

A experiência de enfermeiras cuidando de famílias culturalmente diversas: uma meta-síntese qualitativa¹

Saidy Eliana Arias Murcia²
Lucero Lopez³

Objetivo: compreender a experiência de enfermeiras no cuidado a famílias culturalmente diversas. Método: meta-síntese qualitativa. Uma busca exaustiva foi realizada em sete bases de dados e três repositórios, além de uma busca manual em referências sem delimitação de tempo em inglês, espanhol e português. As buscas revelaram 1609 estudos potencialmente relevantes. Estes foram avaliados considerando-se o título, o resumo e o texto completo, o que levou à inclusão final de 14 estudos. Dois revisores independentes usaram o Critical Appraisal Skills Programme (CASP) para avaliar a qualidade. A síntese interpretativa implicou um contraste permanente e consenso entre os autores, mostrando quatro categorias e um meta-tema. Resultados: “cuidar da família culturalmente diversa, a experiência de atravessar uma corda bamba”. Conclusão: a experiência de enfermeiras cuidando de famílias culturalmente diversas é exigente e desafiante porque traz uma tensão constante entre barreiras, manifestações culturais e a responsabilidade ética do cuidado, de onde emergem elementos da competência cultural de maneira incipiente. A omissão de informações nos relatos dos participantes nos estudos representa uma limitação. Os resultados proporcionam uma linha de base para que os profissionais e as organizações concentrem seus esforços de intervenção nas barreiras persistentes no cuidado às famílias culturalmente diversas e reafirmam a necessidade de formação de enfermeiros em competência cultural.

Descritores: Revisão; Enfermagem Familiar; Diversidade Cultural; Enfermagem Transcultural.

¹ Artigo extraído da dissertação de mestrado “Experiencia de enfermeras cuidando a familias multiculturales: Una Metasíntesis Cualitativa”, apresentada à Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, C/marca, Colômbia. Apoio financeiro da División de Investigación de la sede Bogotá (DIB), processo nº 20730.

² Enfermeira, MSc, Doutoranda, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

³ PhD, Professor Titular, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, Colômbia.

Introdução

A diversidade cultural das sociedades multiculturais origina-se na coexistência de diversos grupos étnicos no mesmo país ou região⁽¹⁾; nas diferenças entre e dentro dos mesmos grupos ou regiões⁽²⁾; o aumento no fluxo migratório⁽³⁾; a classe social, educação, gênero, idioma, idade, religião e estrutura familiar⁽⁴⁻⁵⁾.

Na América Latina convivem brancos, indígenas de diversas etnias, afrodescendentes, mulatos, mestiços, migrantes Europeus e Asiáticos; falam-se cinco idiomas oficiais (espanhol, português, francês, inglês e guarani) e 420 línguas indígenas pertencentes a 99 famílias linguísticas⁽⁶⁾. Portanto, não se pode falar em "Latinos" como um grupo cultural homogêneo. Deve-se considerá-lo na perspectiva da diversidade cultural.

Esta multiplicidade cultural põe demandas particulares à área da saúde, orientadas não só ao enfrentamento das desigualdades, promovendo serviços de acordo com a singularidade cultural⁽⁷⁾, mas também a superar o foco individual no familiar para prestar uma atenção culturalmente competente. Atender às preferências das famílias tem se revelado uma estratégia relevante, usada para aumentar o efeito das intervenções culturalmente competentes⁽⁸⁻¹¹⁾, já que reflete uma compreensão das crenças e tradições⁽⁸⁾ e tem em conta a pluralidade étnica, cultural e socioeconômica característica dos grupos multiculturais^(10,12).

Assim, os profissionais da saúde devem sentir-se comprometidos com a prestação de uma atenção culturalmente competente, tornando-se um fator crítico e essencial para prestar serviços de saúde às famílias de todas as origens raciais, étnicos e culturais⁽¹³⁻¹⁴⁾. Apesar disso, pôr em práticas tais ações continua sendo exigente devido à existência de barreiras⁽¹²⁾ vinculadas a fatores pessoais e contextuais, que podem facilitar ou impedir a atenção⁽¹⁵⁾.

Uma meta-síntese sobre a experiência das enfermeiras na atenção a pacientes de outras culturas⁽¹⁶⁾ revelou sua preocupação com as barreiras na comunicação e oportunidades de acesso e qualidade da atenção; benefícios sobre a aprendizagem de outras culturas e a satisfação na atenção a pacientes de diversas origens étnicas. Com base nestes resultados, a autora sugeriu o desenvolvimento de novas meta-sínteses com abordagens mais específicas em termos de cenários de prestação de cuidado, grupos culturais e práticas de cuidado, para facilitar a comparação direta⁽¹⁶⁾.

A crescente produção de estudos qualitativos sobre a experiência de enfermeiras com pacientes provenientes de diversas origens culturais têm destacado resultados sobre a experiência na atenção culturalmente competente

centrada na família, que ainda não foram sintetizados para apoiar a prática baseada em evidências.

Na tentativa de preencher essa lacuna, propomos a presente revisão, baseada no enfoque da meta-síntese como produto interpretativo e processo analítico, com objeto de interpretar e sintetizar os resultados das investigações qualitativas para compreender a experiência de enfermeiras no cuidado a famílias culturalmente diversas.

Para fins de esta revisão, as famílias culturalmente diversas foram consideradas como aqueles membros da família de um adulto com idade superior a 18 anos, provenientes de diferentes origens étnicas, países ou religiões diferentes dos da enfermeira.

Além disso, este estudo partiu de uma conotação ampla do cuidado da família, adotando a visão da família como unidade de cuidado, sistema ou contexto do paciente⁽¹⁷⁾, para incluir todas as abordagens da família no contexto assistencial. A experiência das enfermeiras foi concebida como tudo aquilo (pensamentos, sentimentos, reflexões e ações) presenciado, sentido ou recordado, descrito pelas enfermeiras durante o cuidado da família culturalmente diversa⁽¹⁸⁾.

No caso particular dos países da América Latina, o desenvolvimento do conhecimento produto desta síntese contribuiria à geração de respostas congruentes com as demandas de saúde das famílias culturalmente diversas, formação de profissionais na área de competências culturais, e adaptação de programas e políticas de intervenção familiar, que permitam garantir a segurança, qualidade e adesão na atenção.

Método

Meta-síntese qualitativa seguindo o foco interpretativo e os parâmetros sugeridos por Sandelowski e Barroso⁽¹⁹⁾. Consiste em uma integração interpretativa onde os resultados dos estudos qualitativos sobre a experiência de enfermeiras cuidando de famílias culturalmente diversas foram agregados, integrados ou resumidos para criar representações interpretativas em um novo resultado, fiel à interpretação dos estudos individuais⁽¹⁹⁾.

Este processo envolveu o desenho de um protocolo de revisão proposto durante um estágio de pesquisa pela primeira autora em abril de 2014 em São Paulo, Brasil.

A definição da pergunta foi orientada pela estratégia PICo, sugerida pelo JBI para revisões sistemáticas qualitativas, que permitiu especificar aspectos chave relacionados à população (P), fenômeno de interesse (I) e contexto (Co)⁽²⁰⁾, definida assim: Como tem sido

a experiência de enfermeiras cuidando de famílias culturalmente diversas?

A estratégia de busca foi proposta com a assessoria de bibliotecários especialistas da Universidade de São Paulo e implementada entre 14 e 18 de abril de 2014. As bases de dados consultadas incluíram CINAHL, Medline, Ovid Nursing, Science Direct, Sociological Abstracts, Cuiden, BVS-Lilacs e os Repositórios da Universidad Nacional de Colombia, Universidad de Alicante (Espanha) e Universidade de São Paulo (Brasil).

Os unitermos (MeSH e Decs) e palavras-chave para a busca em inglês foram: "Attitude of Health Personnel", "Nurse-Patient Relations", "Nurse experience", "Family Nurse Practitioners", "Professional-Family Relations", "Family Centered Nursing", "Culturally diverse families" e "Multicultural family members" e seu equivalente em espanhol e português. Esses termos foram especificados de acordo com os tesouros para cada base de dados e integrados utilizando os operadores booleanos "AND" e "OR", de acordo com as partes da pergunta PICO.

Adicionalmente, foi efetuada uma busca manual nas referências dos estudos incluídos, no intuito de reduzir o viés de publicação e seleção na exclusão da literatura dentro do alcance da revisão⁽²¹⁾.

Os seguintes critérios de inclusão foram considerados para a seleção de estudos: a) idioma inglês, espanhol e português, sem limite de tempo, publicados até 30 de março de 2014; b) informe de resultados sobre as experiências de enfermeiras com as famílias culturalmente diversas de adultos maiores de 18 anos em qualquer âmbito do cuidado e c) desenhos etnográficos, fenomenológicos, teoria fundamentada, análise de discurso, história oral de vida, pesquisa-ação participante e estudos mistos com possibilidade de extrair os resultados qualitativos.

Como resultado desta etapa de busca, foram obtidos 1.621 relatos, dos quais 12 eram repetidos. Assim, no total, 1.609 foram submetidos ao processo de seleção por título, resumo e texto completo, baseado nos critérios de inclusão. Além disso, a revisão manual de referências revelou cinco relatos, resultando na inclusão de uma amostra final de 14 estudos para esta meta-síntese⁽²²⁻³⁵⁾.

A avaliação da qualidade dos estudos foi executada utilizando o Critical Appraisal Skills Programme (CASP) para relatos qualitativos, realizada por duas equipes de revisores de forma independente. O primeiro incluiu os autores e o segundo uma pesquisadora externa, especialista em pesquisa qualitativa. Esta avaliação foi implementada no intuito de ganhar familiaridade com os relatos e apreciar seu rigor metodológico, já que nenhum estudo foi excluído por motivos de qualidade metodológica⁽¹⁹⁾.

Para cada uma das 10 perguntas do CASP foram estabelecidas as seguintes pontuações: Sim: 2, Não sei: 1 e Não: 0. O cálculo da pontuação final correspondeu à média das avaliações de cada equipe de avaliadores. Pontuações entre 11 e 20 pontos foram consideradas como menor risco de viés metodológico e pontuações inferiores a 11 como maior risco de viés metodológico.

As diferenças entre os avaliadores foram resolvidas mediante discussão ou, nos casos onde os relatos de pesquisa publicados não cumpriram com todos os critérios da avaliação, foi consultado o texto original, o que ocorreu em um caso.

Na média, os 14 estudos receberam uma nota final igual ou superior a 14,5: um estudo alcançou 14,5⁽³⁰⁾; quatro receberam 15^(27-29,34); um 15,5⁽²⁶⁾; outro 16⁽³³⁾; quatro alcançaram 16,5^(22-24,35); dois 18,5^(25,31) e, finalmente, um recebeu 19⁽³²⁾. Isso demonstra o rigor dos estudos incluídos nesta meta-síntese, garantindo os critérios de qualidade exigidos para revisões sistemáticas⁽³⁶⁾ e apoiando a validade dos resultados deste estudo⁽¹⁹⁾.

A síntese dos resultados nesta revisão foi desenvolvida de acordo com um dos focos sugeridos por Sandelowski e Barroso para a geração de meta-sínteses qualitativas com o uso de análise comparativa constante⁽¹⁹⁾.

Este processo iniciou com a redução dos resultados das fontes primárias, através da extração manual de 152 resultados para uma matriz no software Excel (2010), incluindo os resultados específicos apresentados pelos pesquisadores como temas ou metáforas e os diálogos dos participantes, no idioma original e na sua tradução em espanhol, com a respectiva página. Isso permitiu a redução do viés de extração equivocada dos dados das fontes primárias⁽²¹⁾.

A partir da leitura e releitura, os resultados foram simplificados manualmente, constituindo 70 códigos agrupados de acordo com as semelhanças e diferenças. Após reduzir os resultados mediante o processo de codificação, foram reagrupados em 64 subcategorias, integradas em categorias mais amplas pelo eixo de relações, até alcançar quatro categorias finais.

Este processo de codificação e categorização envolveu o desenho, redesenho e reformulação na medida em que os dados foram revisados, revelando seu significado. *ción y categorización implicó diseño, rediseño y reformulación en la medida en que los datos fueron revisados y emergía su significado.* A análise conjunta pelos autores, através de encontros, discussões e particularmente a expertise em pesquisa qualitativa da segunda autora, foi chave nesta etapa para conseguir reconhecer, recontextualizar, interpretar

os dados e chegar a um consenso sobre as construção das categorias.

Isso facilitou a possibilidade de auditoria no processo de análise⁽³⁶⁾ e a diminuição do viés no reconhecimento dos resultados contrários⁽²¹⁾, mediante a inclusão de toda a evidência das fontes primárias e a exploração da variação dos resultados.

Para facilitar a compreensão dos dados e da dinâmica da experiência das enfermeiras, foram formulados oito modelos visuais. A partir deste processo apareceu a metáfora da corda bamba como recurso útil para dar sentido aos dados e favorecer a construção do meta-tema (denominação proposta por McFarland e Wehbe)⁽³⁷⁾.

Resultados

Dos 14 relatos incluídos, 13 correspondem a artigos de pesquisa^(22-31,33-35) e um a uma tese de doutorado⁽³²⁾, cujos anos de publicação variam de 1993 a 2011. Foram realizados em nove países: Reino Unido, Inglaterra, Irlanda, Noruega, Suécia, Canadá, Colômbia, Arábia Saudita e Austrália. Os desenhos empregados incluíram estudos exploratórios (21,4%), descritivos exploratórios (28,6%), descritivos interpretativos (28,6%), fenomenológicos (7,1%), etnográficos (7,1%) e hermenêuticos (7,1%).

A maioria dos estudos foram desenvolvidos em cenários de atenção hospitalar (93%) e na área de atenção domiciliar (7%). Ao total, 247 enfermeiras participaram nos 14 estudos. A Tabela 1 indica as características demográficas das enfermeiras de acordo com o gênero, a idade, o país de origem e a origem étnica relatados nos estudos. O item "não especificado" indica omissão desta informação no estudo primário.

Tabela 1 - Características demográficas das enfermeiras participantes nos estudos primários de acordo com gênero, idade, país de origem e origem étnica. Bogotá, Colômbia, 2014

Característica	Número	Porcentagem (%)
Gênero		
Mulheres	102	41
Homens	32	13
Não especificado	113	46
Idade		
22-55	85	34
Não especificado	162	66

(continue...)

Tabela 1 - (continuação)

Característica	Número	Porcentagem (%)
País de origem		
Austrália	2	0,8
Canadá	9	3,6
Irlanda	1	0,4
Reino Unido	1	0,4
Índia	1	0,4
Noruega	16	6,5
Suécia	52	21,1
Colômbia	20	8,1
Não especificado	145	58,70
Origem étnica ou cultural		
Branca	40	16,2
Negra	3	1,2
Latino	20	8,1
Não especificada	184	74,5

As características das enfermeiras de acordo com o nível educacional, média de experiência profissional em anos e capacitação em competência cultural são mostradas na Tabela 2. Infelizmente, os dois últimos aspectos não foram determinados com precisão por falta de omissão da informação nos estudos primários (66% e 72% dos casos, respectivamente), o que representou uma limitação para a síntese.

Tabela 2 - Características das enfermeiras participantes nos estudos primários de acordo com o nível educacional, experiência profissional em anos e capacitação em competência cultural. Bogotá, Colômbia, 2014

Característica	Número	Porcentagem (%)
Nível Educacional		
Auxiliar de enfermagem	37	15
Profissional de enfermagem	129	52
Pós-graduação	44	5
Não especificado	37	15
Média de experiência profissional (anos)		
<5	8	3
6 a 10	40	16
11 a 15	0	0
16 a 20	23	9
>21	12	5

(continue...)

Tabela 2 - (continuação)

Característica	Número	Porcentagem (%)
Não especificado	164	66
Capacitação em competência cultural		
Sim	70	28
Não especificado	177	72

A integração interpretativa dos resultados dos 14 estudos incluídos revelou quatro categorias e um meta-tema, que representam o resultado mais significativo deste processo meta-sintético e facilitam a compreensão da experiência das enfermeiras no cuidado de famílias culturalmente diversas (Figura 1).

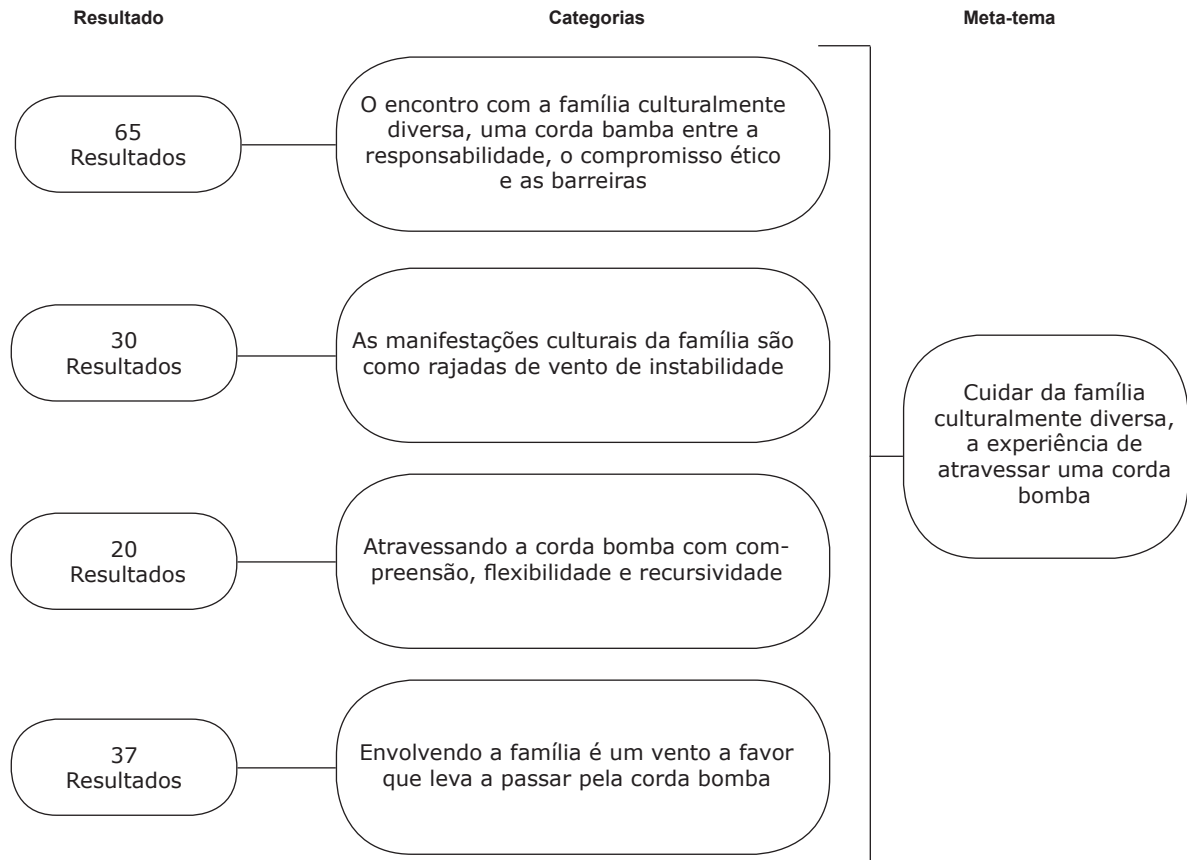


Figura 1 – Categorias e Meta-tema resultando do processo de síntese dos resultados

Categoria 1: O encontro com a família culturalmente diversa: uma corda bamba entre a responsabilidade, o compromisso ético e as barreiras

A responsabilidade e o compromisso ético da enfermeira no cuidado ao paciente levam a dar o primeiro passo no encontro com a família. Este encontro acontece em meio a fatores externos e internos que cercam o ambiente do cuidado, chamados barreiras, que fazem com que a interação desenvolvida em meio ao encontro não seja estática mas oscilante e variante ao redor de toda a experiência.

As barreiras externas são todas aquelas dificuldades para o cuidado às famílias causadas por fatores externos às enfermeiras, incluindo em primeiro

lugar as relacionadas com a comunicação: a) diferenças no idioma^(25-26,31) b) confidencialidade^(24,29-30,33) e c) particularidades culturais na comunicação sobre distinções de gênero ou atitudes patriarcais nas famílias⁽²⁷⁾, o uso de uma criança como tradutor⁽³⁴⁾ ou a forma de comunicar-se com o pessoal da saúde⁽²⁹⁾.

Por causa da presença destas barreiras, as enfermeiras percebem sua responsabilidade como demandante e exigente, já que reconhecem seu dever de zelar pelo respeito ao direito do paciente e sua família de ser informados⁽²⁷⁾, que ganha complexidade em meio às políticas institucionais sobre o uso de membros da família como intérpretes⁽²³⁾.

Em segundo lugar, são considerados como parte das barreiras externas aqueles aspectos institucionais que influenciam a prestação de um cuidado excelente à família, determinadas por: a) a falta de espaço nas áreas assistenciais para acomodar todos os membros da família^(28-30,32) b) a limitação de recursos para oferecer alimentação e estadia a todos os membros da família⁽³²⁾ e c) a restrição do tempo das enfermeiras para dedicar-se ao cuidado da família⁽³²⁻³³⁾.

A presença dessas barreiras à experiência do cuidado causa um impacto negativo ao classificar a presença da família como um problema ou uma dificuldade^(22,29,32), pela violação das normas institucionais relacionadas às visitas e a interferência com procedimentos rotineiros de cuidado^(25-26,29,32). De acordo com um participante: *Primeiro os indígenas chegavam, assim que chegavam queriam já consultar e não só um mas toda a família, se são dez pediam dez consultas, assim ficavam bem mas, quando ia entrar um tinham que entrar todos, então às vezes se tornava um problema para a consulta, como vinham de tão longe não podia deixar espera-las tanto tempo* (E3P6, Enfermeiro)⁽³²⁾.

Por outro lado, a presença destas barreiras leva ao surgimento de barreiras internas próprias das enfermeiras, que aparecem quando vivenciam um choque cultural ao sentir seus próprios valores e crenças culturais, confrontados com os valores e crenças culturais das famílias⁽²⁷⁾.

Esta confrontação impede o avanço a uma experiência positiva na medida em que as experiências podem gerar conflitos. Por exemplo, a opinião patriarcal de algumas famílias culturalmente diversas em conflito com ser mulher na profissão de enfermagem foi relatada assim: *Seu marido era o intérprete e antes da alta queria falar com o encarregado. Eu fui, porque era a enfermeira da sala. Se negou a falar comigo, porque era uma mulher* (Enfermeiro)⁽²⁶⁾.

O anterior repercute na percepção negativa do cuidado às famílias, manifestada em: a) uma imagem negativa da família, classificando-a como um obstáculo⁽²⁵⁾ ou um problema^(32,35) b) reações emocionais na enfermeira como angústia⁽²⁶⁾, estresse⁽²⁵⁻²⁶⁾, tensão⁽²⁵⁻²⁶⁾, incerteza⁽²⁶⁾, frustração⁽²⁵⁾ e irritação⁽³¹⁾ e c) uma relação distante e superficial com a família⁽²⁹⁾.

Categoria 2: As manifestações culturais da família são como rajadas de vento de instabilidade

Para as enfermeiras, as manifestações culturais da família são comportamentos particulares associados à cultura, expressadas diante de situações de doença, luto, morte, dor, aceitação ou negação de um tratamento. Essas manifestações são classificadas como inesperadas e diferentes diante da sua própria cultura, pois podem surgir a qualquer momento^(28,30) e ser geradas de diversas formas: a) expressivas ou não expressivas⁽²⁶⁻³⁰⁾

b) relacionadas à aparência física e à manifestação de costumes^(25,32) c) relacionadas à participação nas atividades de cuidado^(27,33) e d) associadas às diferenças de gênero^(27,32), como disse este participante: *A informação é transmitida através do marido, mas em nossa cultura é diferente - quando as esposas e mães pedem informação, elas recebem. Isso pode ser um problema* (Enfermeiro)⁽²⁷⁾.

Com a presença destas manifestações culturais da família, a manutenção do equilíbrio pelas enfermeiras no encontro se vê ameaçada ao não encontrar alternativas de resposta. O conhecimento e a experiência prévios não são suficientes para aproximar-se da família, conforme mostra o depoimento desta participante: *Como enfermeiras nos dedicamos a, ou estamos acostumadas a ajudar as pessoas em luto. Mas não encontrei este papel de consolo na unidade com todos os membros da família* (Enfermeiro)⁽²⁶⁾.

Além disso, as enfermeiras percebem a influência dessas manifestações no ambiente de trabalho e nos demais pacientes, onde a alternativa de imposição cultural surge como a melhor resposta. Neste sentido, um participante afirmou: *Os membros da família ficaram no quarto após sua morte e falaram muito alto. Tivemos que fechar as portas para evitar que as vozes fossem escutadas no corredor, porque outros pacientes estavam realmente assustados* (Enfermeiro)⁽²⁶⁾.

Categoria 3: Atravessando a corda bamba com compreensão, flexibilidade e recursividade

Em resposta ao desequilíbrio, as enfermeiras começam a considerar ferramentas adicionais que lhes ajudarão a ganhar habilidades para avançar e superar a instabilidade que antes marcava seu encontro com a família: a compreensão, flexibilidade e recursividade.

A compreensão emerge quando as enfermeiras começam a "colocar-se no lugar das famílias". Através da compreensão, começam a descobrir as características e necessidades da família e a explicar aquelas manifestações que lhes causam instabilidade^(22-24,26-27).

Por outro lado, a flexibilidade descreve-se como "ter a mente aberta" às necessidades da família. Implica ser receptivo sem julgar as atitudes, comportamentos da família, o que lhes ajuda a compreender as diferenças culturais^(24,27). Por exemplo, um participante afirmou: *Tem que ser flexível com relação à família que vem visitar o paciente e não é recebido nos horários de visita. Os pacientes podem sentir-se muito isolados se não conseguem falar com ninguém, podem não entender o que fazem ou dizem ao seu redor* (Enfermeiro)⁽²⁴⁾.

Por meio destas duas ferramentas, as enfermeiras começam a planejar e implementar alternativas de intervenção, geradas através da recursividade,

entendida como aquelas formas inovadoras de atuar e de resolver as dificuldades no tratamento com a família.

Por exemplo, as enfermeiras mobilizam todos os recursos ao seu alcance para acomodar as famílias dos pacientes indígenas⁽³²⁾, criam alternativas para preservar as crenças, os valores, costumes e cuidados populares da família ou por meio da participação em alguns ritos familiares⁽²⁵⁾ e facilitam um clima apoiador⁽²⁶⁾. Em outra instância, permitiam que os membros da família levassem símbolos e ícones de cura⁽²⁷⁾ ou criavam ajuda linguística para facilitar a interação com a família⁽²⁶⁾.

Um exemplo de uma alternativa de intervenção baseada na recursividade foi comentado por um participante assim: *As mulheres muçulmanas costumam cobrir-se em cima (parte superior de seus corpos). Quando seus ombros estavam descobertos, as cobríamos como se vestissem uma camisa de frente para trás antes que os visitantes chegassem* (Enfermeiro)⁽²⁷⁾.

Categoria 4: Envolvendo a família é um vento a favor que leva a passar pela corda bamba

As ferramentas de compreensão, flexibilidade e recursividade permitiram reformular o significado da experiência de forma positiva. As enfermeiras começam a classificar como "útil" a ajudar que a família lhes pode proporcionar^(22,29,33-34), executando atividades assistenciais^(22,29,34), na comunicação^(22-24,31), na segurança do paciente⁽²²⁾ e no apoio ao paciente^(29,31),

de acordo com este participante: *Acho que os familiares são muito úteis. Estou muito agradecida pela ajuda que nos dão para ajudar a dar banho no paciente e também sem esquecer seu apoio na interpretação. Não sei o que faríamos sem eles* (Enfermeira)⁽³⁵⁾.

Sentir como se a família se unisse no propósito de cuidar do paciente causa estabilidade e impulsiona em direção a construção e ao fortalecimento de uma boa relação que traz benefícios em três níveis, tanto para o paciente como a enfermeira e a família: a) paciente: benefícios como apoio emocional e físico^(22,29,31), comodidade⁽²⁴⁾, segurança, confiança^(31,33) e bem-estar emocional, social e psicológico⁽²⁵⁾ b) enfermeira: superar dificuldades na comunicação^(22-23,29,31), incrementar seu conhecimento sobre as diferentes culturas^(22,24) e fortalecer seu vínculo com o paciente^(22,28,31) e c) família: fortalecer a confiança na enfermeira⁽²⁶⁾ e prestar cuidado ou participar na tomada de decisões sobre o cuidado do seu ente querido^(25,29,33).

Meta-tema: Cuidar da família culturalmente diversa, a experiência de atravessar uma corda bamba

Embarcar na experiência de atravessar uma corda bamba e vivenciar a incerteza pelo risco de cair é um ato maravilhoso e admirável, mas também exigente e desafiante. Essa é a experiência das enfermeiras no cuidado das famílias culturalmente diversas (Figura 2).

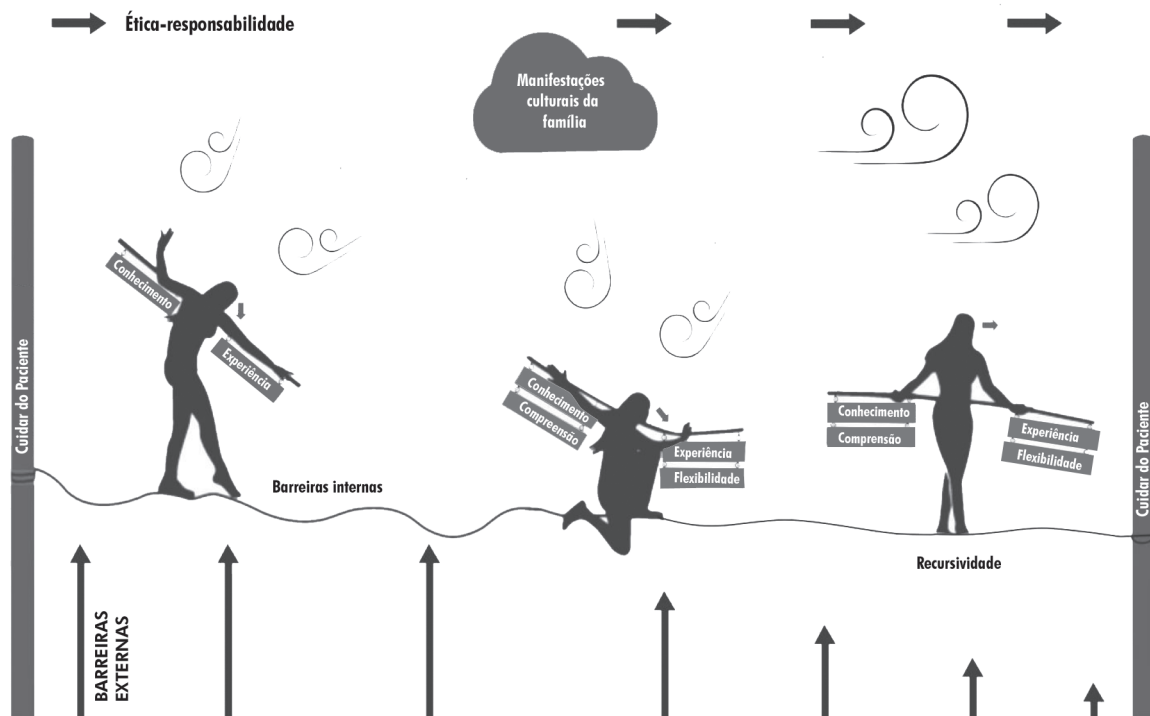


Figura 2 - Experiência de enfermeiras no cuidado de famílias culturalmente diversas

Como a corda bamba, o encontro com a família é oscilante e variante na medida que as enfermeiras avançam e percebem sua experiência positiva ou negativamente, dependendo da interação com as famílias e os diferentes elementos em torno do ambiente do cuidado.

O primeiro passo das enfermeiras no encontro com a família é impulsionado pela ética e a responsabilidade do cuidado ao paciente, motivadas pelo imperativo moral de cuidar da melhor forma. Por isso, são os dois polos que sustentam o encontro com a família.

As enfermeiras começam a sentir-se sobre uma corda bamba, porque o encontro acontece em meio a barreiras externas e internas e as manifestações culturais da família como rajadas de vento. Sua perspectiva concentra-se para baixo, deixando-lhes influenciadas pelas barreiras e dificuldades, o que lhes causa instabilidade e, portanto, uma percepção negativa da experiência.

Consequentemente, o cuidado da família é percebido como uma obrigação ou uma exigência à qual é difícil responder. As ferramentas com as quais têm contado previamente e que levam em seu feixe de equilíbrio: conhecimento e experiência prévia (Figura 2) não são suficientes para tratar da família culturalmente diversa, fazendo com que respondem baseado na imposição cultural.

Mas em meio à instabilidade, as enfermeiras fazem uma pausa e começam a considerar ferramentas adicionais para aproximar-se da família: a compreensão e a flexibilidade, que se somam a seu feixe de equilíbrio, oferecendo-lhes estabilidade (Figura 2).

Assim, começam a avançar com maior segurança pelas respostas a partir da recursividade, sua perspectiva concentra-se adiante e sua percepção da altura diminui progressivamente, o que lhes permite perceber aqueles elementos que antes estavam contra agora a seu favor.

Finalmente, as enfermeiras começam a valorizar os benefícios de cuidar da e com a família, fortalecendo sua relação de cuidado, que favorece o avanço para uma percepção positiva da experiência.

Discussão

Este estudo buscou interpretar e sintetizar os resultados das pesquisas qualitativas para compreender a experiência das enfermeiras no cuidado a famílias culturalmente diversas. O esforço interpretativo no processo meta-sintético revelou novos significados para os resultados relatados nas pesquisas primárias, transcendendo à explicação das dinâmicas e dos significados da experiência das enfermeiras.

A representação visual da síntese através de uma corda bamba (Figura 2) tornou-se em um poderoso recurso retórico não só para deixar a interpretação da experiência mais compreensível para os leitores, mas também para sustentar a validade dos resultados, já que este tipo de recursos em meta-sínteses revela as relações discernidas e as comparações feitas pelos autores⁽¹⁹⁾.

De um lado, os resultados desta meta-síntese sugerem que o encontro com a família culturalmente diversa é relacional, dinâmico e oscilante, porque permite a interação intercultural com a família⁽²⁾ e constitui a plataforma central onde os significados são construídos⁽³⁸⁾.

O que torna este encontro particular é a característica de ser mediado pelo cuidado ao paciente, onde a aproximação com a família acontece em meio à visão da família como contexto do paciente, apesar da crença que a abordagem da família como unidade de cuidado sempre tem sido um foco de interesse da enfermagem⁽¹⁷⁾.

Isso evidencia a prevalência de uma brecha entre o que "deveria ser" e a "prática real" da enfermagem de família⁽³⁹⁾, em meio a sistemas e organizações que dificultam a inclusão das famílias na atenção, ainda mais nos contextos hospitalares predominantes na maioria dos estudos incluídos nesta meta-síntese.

Os esforços das enfermeiras para aproximar-se das famílias motivados pela responsabilidade ética do cuidado são restritos não só pela presença de barreiras externas, relacionadas às dificuldades na comunicação, à falta de tempo para o cuidado, de espaço para as visitas e de recursos destinados às famílias, mas também pela presença de barreiras internas associadas ao impacto das diferenças culturais.

De fato, esta meta-síntese reafirma a dificuldade das enfermeiras para atender às demandas familiares em casos de diferenças culturais que tornam esta tarefa mais complexa. A novidade deriva do efeito destes fatores em uma tensão permanente, gerando uma percepção negativa da experiência, manifestada no aparecimento de sentimentos, emoções desafiantes e conflitos e resultando em uma relação distante e superficial com a família.

Além disso, os resultados nesta meta-síntese demonstram o surgimento de alguns elementos da competência cultural em resposta à instabilidade no cuidado à família culturalmente diversa. Quando as enfermeiras começam a dar sentido às diferenças pelo reconhecimento das necessidades da família e suas próprias necessidades através da compreensão e flexibilidade, encontram alternativas de resposta dentro das possibilidades e dos recursos a que têm acesso.

Assim, a compreensão e flexibilidade à luz da teoria da Competência Cultural de Campinha-Bacote⁽²⁾ refletem a consciência cultural, enquanto os demais elementos: desejo, conhecimento e habilidade cultural⁽²⁾ foram manifestados de forma incipiente na experiência, através das alternativas geradas em meio à recursividade.

Infelizmente, a omissão de informações na descrição das características dos participantes nos relatos de pesquisa, neste caso informações relacionadas à formação em competência cultural das enfermeiras, representou uma limitação que dificultou a profundidade desta análise. Teria seria desejável determinar se estas enfermeiras possuíam conhecimentos na área de competência cultural que lhes facilitasse a produção de alternativas inovadoras ou se foram soluções emergentes de forma espontânea em meio à instabilidade.

Apesar desta limitação, esta síntese conseguiu demonstrar que estes elementos, associados à competência cultural, contribuem para a reformulação do significado da experiência de maneira positiva. Mesmo que a tensão prevaleça, graças a estes elementos, a percepção da experiência ganha uma nova compreensão que permite valorizar os benefícios do envolvimento da família no cuidado.

Com base nesta evidência, conclui-se que o significado da experiência das enfermeiras no cuidado à família culturalmente diversa é dinâmico, pode passar de uma percepção positiva a negativa ou vice-versa de acordo com a interação com a família, os fatores dentro do contexto da atenção e as ferramentas oferecidas pela competência cultural.

Implicações para a pesquisa e a prática de enfermagem

Esta meta-síntese foi proposta no intuito de ter um alcance internacional, incluindo uma amostra culturalmente diversa e diversos contextos de atenção. Apesar disso, a inclusão de um único estudo desenvolvido na América Latina⁽³²⁾ evidencia a falta de literatura empírica sobre este tema em nosso contexto.

Além disso, a prevalência de cenários na área hospitalar sobre a comunitária mostra a necessidade de maior investigação sobre este fenômeno de estudo em outros contextos de atenção de enfermagem com populações multiculturais.

Além disso, é fundamental ampliar a discussão, focando esforços de pesquisa futuros no estudo da competência cultural e na exploração do ponto de vista da experiência das famílias, o que permitiria ampliar a compreensão do potencial das estratégias de intervenção orientadas às famílias culturalmente diversas, tanto do

ponto de vista do prestador como da pessoa objeto do seu cuidado.

As limitações nos relatos dos estudos incluídos nesta revisão demonstram que melhorar à qualidades dos informes de pesquisa é fundamental, dando maior ênfase aos relatos dos participantes e ao desenho do estudo, que continua sendo um ponto fraco nos relatórios qualitativos.

No nível da prática, os resultados deste estudo oferecem uma linha de base para que as organizações da saúde concentram boa parte de seus esforços de intervenção nas barreiras externas, implementando mecanismos como: a) o oferecimento de serviços linguísticos adequados e competentes; b) a destinação de maiores recursos e o favorecimento de espaços para acomodar os membros da família e c) a avaliação da distribuição do tempo previsto para o desempenho das atividades dos profissionais.

Por sua vez, os profissionais de enfermagem precisam concentrar-se nas barreiras internas: a) estando atentos ao reconhecimento, à compreensão e ao respeito pelas particularidades culturais que caracterizam as pessoas objetos do seu cuidado e b) favorecendo espaços de formação intercultural.

Finalmente, este estudo reafirma a necessidade de formação dos profissionais de enfermagem na área de competência cultural nos diferentes níveis de educação formal (básica e especializada) e a adaptação dos currículos, para favorecer espaços que estimulam os conhecimentos e habilidades no cuidado a populações culturalmente diversas e alcançar experiências positivas na atenção.

Conclusão

A síntese dos resultados de 14 estudos qualitativos permitiu compreender as experiências das enfermeiras no cuidado a famílias culturalmente diversas como uma experiência gratificante e admirável, mas ao mesmo tempo exigente e desafiante, diante da complexidade da abordagem da unidade familiar, o encontro com as diferenças culturais e a responsabilidade ética do cuidado que ganha complexidade ao passar à esfera familiar.

Esta nova compreensão partindo da perspectiva dos profissionais revelou a permanente tensão que as enfermeiras vivenciam no cuidado às famílias provenientes de diferentes culturas e suas conseqüências para a percepção do significado da experiência e para a relação de cuidado.

A evidência desta revisão abre novos horizontes no conhecimento de enfermagem da família e transcultural, contribuindo com uma base mais confiável para a tomada

de decisões na abordagem das famílias culturalmente diversas e revalidando a necessidade de enfermeiros preparados para responder às demandas da sociedade multicultural, não só pelo impacto de prestar um cuidado culturalmente adaptado, mas também pela satisfação e percepção positiva na experiência de cuidado.

Agradecimentos

À Prof^a Dr^a Luiza Akiko Komura Hoga (Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil) pela sua grande contribuição à orientação para o desenvolvimento desta pesquisa.

Referências

1. Fasanello MR, Machado ME. Multiculturalidad étnica en América Latina. El caso de Venezuela. *Cienc Odontológica*. 2009;6(2):137-47.
2. Campinha-Bacote J. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *J Transcult Nurs*. 2002 Jul 1;13(3):181-4.
3. Comunicado de prensa de las Naciones Unidas [Internet]. [cited 2015 May 8]. Available from: http://www.un.org/es/ga/68/meetings/migration/pdf/press_el_sept_2013_spa.pdf
4. Almutairi AF, Gardner G, McCarthy A. Perceptions of clinical safety climate of the multicultural nursing workforce in Saudi Arabia: A cross-sectional survey. *Collegian*. 2013 Sep;20(3):187-94.
5. Osorio MB, Lopez AL. Competencia cultural en salud. Necesidad emergente en un mundo globalizado. *Index Enferm*. 2008;17(4):266-70.
6. NU, CEPAL, Bernal M, Dustin R. Innovación social en salud. Un aporte al avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio [Internet]. 2014. Available from: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/37194-innovacion-social-en-salud-un-aporte-al-avance-de-los-objetivos-de-desarrollo>
7. Martínez MF, Martínez J, Calzado V. La Competencia Cultural como referente de la Diversidad Humana en la Prestación de Servicios y la Intervención Social. *Interv Psicosoc*. 2006;15(3):331-50.
8. Whittemore R. Culturally competent interventions for Hispanic adults with type 2 diabetes: a systematic review. *J Transcult Nurs*. 2007;18(2):157-66.
9. Hasnain R, Kondratowicz, Portillo N, Johnson T, Balcazar F, Johnson T, Gould R, et al. The Use of Culturally Adapted Competency Interventions to Improve Rehabilitation Service Outcomes for Culturally Diverse Individuals with Disabilities. A Campbell Collaboration Systematic Review and Meta-Analysis. 2009.
10. Kumpfer KL, Alvarado R, Smith P, Bellamy N. Cultural Sensitivity and Adaptation in Family-Based Prevention Interventions 5. *Prev Sci*. 2002;3(3):241-6.
11. Hasnain R, Kondratowicz DM, Borokhovski E, Nye C, Balcazar F. Do Cultural Competency Interventions Work? A Systematic Review on Improving Rehabilitation Outcomes for Individuals with Disabilities. *Focus Tech Br*. 2011;31:1-12.
12. Henderson L, Reis MD, Nicholas DB. Health Care Providers' Perspectives of Providing Culturally Competent Care in the NICU. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2015;44(1):17-27.
13. Shen Z. Cultural Competence Models and Cultural Competence Assessment Instruments in Nursing: A Literature Review. *J Transcult Nurs*. 2015;26(3):308-21.
14. Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI model of evidence-based healthcare. *Int J Evid Based Healthc*. 2005;3(8):207-15.
15. Starr S, Wallace DC. Self-reported cultural competence of public health nurses in a Southeastern U.S. Public health department. *Public Health Nurs*. 2009;26(1):48-57.
16. Coffman MJ. Cultural Caring in Nursing Practice: A Meta-synthesis of Qualitative Research. *J Cult Divers*. 2004;11(3):100-9.
17. Friedman M, Bowden V, Jones E. *Family Nursing: Research, Theory and Practice*. 5th ed. Estados Unidos de América: Upper Saddle River, N.J. : Prentice Hall; 2003. 714 p.
18. Spence DG. Prejudice, paradox, and possibility: nursing people from cultures other than one's own. *J Transcult Nurs*. 2001;12(2):100-6.
19. Sandelowski M, Barroso J. *Handbook for Synthesizing Qualitative Research*. 1st ed. New York: Springer Publishing Company; 2007. 312 p.
20. Joanna Briggs Institute for Evidence Based Practice [JBI]. Reviewers' manual [Internet]. 2014. 197 p. Available from: www.joannabriggs.org
21. Whittemore R. Rigour in Integrative Reviews. In: Webb C, Roe B, editors. *Reviewing Research Evidence for Nursing Practice: Systematic Reviews*. Oxford (OXF): Blackwell; 2007. p. 149-56.
22. Boi S. Nurses' experiences in caring for patients from different cultural backgrounds. *J Res Nurs*. 2000 Sep 1;5(5):382-9.
23. Cioffi J. Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting: nurses' experiences. *Int J Nurs Stud*. 2003 Mar;40(3):299-306.
24. Cioffi J. Nurses' experiences of caring for culturally diverse patients in an acute care setting. *Contemp Nurse*. 2005 Sep;20(1):78-86.

25. Halligan P. Caring for patients of Islamic denomination: Critical care nurses' experiences in Saudi Arabia. *J Clin Nurs*. 2006 Dec;15(12):1565–73.
26. Høye S, Severinsson E. Intensive care nurses' encounters with multicultural families in Norway: an exploratory study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2008 Dec;24(6):338–48.
27. Høye S, Severinsson E. Professional and cultural conflicts for intensive care nurses. *J Adv Nurs*. 2010 Apr;66(4):858–67.
28. Hultsjö S, Hjelm K. Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences. *Int Nurs Rev*. 2005;52(4):276–85.
29. Murphy K, Clark JM. Nurses' experiences of caring for ethnic-minority clients. *J Adv Nurs*. 1993 Mar;18(3):442–50.
30. Ozolins L-L, Hjelm K. Nurses' experiences of problematic situations with migrants in emergency care in Sweden. *Clin Eff Nurs*. 2003 Jun;7(2):84–93.
31. Reimer-Kirkham S. Nurses' Descriptions of Caring for Culturally Diverse Clients. *Clin Nurs Res*. 1998 May 1;7(2):125–46.
32. Rojas JG. Significado de la experiencia de cuidar a pacientes indígenas en las salas de hospitalización del departamento de Antioquia-Colombia [tesis de doctorado]. Alicante (ALC): Departamento de Enfermería Universidad de Alicante. 2011.
33. Skott C, Lundgren SM. Complexity and contradiction : home care in a multicultural area. *Nurs Inq*. 2009;16(3):223–31.
34. Tuohy D, McCarthy J, Cassidy I, Graham M. Educational needs of nurses when nursing people of a different culture in Ireland. *Int Nurs Rev*. 2008;55(2):164–70.
35. Vydellingum V. Nurses' experiences of caring for South Asian minority ethnic patients in a general hospital in England. *Nurs Inq*. 2006 Mar;13(1):23–32.
36. Lloyd-Jones M. Overview of Methods. In: Webb C, Roe B, editors. *Reviewing Research Evidence for Nursing Practice: Systematic Reviews*. Oxford (OXF): Blackwell; 2007. p. 63–72.
37. McFarland M, Wehbe H. *Leininger's Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing*. Third Edit. Jones y Bartlett Pub (Ma), editor. Burlington; 2015. 612 p.
38. Meiers SJ, Tomlinson PS. Family – nurse co-construction of meaning : a central phenomenon of family caring. *Scand J Caring Sci*. 2003;17(2):193–201.
39. Segaric C, Hall W. The family theory-practice gap: a matter of clarity? *Nurs Inq*. 2005;12(3):210–8.

Recibido: 15.6.2015

Aceptado: 13.12.2015

Correspondencia:

Saidy Eliana Arias Murcia
 Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería
 Carrera 30 No. 45-03, Torre de Enfermería, Edificio 101, Piso 09, Oficina 912
 Teusaquillo
 Bogotá, D.C, C/marca, Colombia
 E-mail: searias@unal.edu.co

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.