10.1177/0969733011408048.
- Betancourt, J.R., Green, A.R. & Carrillo, J.E. (2002). *Cultural Competence in Health Care: Emerging Frameworks and Practical Approaches*. Field Report. The Commonwealth Fund. www.cmwf.org.

- Blanchet Garneau, A. & Pepin, J. (2015a). Cultural Competence: A Constructivist Definition. *Journal of Transcultural Nursing*, 26(1), 9-15. DOI:10.1177/1043659614541294.
- Blanchet Garneau, A. & Pepin, J. (2015b). A constructivist theoretical proposition of cultural competence development in nursing. *Nurse Education Today*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.05.019> (in press).
- Burchum, J.L.R. (2002). Cultural Competence: An Evolutionary Perspective. *Nursing Forum*. 37(4), 5-15.
- Campinha-Bacote, J. (1999). A model and instrument for addressing cultural competence in health care. *Journal of Nursing Education*, 38(5), 203-207.
- Harkess, L. & Kaddoura, M. (2015). Culture and Cultural Competence in Nursing Education and Practice: The State of the Art. *Nursing Forum* (in press).
- Higginbottom, G.M.A. et al. (2011). Identification of nursing assessment models/tools validated in clinical practice for use with diverse ethno-cultural groups: an integrative review of the literature. *BMC Nursing*, 10(16). DOI:10.1186/1472-6955-10-16.
- Jirwe, M., Gerris K., & Emami, A. (2006). The Theoretical Framework of Cultural Competence. *Journal of Multicultural Nursing & Health*, 12(3), 6-16.
- Jirwe, M. et al. (2009). Identifying the core components of cultural competence: Findings from a Delphi study. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2622-2634. DOI:10.1111/j.1365-2702.2008.02734.x.
- Kleinmam A. (2004). Culture and Depression. *The New England Journal of Medicine*, 31(10) 951-952.
- Kleinmam A. & Benson P. (2006a). Culture, Moral Experience and Medicine. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 73(6), 834-839.
- Kleinmam A. & Benson P. (2006b). Anthropology in the clinic: The problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med*, 3(10), 1673-1676, e294. DOI:10.1371/journal.pmed.0030294.
- Langdon, E.J. & Wilk, F.B. (2010). Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 173-181.
- Leininger, M. (1995). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practices*. (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Leininger, M. (2001). *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*. Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Leininger, M. & McFarland, M.R. (2006). *Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory*. (2nd ed.). Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Lipson, J.G. & Desantis, L.A. (2007). Current Approaches to Integrating Elements of Cultural Competence in Nursing Education. *Journal of Transcultural Nursing*, Supplement 18(1), 10S-20S. DOI: 10.1177/1043659606295498.
- Monticelli, M. & Elsen, I. (2006). A Cultura como Obstáculo: Percepções da Enfermagem no Cuidado às Famílias em Alojamento Conjunto. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15(1), 26-34.

- Rodrigues, F.R.A., Martins, J.J.P.A. & Pereira, M.L.D. (2013). Competência cultural: análise do conceito segundo a metodologia tradicional de Walker e Avant. *E-REI: Revista de Estudos Internacionais do CEI*. <http://hdl.handle.net/10400.22/1715>.
- Shen, Z. (2014). Cultural Competence Models and Cultural Competence Assessment Instruments in Nursing: A Literature Review. *Journal of Transcultural Nursing*, May. 1-14. DOI:10.1177/1043659614524790.
- Vandenberg, H.E.R. (2010). Culture theorizing past and present: trends and challenges. *Nursing Philosophy*, 11, 238-249.
- Villarruel, A.M. (2004). Health Disparities Research: Issues, Strategies, and Innovations. *Journal of Multicultural Nursing & Health*, 10(2), 7-12.

Contacto: agmoita@esel.pt