

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

NATHALYA CASALLAS HERNANDEZ

COMPaixÃO E COMPETÊNCIA CULTURAL DE ENFERMEIROS NO CUIDADO
DE POPULAÇÕES VULNERÁVEIS

BELO HORIZONTE

2022

NATHALYA CASALLAS HERNANDEZ

COMPAIXÃO E COMPETÊNCIA CULTURAL DE ENFERMEIROS NO CUIDADO
DE POPULAÇÕES VULNERÁVEIS

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Organização e Gestão de Serviços de Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dra. Maria José Menezes Brito

Co-orientador: Prof. Dr. Sérgio Joaquim Deodato Fernandes

BELO HORIZONTE
2022

Hernandez, Nathalya Casallas.
H557c Compaixão e competência cultural de enfermeiros no cuidado de populações vulneráveis [recursos eletrônicos]. / Nathalya Casallas Hernandez. - - Belo Horizonte: 2022.
120f.: il.
Orientador (a): Maria José Menezes Brito.
Coorientador (a): Sérgio Joaquim Deodato Fernandes.
Área de concentração: Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem.
. Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Enfermagem. 2. Competência Cultural. 3. Empatia. 4. Ética em Enfermagem. 5. Populações Vulneráveis. 6. Dissertação Acadêmica. I. Brito, Maria José Menezes. II. Fernandes, Sérgio Joaquim Deodato. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: W 84.5



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DE TESE

ATA DE NÚMERO 194 (CENTO E NOVENTA E QUATRO) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA TESE APRESENTADA PELA CANDIDATA NATHALYA CASALLAS HERNANDEZ PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTORA EM ENFERMAGEM.

Aos 7 (sete) dias do mês de junho de dois mil vinte e dois, às 14:00 horas, realizou-se a sessão pública para apresentação e defesa da tese "COMPANHÃO E COMPETÊNCIA CULTURAL DE ENFERMEIROS NO CUIDADO DE POPULAÇÕES VULNERÁVEIS", da aluna **Nathalya Casallas Hernandez**, candidata ao título de "Doutora em Enfermagem", linha de pesquisa "Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Maria José Menezes Brito (orientadora), Sérgio Joaquim Deodato Fernandes, Marcelo Marcos Piva Demarzo, Kênia Lara da Silva, Alexandre Ernesto Silva e Antonio Marcos Tosoli Gomes, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;

REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 07 de junho de 2022.

Profª. Drª. Maria José Menezes Brito

Orientadora (Esc.Enf/UFMG)

Prof. Dr. Sérgio Joaquim Deodato Fernandes

(coorientador)

Prof. Dr. Marcelo Marcos Piva Demarzo

(UNIFESP)

Profª. Drª. Kênia Lara da Silva

(Esc.Enf/UFMG)

Prof. Dr. Alexandre Ernesto Silva

(UFSJ)

Antonio Marcos Tosoli Gomes

(UERJ)

Andréia Nogueira Delfino

Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 04.07.2022

MODIFICAÇÃO DE TESE

Modificações exigidas na Tese de Doutorado da Senhora **NATHALYA CASALLAS HERNANDEZ**.

As modificações foram as seguintes:

NOMES

ASSINATURAS

Profª. Drª. Maria José Menezes Brito

Prof. Dr. Sérgio Joaquim Deodato Fernandes

Prof. Dr. Marcelo Marcos Piva Demarzo

Profª. Drª. Kênia Lara da Silva

Prof. Dr. Alexandre Ernesto Silva



Documento assinado eletronicamente por **Marcelo Marcos Piva Demarzo**, Usuário Externo, em 08/06/2022, às 09:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Antonio Marcos Tosoli Gomes**, Usuário Externo, em 08/06/2022, às 11:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria Jose Menezes Brito**, Professora do Magistério Superior, em 08/06/2022, às 11:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Sérgio Joaquim Deodato Fernandes**, Usuário Externo, em 08/06/2022, às 12:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Alexandre Ernesto Silva**, Usuário Externo, em 08/06/2022, às 19:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Kenia Lara da Silva**, Membro, em 09/06/2022, às 23:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Andreia Nogueira Delfino**, Assistente em Administração, em 10/06/2022, às 09:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1512368** e o código CRC **9D513BFA**.

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 04.07.2022

*Ao meu sagrado,
meus pais Victor e Mariela
e minha Irmã Ana Sofia.
Gratidão!*

AGRADECIMENTOS

À *Deus*, aos *Anjos* e à *Divindade do Universo* pela possibilidade de viver mais um dia, de receber uma bolsa de estudos e poder morar no Brasil, a experiência mais enriquecedora e divertida da minha vida até hoje. Obrigada pela sabedoria e iluminação para escrever cada palavra deste documento.

Aos meus pais, *Victor Manuel* e *Mariela*, por serem a personificação do amor incondicional e abrigo. Por cuidarem de mim, mesmo estando longe; pelo exemplo de força para enfrentar a vida. Ainda não sei como agradecer-los por tudo o que fazem por nós. À minha irmã, *Ana Sofia*, pelos abraços e palavras de ânimo; por se orgulhar e me encher de amor e confiança. Vocês são meu sagrado. Gratidão!

Às minhas amigas e companheiras de todas as horas, *Melisa e Adriana*, por escutarem minhas inseguranças, por compartilharem alegrias e sucessos; por acreditarem em mim. Agradeço por nossa amizade, que é uma base para mim.

Ao meu irmão da vida, *Luis Miguel*, minha gratidão. Eu não imagino minha vida sem você, sem seus cuidados, sem sua presença e luz em minha vida. Você é minha pessoa e meu lugar seguro. Obrigada pelo apoio e incentivo.

Aos meus amigos, *Leonardo, Sergio, John, Adriana, Andrea, Fatmeh e Marcela*, obrigada por cada ligação de vídeo cheio de energia positiva e sorrisos; por proporcionarem alegria e força, mesmo com a distância.

À minha família *Casallas e Hernandez Garzón*, pela generosidade, por acreditarem em mim e me apoiarem neste processo.

À minha professora querida, *Maria José*. Você é inspiradora, um exemplo para nós, seus pupilos. Sou muito grata por aprender ao seu lado e por ser acolhida com tanto amor e confiança. Obrigada, mãe brasileira!

Aos meus amigos da OEA, *Adriana, Saidy, Carlos, Julian, Esteban*, e principalmente a *Laura*, pelo carinho e cuidado, pelos planos inesquecíveis, as danças e as canções cheias de sorrisos, pelo amor através da comida, pela companhia nos momentos mais difíceis, pela amizade maravilhosa, obrigada!

Aos meus presentes mais lindos do Brasil, minhas amigas para a vida toda, que abriram as portas de seu coração e de sua família para me acolher fazendo do Brasil meu lar. **Natália Ana**, minha duplinha e amada amiga, obrigada pela amizade, pelo apoio e pelo cuidado incondicional, pelas viagens, bem como por me presentear com sua família e me fazer sentir em casa. **Talita**, você iluminou minha vida com seu sorriso, com seu jeito de ser descontraído e livre, e eu não tenho como agradecer nossa viagem de despedida do Brasil, tudo ficou no meu coração. Ao meu presente baiano, **Moema**, gratidão pelo cuidado e pelas orações. À minha lindeza, **Melissa Joyce**, admiro muito você, obrigada por ser luz. Doutoradas, obrigada por caminharem comigo nestes quatro anos, vocês moram no meu coração e minha casa, onde eu estiver, será de vocês, obrigada de coração.

Aos meus amigos que foram minha família no Brasil, **Laura Camila, Julian, Jorge, Lina Natalia, Gabriel, Sara e Aline Alencar**. Vocês foram meu abrigo e fizeram a caminhada ainda mais leve e feliz. Obrigada pelas experiências divertidas, momentos inesquecíveis e pela motivação constante. Saudades de vocês, amigos!

Ao Professor **Sérgio** por me acolher como sua estudante internacional, por me ensinar o valor do sorriso no cuidado de enfermagem e me levar a refletir sobre a compaixão desde uma perspectiva ética.

Ao grupo de pesquisa **Ethics4Care**, da Universidade Católica Portuguesa, pelos ensinamentos e discussões enriquecedoras, principalmente agradeço à **Sofia Correia** pelo carinho e apoio durante a mobilidade acadêmica.

Ao **NUPAE** pela generosidade de construir o conhecimento coletivo e trabalho em equipe, pelas discussões, a convivência e os ensinamentos destes anos, principalmente a **Lilian Rezende** pelo carinho e apoio.

Às professoras da Escola de Enfermagem da UFMG, principalmente **Kênia, Rita, Kleidy, Marília e Elysangela**, por terem me acolhido com tanto carinho e por compartilharem comigo o saber. Vocês são mulheres enfermeiras poderosas, um exemplo para mim. Também agradeço aos funcionários da escola de enfermagem, pelos sorrisos sinceros e cuidado.

À **Doutora Liliana Reina Leal** pelo apoio e as discussões acadêmicas que me permitiram compreender sobre a compaixão.

À gestão da UPA, local de realização do estudo. Agradecimento às enfermeiras **Chirley e a Bruna**, que são um grande exemplo e inspiração e viabilizaram a realização da pesquisa. **Aos enfermeiros participantes**, por abrirem seu coração e conversarem sobre seus sentimentos e temores, considerando, inclusive, este momento desafiador da Pandemia da covid-19. Obrigada, sem vocês esta tese não seria possível.

À **Equipe de Cuidado Paliativo do Hospital Felício Rocho**, especialmente **Silvia e Elisa**, por me mostrarem a sensibilidade e o respeito pelas pessoas e seus corpos frágeis; por me ensinarem, por meio do amor, que o cuidado paliativo é sobre a vida e não sobre a morte; por me escutarem e apoiarem na parte final de meu doutorado. Eu me encontrei nessa área, eu sou Pali.

À **Residência Maria Imaculada (RMI)-Lisboa**, sobretudo para as **Irmãs Célia, Salomé, Beatriz e Grimoalda**, por proporcionarem um lar cheio de amor durante minha permanência em Lisboa, pelo cuidado e pelo carinho de cada dia, além dos ensinamentos e a reflexão sobre a vida e a divindade.

Ao **Coco e Vainilla** que sempre me esperaram em casa para me encher de amor, felicidade e calma.

Aos **Mestres da minha vida**, amigos, colegas, pacientes, famílias, estudantes por me ensinarem alguma coisa a cada dia. Gratidão!

Ao **CAPES**, por meio de bolsa de estudos em convênio com o programa OEA/GCUB, edição 2018-2022. À **FAPEMIG** e ao **CNPQ** pelo financiamento das pesquisas desenvolvidas no grupo.

Ao meu Brasil, obrigada!

EPÍGRAFE

“Eu tinha muitas certezas e acreditava que a paz residia no controle e na ilusão do futuro garantido. Quanta bobagem! Quando perdi o chão e soltei as rédeas é que descobri o sabor e a leveza da felicidade de apenas estar presente no presente. Jogando com as cartas que a vida apresenta no momento. Porque tudo muda. O tempo tudo”

(Ana Michelle Soares, Vida Inteira, 2019. P.41)

RESUMO

Casallas-Hernandez, Nathalya. **Compaixão e competência cultural de enfermeiros no cuidado de populações vulneráveis**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil, 2022.

Introdução: O Brasil avança no processo para se aceitar como uma sociedade multicultural, acreditando na ampla presença da população preta, parda e indígena. Além disso, deve lidar com altos fluxos migratórios provenientes de todos os continentes e a crescente população em situação de rua, em nível nacional e local, que merece uma abordagem holística. Por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), é garantido o acesso à saúde integral, universal e gratuita para toda a população, sem discriminação, sendo a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) uma porta de entrada ao referido serviço para as populações mais vulneráveis. Portanto, os profissionais da saúde, em qualquer nível de atenção, e particularmente o enfermeiro, precisam compreender a diversidade cultural e, idealmente, terem a capacidade para responder à mesma. A competência cultural e compassiva remete à capacidade de prestar cuidados culturalmente adequados e congruentes, facilmente aceitos pela população com a finalidade de aliviar o sofrimento humano. **Objetivo:** Compreender o processo de construção da competência cultural e compassiva de enfermeiros que cuidam de populações vulneráveis numa Unidade de Pronto Atendimento em Belo Horizonte, Brasil. **Metodologia:** Trata-se de um estudo conduzido pela abordagem qualitativa, do tipo de estudo de caso único, ancorada no referencial teórico do Modelo do Desenvolvimento da Compaixão Culturalmente Competente da enfermeira Irena Papadopoulos. O estudo foi realizado em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), localizada na cidade de Belo Horizonte (MG), Brasil. Participaram 18 enfermeiros que atuavam na UPA. Os dados foram coletados por meio de entrevista individual guiada por roteiro semiestruturado e observação da prática profissional, no período de outubro de 2020 a janeiro de 2021. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática, proposta por Bardin, com auxílio do software ATLAS.ti, versão 9. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, sob o parecer de número 4.249.999. **Resultados:** A análise dos dados permitiu compreender que o desenvolvimento da compaixão culturalmente competente é um processo subjetivo, contínuo e não linear. Além disso, possibilitou a construção de três categorias analíticas: A primeira foi “*Construção da compaixão culturalmente*

competente em enfermeiros que cuidam de populações vulneráveis”. Para a construção desta categoria, optou-se pela apresentação de três famílias: (a) Um olhar para dentro de si: o reconhecimento da identidade cultural; b) Caminhos a percorrer: da lacuna ao conhecimento cultural; c) A escuta atenta como cuidado essencial de enfermagem; e, d) competência cultural e compassiva como oportunidade infinita de crescimento). A segunda categoria foi “*Compaixão Culturalmente Competente da enfermagem durante a pandemia por COVID-19 na Unidade de Pronto Atendimento*”, composta por três famílias: a) Processo de desconstrução pessoal e profissional; b) Fortalecimento dos laços profissionais baseado na compaixão; e, c) “*Aproximações aos desafios da enfermagem para preservar o Cuidado Compassivo e Culturalmente Competente*”, composta por três famílias: a) Consolidação de habilidades compassivas no mundo globalizado; b) A formação profissional culturalmente competente como um processo incessante; e c) Alguns dilemas éticos no cuidado compassivo no início da vida.

Palavras-chave: Competência cultural, compaixão, cuidados de enfermagem, ética em enfermagem, populações vulneráveis.

ABSTRACT

Casallas-Hernandez, Nathalya. **Compassion and cultural competence of nurses in the care of vulnerable populations.** Thesis (PhD in Nursing) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brazil, 2022.

Introduction: Brasil has been moving toward accepting itself as a multicultural society by acknowledging the vast presence of African American, Indigenous and Mestizo populations, while dealing with high migratory rates from every continent, and the increasing homeless population nationwide. All of these populations deserve an integral approach. Through the Unified Healthcare System (S.U.S. in portuguese), access, universality and free healthcare its guaranteed for all population, without discrimination. The Emergency Care Unit (UPA) is the main entrance to the referred healthcare system for the most vulnerable population. Nevertheless, healthcare practitioners in every level, especially nurses, need to comprehend and furthestmost respect cultural diversity. Cultural competence is the capacity to provide cultural adequate and congruent care, easily accepted by the population. **Aim:** Understanding the process of construction of cultural competent compassion by nurses in main care of vulnerable population at the Emergency Care Unit (UPA) in Belo Horizonte, Brasil. **Methods:** Study conducted by qualitative approach, single case type, anchored in the theoretical framework of the Model for the Development of Culturally Competent Compassion by nurse Irena Papadopoulos. This study was carried out in an Emergency Care Unit (UPA), located in the city of Belo Horizonte (MG), Brazil. Eighteen nurses who worked at the UPA participated. Data was collected through individual online interviews guided by a semi-structured script and observation of the professional practice, from October 2020 to January 2021. The data were subjected to thematic content analysis, proposed by Bardin, with the help of ATLAS.ti software, version 9. The research was approved by the UFMG Research Ethics Committee, under the number 4,249,999. **Results:** Data analysis shows that the development of culturally competent compassion is a subjective, continuous and non-linear process. In addition, it enables the construction of three categories: “*Building culturally competent compassion in nurses who care for vulnerable populations*” is the first category. we opted for presenting three subcategories a) a look inside themselves:

the recognition of cultural identity; b) Paths to be followed: from the gap to cultural knowledge; and c) Attentive listening as essential nursing care, cultural and compassionate competence as an endless opportunity for growth. The second category, "*Cultural and compassionate competence of nursing during the COVID-19 pandemic in the Emergency Care Unit*", is composed of three subcategories: a) Personal and professional deconstruction process; b) Strengthening professional ties based on compassion; and, c) Holistic care strategy for patients with COVID-19 and their families. Finally, "*Approaches to the challenges of nursing to preserve Compassionate and Culturally Competent Care*", composed of three subcategories: a) Consolidation of compassionate skills in a globalized world; b) Culturally competent professional training as an incessant process; and c) Some ethical dilemmas in early-life compassionate care.

Keywords: Cultural competence, compassion, nursing care, nursing ethics, vulnerable populations.

LISTA DE SIGLAS

ATC-	Análise Temática de Conteúdo
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEPE	Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COVID-19	Doença causada pelo Corona vírus - SARS-CoV-2
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
FIOCRUZ-	Fundação Oswaldo Cruz
IGBE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MNPR	Movimento Nacional de População de Rua
NUPAE	Núcleo de Pesquisa Administração e Enfermagem
NO	Nota de observação
OMS/ WHO	Organização Mundial da Saúde / <i>World Health Organization</i>
OEA	Organização dos Estados Americanos
PAEC	Programa de Alianças para a Educação e Capacitação
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PSR	População em Situação de Rua
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de desenvolvimento da competência cultural.....	35
Figura 2 - Esquema estudo de caso único.....	38
Figura 3 - Captura de vídeo de convite aos enfermeiros.....	41
Figura 4 - Tarjeta de convite aos enfermeiros.....	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil dos participantes	47
Tabela 2 – Síntese das principais evidências dos artigos elaborados	104

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	22
2 OBJETIVO.....	29
3 REFERENCIAL TEÓRICO	30
4 PERCURSO METODOLÓGICO	36
4.1 Tipo de estudo e delineamento metodológico.....	36
4.2 Cenário da pesquisa.....	38
4.3 Participantes da pesquisa.....	39
4.4 Coleta de dados	42
4.5 Análise de dados	45
4.6 Aspectos éticos da pesquisa	46
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
5.1 Perfil dos participantes.....	47
5.2 Categorias analíticas.....	49
5.2.1 ARTIGO 1. Construção da Compaixão Culturalmente Competente em Enfermeiros que Cuidam de Populações Vulneráveis	50
5.2.2 ARTIGO 2. Compaixão Culturalmente Competente da enfermagem durante a pandemia por COVID-19 na Unidade de Pronto Atendimento.....	71
5.2.3 ARTIGO 3. Aproximações aos desafios da enfermagem para preservar o cuidado compassivo e culturalmente competente.....	89
6 DISCUSSÃO.....	103
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
REFERÊNCIAS	110
APÊNDICE A – Roteiro entrevista semiestruturada aos enfermeiros	115
APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)	116
ANEXO 1 – Parecer Aprovado do Comitê de Ética em Pesquisa-UFMG.....	118

REFLEXÕES INICIAIS

Sou Nathalya Casallas Hernandez, mulher, colombiana, filha de Victor Manuel Casallas e Mariela Hernandez Garzón, irmã da Ana Sofia, neta de Maria del Carmen (*in memoriam*), Rosita e Juan, sobrinha, prima, amiga, enfermeira, professora e pesquisadora. Sou uma pessoa em procura constante de fortalecer a sua espiritualidade e acredito profundamente na lealdade, sinceridade, respeito pela diferença e pela comunicação assertiva.

Desde criança soube que minha orientação profissional estaria focada nas áreas da saúde, mas ainda sem decidir qual seria a escolha, encontrei sem procurar uma resposta. Em um dia inesquecível, minha família e eu estivemos em um hospital de Bogotá e consegui observar a dedicação e determinação de uma enfermeira que cuidava da minha mãe. Assim, a vida estava me revelando a resposta no momento perfeito; ser enfermeira seria o caminho que me trouxe aprendizados, crescimentos e grandes amizades.

Posteriormente, na faculdade, conheci uma professora com ampla experiência na área assistencial; era exigente e carismática, sempre estava convidando os estudantes a serem profissionais qualificados sem se esquecerem de ser boas pessoas. A partir daquele momento, comecei meu sonho de ser enfermeira e professora. O tempo na faculdade trouxe desafios importantes no nível pessoal e familiar, mas com gratidão consegui me formar como enfermeira na Colômbia no ano de 2011.

Após me formar, atuei como enfermeira assistencial e administrativa nas áreas de pronto-socorro, bloco cirúrgico e internação de adultos. Senti que precisava dessa experiência para me aproximar das distintas maneiras de cuidar e compreender a cotidianidade da área assistencial e causou em mim questionamentos concernentes à prática profissional, muitas vezes voltada unicamente para a dimensão física, para o processo curativo e para combater a morte. Assim, a saúde era como um marcador de ausência de doença e o cuidado, traduzido como o cumprimento de uma série de procedimentos.

Como consequência de minha experiência pessoal, meu sonho de ser professora e enfermeira tomou mais força e decidi iniciar meu mestrado em enfermagem na linha de saúde da família e cuidado cultural. Tive a grata oportunidade de conhecer pesquisadoras de alto nível na área de cuidado cultural da saúde e participar de discussões acadêmicas enriquecedoras com o núcleo de pesquisa e com os colegas e professores do programa de

pós-graduação. Finalmente, o cuidado cultural da saúde me apresentou respostas sobre o cuidado que eu realmente acreditava, um cuidado holístico, espiritual, humano e que permite o crescimento pessoal e profissional do enfermeiro.

Minha dissertação de mestrado intitulou-se *Programa de cuidado cultural para famílias de idosos com deficiência física, Facatativá-Cundinamarca*, e me permitiu desvelar caminhos sobre o cuidado cultural como um fenômeno disciplinar que precisa ser pesquisado a fim de se construir pontes que o coloquem como um eixo transversal na prática profissional cotidiana. Simultaneamente, decidi me formar como especialista em Docência Universitária, pois reconheci que precisava de elementos pedagógicos e didáticos para qualificar meu labor como professora.

Em 2017, foi aberta uma convocatória da Organização dos Estados Americanos (OEA) em parceria com o Programa de Alianças para a Educação e Capacitação (PAEC) para uma bolsa de estudos de doutorado no Brasil. Minha decisão de participar foi quase no fechamento do edital, e a primeira opção sempre foi a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), devido a seu reconhecimento nacional e internacional, e assim, sem muitas expectativas, em dezembro de 2017 recebi o e-mail com a carta de aceite para o programa de Doutorado em Enfermagem na linha de gestão e educação em saúde e enfermagem; as palavras não me permitem descrever a emoção que senti.

Posso afirmar com total certeza que até esse momento da minha vida, esta decisão foi a mais difícil, deixar para trás minha família, meus amigos, meu trabalho, sair da zona de conforto e tudo aquilo que era conhecido e seguro, para ir em busca de um sonho, conhecer uma cultura diferente, aprender outra língua, descobrir outros contextos acadêmicos e criar novos laços de amizade e de família, que nos últimos quatro anos se fortaleceram. Também, com total segurança, posso afirmar que tem sido a melhor decisão e que a vida tem me conduzido pelos caminhos certos.

Ser doutoranda em enfermagem da UFMG é um sonho que construo a cada dia, os aprendizados diários são incontáveis, os ensinamentos dos professores e colegas são fundamentais. A oportunidade de aprender com a Professora Maria José é maravilhosa, ela acolheu com muito amor aquela pupila estrangeira e corajosa, aceitou com total dedicação e força o desafio de trabalhar na temática do cuidado cultural da saúde e, particularmente, sobre a competência cultural e compassiva, que é uma escolha permeada por minha bagagem acadêmica e pessoal.

Seguindo o exemplo da minha orientadora e abraçando meu interesse por conhecer outros lugares, pessoas e visões, entrei em contato com o Professor Sérgio Deodato da Universidade Católica Portuguesa, que com grande generosidade me abrigou como sua estudante internacional e abriu as portas do Núcleo de Investigação da Ética e Deontologia “*Ethics4Care*”, onde as discussões acadêmicas muito enriquecedoras me permitiram ver o objeto de meu estudo por outra perspectiva.

Depois de algumas tentativas, no final do ano 2021 consegui viajar para Portugal, e realizar uma mobilidade acadêmica na Universidade Católica Portuguesa sob a orientação do professor Sérgio, uma experiência incrível em distintos níveis, e me sinto muito grata com a vida pela oportunidade de viver e aprender a compaixão cada dia.

Assim, surge a presente tese: ***Compaixão e competência cultural de enfermeiros no cuidado de populações vulneráveis***, sendo a materialização da minha busca por construir uma enfermagem mais consciente, ética, holística, voltada para as pessoas e suas famílias. Profissão que tem se fortalecido com sua procedência disciplinar e resiliente nestes tempos de pandemia que trouxe desafios que ainda estamos aprendendo a lidar.

Em face ao exposto, selecionei o Modelo do Desenvolvimento da Compaixão Culturalmente Competente da enfermeira britânica Irena Papadopoulos para analisar os dados coletados com enfermeiros que participaram de maneira voluntária e que em cada parte da entrevista desvelam sua humanidade, suas conquistas e suas limitações, sendo confirmadas pela observação das interações com os pacientes, suas famílias e a equipe na cotidianidade. Esses profissionais desnudaram seus sentimentos de angústia sobre a situação atual e também reconheceram o seu poder para acalmar os pacientes, para trabalhar em equipe e para aprender continuamente que a vida, a saúde e a morte são imprevisíveis.

1 INTRODUÇÃO

O Brasil é uma nação com uma grande pluralidade cultural e uma amálgama de culturas distintas compõe a realidade social e política brasileira (RODRIGUES DE MELO, 2016). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população estimada do Brasil até a segunda semana de março de 2021 foi de 212.839.388 pessoas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020)

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), divulgada em 2014, revelou que 45% da população brasileira é considerada parda, seguido de 8,6% que se autodeclararam da cor preta. Somente 0,9% da população se reconhece como indígena ou amarela, principalmente aquelas localizadas na região norte e nordeste do país (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

Apesar de mais da metade da população brasileira se reconhecer como preta ou parda, persiste desigualdade social e a percepção de níveis de discriminação mais altos do que na população branca. Em consequência, o Estado instituiu a Política Nacional de Saúde Integral para a População Negra em 2009, proclamando que as iniquidades em saúde são resultado de injustos processos socioeconômicos e culturais. Portanto, é essencial a superação das barreiras estruturais e cotidianas que incidem diretamente nos indicadores de saúde dessa população (BRASIL, 2017).

Por outro lado, é fundamental destacar o processo migratório que nos últimos anos se converteu em um desafio político e social em nível mundial. Embora maiores quantidades de pessoas migrem por emprego, família ou estudos, outros abandonam seu país ou cidade em decorrência de conflitos políticos e sociais, violência, desemprego ou desastres naturais. Entre 2011 e 2018, foram registrados no Brasil 774.200 imigrantes, principalmente de procedência do Haiti e da Venezuela, sendo concentrados, especialmente, na região sudeste (55,1%) e sul (20,5%) (INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION, 2018).

O país tem sido impactado por fluxos de migração que exigem uma abordagem integral. Nessa perspectiva, ressalta-se a criação da lei 13.445 de 2017, que dispõe sobre os direitos e deveres do migrante, regula sua entrada e estada no país e estabelece princípios e políticas públicas. Em particular, no artigo 4, a referida lei declara que o migrante tem acesso aos serviços de saúde e de assistência, bem como da previdência

social, sem discriminação em razão da nacionalidade ou condição migratória (BRASIL, 2017).

Outro grande desafio para o Brasil é o aumento acelerado da população em situação de rua (PSR), definida como:

Grupo populacional heterogêneo, composto por pessoas com diferentes realidades, mas que têm em comum a condição de pobreza absoluta, vínculos interrompidos ou fragilizados e falta de habitação convencional regular, sendo compelido a utilizar a rua como espaço de moradia e sustento, por contingência temporária ou de forma permanente (MOVIMENTO NACIONAL DA POPULAÇÃO DE RUA, 2010).

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), estima-se que o país possua, aproximadamente, 50 mil pessoas em situação de rua (CARVALHO, 2016). De acordo com o Movimento Nacional de População de Rua (MNPR), essa população é predominantemente de sexo masculino (82%), especialmente na faixa etária entre 25 a 44 anos (53%), majoritariamente pretos e pardos (67%) e com níveis de renda de, no máximo, 80 reais semanais (52%). É relevante destacar que apenas 15,7% pedem dinheiro na rua para sobreviver e os demais exercem alguma atividade remunerada, como coletores de materiais recicláveis, cuidadores de automóveis, profissionais de construção e de faxina (MOVIMENTO NACIONAL DA POPULAÇÃO DE RUA, 2010).

Grandes centros urbanos como São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte concentram a maior quantidade da população de rua. A capital mineira, em 2020 possuía 4.600 pessoas em situação de rua e mais da metade (58%) se concentrava tradicionalmente na região centro-sul da cidade. Por meio da Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania foi criado o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), o qual oferece o serviço de abordagem junto à população, realizando escuta e encaminhamentos aos serviços de saúde, assistência na obtenção de documentos e abrigos, visando a saída da situação de rua (BRASIL, 2020).

No que se refere aos direitos constitucionais, há pouco mais de 70 anos, no dia 10 de dezembro de 1948, foi proclamada a Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em Paris. Em seu artigo 2, institui que:

Todo ser humano tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política ou de outra natureza, origem

nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição (ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948).

Em concordância com tal declaração, o Brasil avança no processo para se aceitar como sociedade multicultural, acreditando na ampla presença da população parda, preta e indígena. Também merece evidência o reconhecimento das desigualdades e da hierarquia, com a instituição de políticas públicas nacionais e estaduais para garantir a abordagem integral e minimizar as brechas sociais.

Como exemplo do referido avanço, na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, conhecida como a ‘Constituição Cidadã’, estipula-se, no artigo 5, que:

Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (BRASIL, 1988a).

Convém destacar que pela sua alta relevância este artigo representa o guia dos valores da sociedade e o caminho para o crescimento do Brasil, baseado no respeito à diferença, à justiça e à busca da dignidade de todas as pessoas.

Com vistas a cumprir o estipulado na Constituição, “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988a), seguidamente, no ano 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema de saúde pública que, por meio da rede de serviços, abrange todos os níveis de atenção, garantindo o acesso integral, universal e gratuito para toda a população, sem discriminação. O SUS é um sistema complexo, baseado em princípios como a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização e a participação social (BRASIL, 1988b).

A carta de direitos dos usuários do SUS reúne seis princípios básicos da cidadania para acessar os serviços. Para fins do presente estudo, destaca-se, prioritariamente, que “todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação” e “todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos” (BRASIL, 1988b).

Um dos serviços de destaque do SUS é a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), a qual faz parte da rede de atenção às urgências e presta atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos de natureza clínica ou cirúrgica. Do mesmo modo, a equipe multiprofissional estabiliza os pacientes, realiza investigação diagnóstica e define conduta. A internação na UPA deve se dar por até 24 horas, para

observar a evolução clínica ou iniciar o processo de referência em outra instituição de maior complexidade com vistas a dar continuidade ao tratamento estabelecido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Ressalta-se que existem diferentes portas de entrada ao SUS para a PSR, por exemplo, por meio do Consultório da Rua, pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Em Belo Horizonte, principalmente, o ministério da saúde confirma que desde o início de funcionamento da UPA, localizada na regional com maior quantidade de PSR, tem melhorado de forma significativa o acesso à urgência e aos cuidados iniciais em processos patológicos agudos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Em contraste, Valle e Vecchia (2019, p. 224) mencionam que a maior parte dos cuidados em saúde da PSR ocorre por meio de recursos advindos dos setores informais e populares, como, por exemplo, seguindo o conselho de colegas, automedicando-se e fazendo rituais específicos como o uso de plantas. Alguns dos entrevistados no estudo consideram que existe uma grande fragilidade na rede formal do cuidado (VALE, VECHIA, 2019). Porém, muitas pessoas em situação de rua encontram refúgio na UPA para o cuidado de necessidades básicas, como alimentação, banho e/ou descanso.

A respeito das particularidades do Brasil, importante destacar que é um país com uma organização política democrática, com a maior extensão geográfica do América do Sul, onde a língua oficial é o português, com mais de 250 línguas minoritárias, incluindo as linguagens indígenas e de sinais, para pessoas surdas. Ademais, o Brasil recebe refugiados de todos os continentes que falam línguas migrantes como o espanhol, francês, inglês, alemão, chinês, entre outras (CARDOSO, 2016), o que representa um grande desafio para os profissionais de saúde do século XXI.

Para oferecer respostas aos desafios de um país continental, com a diversidade cultural, étnica, social e econômica mencionadas, abordagens diferenciadas devem ser consideradas para dar conta de tamanha complexidade.

Sobre essa perspectiva, a consideração da multiculturalidade se põe como eixo fundamental no processo de cuidado. Assume-se a multiculturalidade como possibilidade de oferecer respostas às necessidades de todos, aceitando a diversidade e fortalecendo o tecido social na perspectiva dos direitos humanos e do respeito às diferenças étnicas, religiosas, sexuais, econômicas e geográficas, as quais determinam os modos de viver e influenciam como se interpreta, explica, reconhece e cuida da saúde, da doença, das deficiências, da dor e da morte (MARTINEZ, et al, 2006).

Sobre o termo cultura, cabe o esclarecimento de que ele apresenta vários significados. Sua primeira definição nasceu da antropologia, em 1871, com Eduard Taylor, o qual definiu a cultura como “todo aquele complexo que inclui o conhecimento, as crenças, a arte, a moral, a lei, os costumes e todos os outros hábitos e capacidades adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade” (TAYLOR, 1870:2006).

Um século depois (1978), a enfermeira Madeleine Leininger definiu a cultura como o “conhecimento adquirido e transmitido de uma geração para outra com seus valores, crenças, regras de comportamento e práticas no estilo de vida, que guia estruturalmente um grupo específico em seus pensamentos e atividades” (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

Nesta linha de pensamento, constata-se que a cultura é dinâmica, assume diversas formas ao longo do tempo e espaço, estando no centro das discussões contemporâneas devido à globalização, ao desenvolvimento de tecnologias de informação e comunicação e ao crescimento da economia mundial. Assim, a cultura possui ampla influência nos processos de saúde e doença das sociedades. A Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural da *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (UNESCO) de 2001, proclama que “a diversidade cultural é tão necessária para a humanidade como a biodiversidade o é para a natureza”, defende que nas sociedades é essencial que a diversidade se afiance como uma interação harmoniosa entre pessoas e grupos com identidades culturais plurais (UNESCO, 2001).

Alguns anos depois, o informe intitulado “*Investing in cultural diversity and intercultural dialogue: UNESCO world report*”, expõe que a diversidade cultural, é sobretudo, um fato. Existe uma grande quantidade de culturas que é possível reconhecer. A diversidade cultural não é simplesmente um bem que deve se preservar, mas é sim um recurso que deve se fomentar em todos os âmbitos (UNESCO, 2009).

Nesse contexto, os enfermeiros encarregados de oferecer um cuidado direito na saúde e na doença às pessoas, famílias e comunidades, precisam compreender a diversidade cultural e, idealmente, terem capacidade de responder à mesma. É pertinente raciocinar sobre o olhar à pessoa não apenas como um corpo biológico, pois os fatores culturais influenciam a aparência, o controle e o cuidado da saúde e das doenças. Os serviços de saúde e os enfermeiros têm a responsabilidade de levar em consideração as diferenças culturais e a negociação entre o conhecimento científico e popular (GONZÁLEZ, 2014).

Especificamente na perspectiva da enfermagem brasileira, o Código de Deontologia da profissão, criado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) em 1976, em concordância com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, descreve:

São deveres do enfermeiro prestar assistência de enfermagem ao indivíduo, respeitando a dignidade e os direitos da pessoa humana, independentemente de qualquer consideração relativa a etnia, nacionalidade, credo político, religião, sexo e condição socioeconômica [...] respeitar os valores culturais e as crenças religiosas do cliente e zelar para que não lhe falte assistência espiritual (COFEN, 1976).

Outro ponto importante concerne ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), que norteia os princípios fundamentais para a conduta profissional. No capítulo II, artigo 24, indica que os profissionais de enfermagem devem exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade (COFEN, 2017).

Retomando o conceito de competência cultural e sua articulação com os preceitos éticos da enfermagem, na perspectiva de Madeleine Leininger, a referida competência é definida como:

Atitudes, conhecimentos e habilidades necessárias para fornecer cuidados de qualidade às populações diversas. De modo que, tenha a capacidade de prestar cuidados culturalmente adequados e congruentes, facilmente aceitados pela população (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

A competência cultural em saúde diz respeito não somente aos profissionais da saúde, mas também inclui organizações, instituições e estatutos governamentais no sentido de compreender e respeitar as diferenças culturais e ajustar os cuidados segundo as necessidades e características da população. Diante do exposto, assume-se a competência cultural como um conceito amplo, usado para descrever a variedade de intervenções que visam a melhoria da acessibilidade e da eficácia dos serviços de saúde para pessoas de grupos culturalmente diversos (LÓPEZ-DIAZ, 2016; LICEN, et al, 2019).

Assim, para o desenvolvimento desta tese, será abarcado o Modelo do Desenvolvimento da Compaixão Culturalmente Competente proposto pela enfermeira Irena Papadopoulos, em 2014. O modelo é composto por quatro construtos: consciência cultural, conhecimento cultural, sensibilidade cultural e, finalmente, a competência cultural, não precisamente lineares e sempre permeados pela compaixão, sendo que os

enfermeiros precisam conquistar uma prática profissional culturalmente competente e compassiva.

A relevância da temática e meu interesse por compreender a competência cultural e compassiva nos enfermeiros é produto de reflexões constantes, iniciadas na minha formação no mestrado, na Universidade Nacional da Colômbia, no ano de 2017, sobre a atenção em saúde dos enfermeiros com vistas a garantir o cuidado integral e de qualidade.

Acredita-se que a competência cultural possa ser uma base fundamental para o empoderamento da enfermagem e a aplicação da compaixão na prática profissional vai permitir sua consolidação como ciência humana e como disciplina, contribuindo para a eliminação de barreiras e desigualdades sociais, impactando positivamente nas questões de saúde e, em especial, no cuidado das populações vulneráveis.

Tendo em vista tais considerações, apresenta-se a seguinte questão de pesquisa: **Como ocorre o processo de construção da competência cultural e compassiva em enfermeiros que cuidam de populações vulneráveis numa Unidade de Pronto Atendimento (UPA) em Belo Horizonte, Brasil?**

A tese defende que a competência cultural e compassiva é dinâmica e se constitui por meio da consciência, do conhecimento e da sensibilidade até chegar à competência culturalmente compassiva, embora sejam processos subjetivos e inconscientes. O desenvolvimento da competência cultural e a compreensão da compaixão como eixo transversal na enfermagem é decisivo para o cuidado holístico e de excelência, o que requer investimentos no seu alcance, desde a formação acadêmica do enfermeiro e, posteriormente, no exercício de sua prática, assim como a vontade institucional e governamental para seu desenvolvimento.

2 OBJETIVO

Compreender o processo de construção da competência cultural e compassiva de enfermeiros que cuidam de populações vulneráveis numa Unidade de Pronto Atendimento (UPA) em Belo Horizonte, Brasil.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O fenômeno da competência cultural pode ser olhado por diferentes perspectivas devido às inúmeras questões sociais. Contudo, é fundamental destacar que o início dos estudos na área de enfermagem se deu com a enfermeira Madeleine Leininger, considerada a pioneira da Enfermagem Transcultural, estabelecendo que o cuidado e a cultura são construtos holísticos e intimamente ligados (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

Ela propõe que as pessoas de distintas culturas podem informar e guiar os profissionais de enfermagem ao cuidado que desejam receber, conforme a sua cultura e crenças. Desta forma, os enfermeiros podem oferecer cuidados culturalmente congruentes, que sejam úteis e facilmente aceitáveis pelas populações (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

Posteriormente, surgiram outros modelos e teorias de enfermagem com raízes fortes nas áreas da antropologia, sociologia e psicologia, entre outras. Essas teorias buscavam interligar os conceitos de cultura, cuidado e saúde, na tentativa de construir uma base científica e filosófica que encaminhe e desenvolva a prática profissional da enfermagem em contextos com grande diversidade cultural, incluindo aqueles enfermeiros afastados da sua zona de conforto e que aceitam envolver-se em novos caminhos de aprendizagem em espaços de multiculturalidade (MOITA; SILVA, 2016).

A fim de compreender o processo de construção da competência cultural e compassiva de enfermeiros no cuidado das populações vulneráveis, buscou-se fundamentação teórica no Modelo do Desenvolvimento da Compaixão Culturalmente Competente projetado pela enfermeira Irena Papadopoulos (2014). Inicialmente, em 1999, Papadopoulos, Tilki e Taylor apresentaram o Modelo para o Desenvolvimento da Competência Cultural, com o objetivo de fortalecer a inclusão da cultura nos planos de estudo da enfermagem e responder as demandas educativas nos programas da enfermagem no Reino Unido. As autoras conseguem consolidar os elementos teóricos de grandes autores da área como Leininger, Purnell e Bacote, e descrevem a competência cultural como “a capacidade de fornecer cuidados de saúde eficazes, levando em consideração as crenças, comportamentos e necessidades culturais das pessoas” (PAPADOPOULOS, et al, 2016).

Papadopoulos, Tilki e Taylor (1999) argumentam que a competência cultural é a síntese de um acúmulo de conhecimentos e habilidades que as pessoas adquirem durante a vida a nível profissional e pessoal; o modelo é composto pelos seguintes construtos: consciência cultural, conhecimento cultural, sensibilidade cultural e competência cultural.

Reitera-se que a competência cultural tem permeado os sistemas de saúde em diferentes planos, desde a prestação de cuidados a partir da declaração universal dos direitos humanos e da justiça social, até focar o cuidado pautado na segurança do paciente e na redução da desigualdade social, levando em consideração a diversidade social e cultural que está presente em todos os países secundários aos processos de migração, violência, deslocamento forçado, entre outros (PAPADOPOULOS, 2018)

Nesse sentido, a competência cultural inspirou a compreensão de que os pacientes são mais do que corpos biológicos que devem ser consertados e a atenção em saúde vai além do foco da eficiência e dos recursos econômicos, pelo contrário, o paciente é um ser humano holístico que precisa de cuidados em suas diferentes dimensões. Portanto, para os profissionais em saúde é fundamental desenvolver e cultivar a capacidade da empatia e a virtude da compaixão, se possível, enquadrado em políticas e programas de saúde (PAPADOPOULOS, et al., 2016).

Contudo, Papadopoulos sentiu que precisava criar um conteúdo que respondesse aos problemas culturais específicos de seu país, Reino Unido, como cuidados de saúde para grupos étnicos minoritários, refugiados, requerentes de asilo e ciganos nômades. Esses estudos exploraram a importância da identidade cultural, dos valores culturais, do impacto da cultura na compreensão da saúde e da doença e das práticas de autocuidado, bem como as barreiras encontradas ao tentar acessar os serviços de saúde e os determinantes socioculturais (PAPADOPOULOS, 2018).

Além disso, ela concebeu que a compaixão era um eixo transversal implícito na competência cultural. Porém, após uma situação familiar, percebeu que a compaixão estava ausente em muitos profissionais de saúde e eles ficaram insensíveis ao sofrimento humano devido às condições de trabalho, barreiras comunicativas, entre outras razões. Assim, Papadopoulos retomou o modelo inicial e o desenvolveu até atingir o Modelo do Desenvolvimento da Compaixão Culturalmente Competente para Profissionais da Saúde

(2014), no qual acrescenta o conceito da compaixão em cada constructo e, finalmente, define a compaixão culturalmente competente como:

Capacidade de compreender o sofrimento dos outros e querer fazer algo a respeito por meio de intervenções de cuidado culturalmente adequadas e aceitáveis que levem em consideração as origens culturais dos pacientes e cuidadores, bem como o contexto em que o cuidado é prestado (PAPADOPOULOS, 2014).

A compaixão deriva do termo latino *compassio* (MARÇAL, 2004), que significa “sofrer com”. Marçal (2004) relembra como sinónimos “sofrimento comum, comunhão, participação, simpatia e compaixão” e há, efetivamente, em todas estas ações partilhadas um denominador comum, que é o enfermeiro que sofre com a pessoa, na ação “de ser com o outro que sofre, para a qual somos impelidos quando tocados pelo seu sofrimento” (MARÇAL, 2014).

A compaixão tem implícita uma série de virtudes como: empatia, simpatia, amabilidade, respeito e, principalmente, ação para o alívio do sofrimento. Certamente, a compaixão é um conceito associado à filosofia. Confúcio, pensador e filósofo chinês em 552 a.c, enfatizou que as pessoas deveriam ter compaixão umas pelas outras e não deveriam tratar os outros de uma maneira que não gostariam de ser tratadas, então, atos de altruísmo deveriam ser praticados. Por sua vez, Aristóteles, filósofo grego de 384 a.c, mencionou que a compaixão é uma virtude emocional, reconhecendo que todos os seres humanos passam por situações semelhantes, portanto a fragilidade é compartilhada (PAPADOPOULOS, 2018; PAPADOPOULOS, et al., 2016).

David Hume, filósofo, historiador e ensaísta britânico do século 18, propôs a compaixão como o desejo de felicidade e aversão à miséria por outra pessoa, menciona que a compaixão surge da imaginação, no sentido de que, em algumas situações, a pessoa pode imaginar que é isso o que está acontecendo na sua vida e, assim, executar respostas compassivas. Tal questão também foi relatada por Schopenhauer, filósofo alemão do século 19, sendo associada a imaginação com a compaixão, enfatizando que uma pessoa atinge a maturidade ao desenvolver as virtudes da compaixão (PAPADOPOULOS, 2018).

Por sua vez, Gandhi, líder pacifista indiano do século 20, acreditava que os seres humanos eram saudáveis apenas em resposta à representação de empatia e usou o termo não violência para se referir ao estado natural de compaixão quando a violência desaparece do coração.

Estudos mais recentes, afirmam que a compaixão é um conceito que tem evoluído, sendo considerado na atualidade como um sistema de motivacional que permite criar e manter vínculos de apego que vão permitir a sobrevivência de uma pessoa e um grupo. Trata-se de uma consciência profunda sobre o sofrimento de outra pessoa e seu desejo de ajudá-lo (GILBERT & CHODEN, 2014).

Gilbert (2009) afirmou que a compaixão está permeada por outros atributos que conferem sua complexidade e genuína identificação com o sofrimento de outra pessoa, mesmo se é com outras pessoas próximas ou que nunca serão conhecidas pessoalmente, como: sensibilidade, simpatia, empatia, motivação tolerância e não julgamento (GILBERT, 2009).

De maneira complementar, Strauss propõe a compaixão como um processo cognitivo, afetivo e comportamental que composto por os seguintes elementos: reconhecer o sofrimento, entender a universalidade do sofrimento como uma experiência humana, sentir empatia pelas pessoas que sofrem e uma genuína conexão com a angústia, tolerar sentimentos desconfortáveis e permanecer aberto para a pessoa que sofre, e finalmente, a motivação para aliviar o sofrimento (STRAUSS ET AL., 2016). Em síntese, trata-se de perceber, sentir e responder (KANOV ET AL., 2004).

Com vista a compreender o processo de construção da compaixão culturalmente competente em enfermeiros que cuidam de populações vulneráveis e fortalecer a enfermagem como ciência e disciplina foi selecionado o recente Modelo de Desenvolvimento da Compaixão Culturalmente Competente, pois Papadopoulos retomou as concepções filosóficas de compaixão para aplicá-las ao ambiente da atenção em saúde, associando-o ao reconhecimento de todos os seres humanos como seres culturais, visto que a cultura influencia o estilo de vida, a identidade pessoal e as escolhas que o ser humano faz para preservar sua saúde e proteger sua vida (PAPADOPOULOS, et al., 2016)

Nessa perspectiva, as noções de saúde e doença se configuram culturalmente e devem ser levadas em consideração pelos profissionais de saúde, principalmente pelos enfermeiros responsáveis pelo cuidado direto, porém, devem primeiro conhecer suas próprias visões de mundo, crenças e sistema de valores para ter um posicionamento ético em relação às suas ações profissionais e não ir contra a sua identidade cultural (PAPADOPOULOS, 2018).

O Modelo do Desenvolvimento da Compaixão Culturalmente Competente (2014) é composto por quatro construtos principais: consciência cultural e compaixão; conhecimento cultural e compaixão; sensibilidade cultural e compaixão; e, competência cultural e compaixão.

A consciência cultural e a compaixão começam com uma autoavaliação crítica dos valores e das crenças pessoais e de sua relação com o conceito criado de compaixão. É fundamental ter tempo para refletir sobre a própria origem e reconhecer-se como ser cultural, a fim de construir a identidade cultural, bem como compreender sua influência nas crenças e práticas de saúde das pessoas e das próprias decisões de cuidado. A consciência e a compaixão são consideradas necessárias para o aprendizado e permitem identificar os limites do etnocentrismo (PAPADOPOULOS, 2018; PAPADOPOULOS, et al., 2016)

O segundo construto é o conhecimento cultural e compassivo, considerado como a abordagem e as informações obtidas sobre um grupo cultural por meio de contatos significativos ou do estudo de materiais produzidos em áreas como antropologia, sociologia, entre outras. É relevante conhecer a realidade social, bem como os costumes, valores ou tradições que prevalecem no cotidiano, criar planos de cuidados holísticos focados nas necessidades dos pacientes e alinhados ao seu contexto cultural, social e econômico (PAPADOPOULOS, 2018).

A sensibilidade cultural e compassiva é o terceiro construto e refere-se à capacidade de criar uma relação terapêutica com o paciente e sua família, baseada na confiança, compaixão, aceitação e respeito, criando alternativas por meio da facilitação, negociação e diálogo real (PAPADOPOULOS, 2018). Relaciona-se com a forma como os profissionais veem as pessoas; a menos que os pacientes sejam considerados como verdadeiros parceiros, o cuidado culturalmente sensível e compassivo não será alcançado (PAPADOPOULOS, et al., 2016).

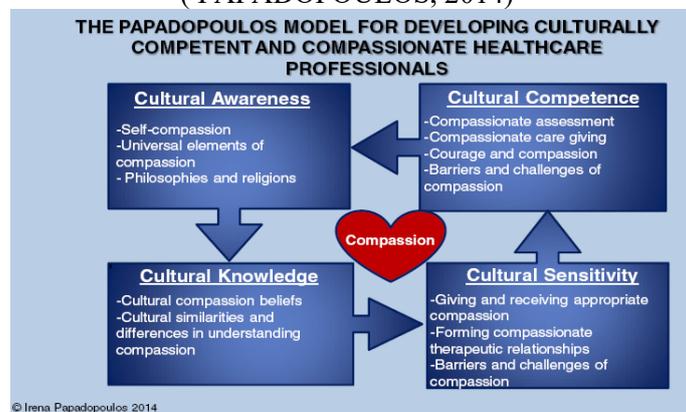
Enfim, o quarto construto nasce da síntese e aplicação da consciência, do conhecimento e da sensibilidade culturalmente compassiva associados ao raciocínio clínico e o pensamento crítico do enfermeiro, permitindo, assim, atingir a competência cultural e compassiva. Considerada como a capacidade de fornecer cuidados de saúde eficazes, levando em consideração as crenças, comportamentos e necessidades culturais das pessoas é, portanto, um processo e um produto que são adquiridos com a experiência

peçoal e profissional. Além disso, é importante desenvolver a capacidade de reconhecer e combater o racismo e outras formas de discriminação opressora contra grupos étnicos ou populações vulneráveis (PAPADOPOULOS, 2018; PAPADOPOULOS, et al., 2016).

Nesse sentido, a compaixão é um eixo fundamental que permeia cada um dos construtos do modelo citado anteriormente e as práticas de cuidado dos enfermeiros, estando alicerçado na empatia, respeito e dignidade. Identificam-se seis dimensões dentro de um cuidado compassivo: escutar ativamente, reconhecer o sofrimento, envolver-se, ajudar, estar presente e compreender. Finalmente, alguns estudos mostram que a competência cultural e compassiva melhora a apropriação da diversidade cultural, a capacidade de estabelecer relações terapêuticas horizontais, a resolução de problemas, o trabalho em equipe e o empoderamento da enfermagem (LEAL, 2018; SINCLAIR, et al., 2017; SINCLAIR et al., 2016; NIJBOER; CINGEL, 2019; LÓPEZ- DIAZ et al., 2019).

Na Figura 1, pode-se observar o esquema que Papadopoulos propõe sobre as etapas que o enfermeiro necessita caminhar para alcançar a competência cultural e compassiva:

Figura 1: Modelo do Desenvolvimento da Compaixão Culturalmente Competente. (PAPADOPOULOS, 2014)



Fonte: Papadopoulos, Shea, Taylor, et al., 2016

Em síntese, é fundamental que um profissional de saúde, e particularmente um enfermeiro, seja culturalmente competente e compassivo para trabalhar na sociedade multicultural atual. A compreensão da diversidade cultural e das necessidades das outras pessoas pode melhorar os resultados em saúde, eliminar as barreiras estabelecidas, cruzar as fronteiras em saúde e velar pela igualdade e equidade social (PAPADOPOULOS, et al., 2016).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo e delineamento metodológico

Trata-se de um estudo conduzido pelo paradigma qualitativo, do tipo de estudo de caso único, sob o olhar teórico do Modelo do Desenvolvimento da Compaixão Culturalmente Competente da enfermeira Irena Papadopoulos, o qual pode fornecer subsídios para compreender o processo de construção da competência cultural e compassiva vivenciada por enfermeiros que cuidam de populações vulneráveis.

Optou-se pela pesquisa qualitativa devido a necessidade de compreender, construir e interpretar os fenômenos da competência cultural e compassiva, explorando-os desde a perspectiva dos participantes até a relação com seu contexto. O enfoque qualitativo reconhece a subjetividade do mundo real, socialmente construída, e baseia-se na lógica de um processo indutivo, pois primeiro o pesquisador deve realizar uma imersão inicial ao campo de estudo para descrever e explorar o fenômeno e, depois, deverá gerar perspectivas teóricas, contemplando desde o particular até o geral (SAMPIERI, et al, 2010).

Nesse sentido, a coleta de dados vai se concentrar em conhecer as perspectivas dos participantes, assim como seus sentimentos, prioridades e significados, associados à observação de interações entre indivíduos ou grupos (SAMPIERI, et al, 2010).

A qualidade da pesquisa qualitativa está determinada pelo rigor metodológico e associa-se ao pesquisador estar aberto aos dados, aderir meticulosamente a uma perspectiva epistemológica específica e ao rigor na coleta de dados, em equilíbrio com a flexibilidade (MOREIRA, 2018). Os critérios emergentes que asseguram maior rigor na pesquisa qualitativa são: credibilidade, transferibilidade, dependibilidade e confirmabilidade.

O primeiro critério é a credibilidade. Refere-se à veracidade dos resultados da pesquisa e aponta como o pesquisador estabelece a confiança nos resultados baseado no delineamento dos estudos, nos participantes e no contexto. Em síntese, a credibilidade determina se os resultados da pesquisa representam, ou não, informações críveis extraídas dos dados originais e se é uma interpretação correta do ponto de vista dos participantes (MOREIRA, 2018).

A transferibilidade é o segundo critério. É o grau pelo qual os resultados de um estudo podem ser aplicados ou generalizados para outros contextos ou para outros grupos;

portanto, é fundamental fornecer descrições completas do contexto para que leitores consigam fazer uma comparação e respectivos julgamentos sobre a transferibilidade dos resultados (MOREIRA, 2018).

O terceiro critério é a dependibilidade, considerada como a consistência do comportamento dos dados ou a medida de variabilidade dos resultados se o estudo for replicado em um contexto similar. Porém, é um critério complexo de cumprir devido à diversidade de realidades que se investigam e à subjetividade inerente ao processo de pesquisa qualitativa (MOREIRA, 2018).

O quarto critério é a confirmabilidade. Apresenta a noção da neutralidade e significa que os dados do estudo podem ser rastreados até sua fonte primária e a lógica com que esses dados foram analisados e interpretados pelo pesquisador está explicitada. Em outras palavras, define que os dados e a interpretação não são produto da imaginação do pesquisador (MOREIRA, 2018).

Com vista a compreender o fenômeno da competência cultural e compassiva de enfermeiros no contexto real, optou-se pela escolha do método de estudo de caso. O estudo de caso é o método preferencial para compreender um fenômeno contemporâneo, onde o pesquisador tem pouco ou nenhum controle sobre eventos comportamentais (YIN, 2015).

Esta escolha metodológica permite ao pesquisador se aproximar de um fenômeno contemporâneo ou de caso em profundidade, em seu contexto de mundo real, principalmente quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não puderem ser claramente evidentes, sendo considerado como um método preferencial para pesquisas que apresentam em suas questões “como” ou “por que” (YIN, 2015).

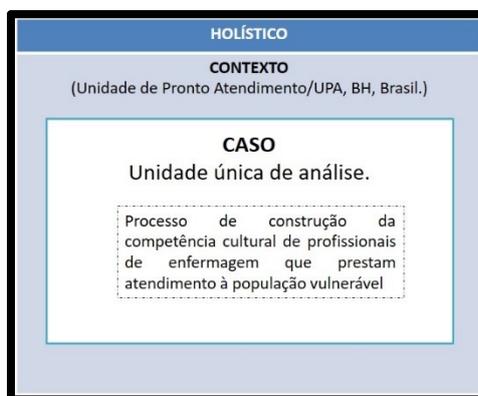
Assim, o método em questão surge do desejo de entender fenômenos sociais complexos na sua perspectiva histórica no mundo real. É considerada uma grande variedade de fontes de evidência para mapear, descrever e analisar o caso em seu contexto e as relações e as percepções sobre o fenômeno em análise, contribuindo para o conhecimento sobre características importantes de eventos vivenciados (YIN, 2015).

Destaca-se que a pesquisa de tipo estudo de caso é um método abrangente que permite reconhecer múltiplas realidades com diversos significados. Assim, permitirá explicar alguns vínculos causais nas intervenções da vida real, descrever uma intervenção ou contexto, ilustrar determinados tópicos de maneira avaliativa e explorar as situações em que a intervenção, que está sendo avaliada, não possua um único e claro conjunto de resultados (YIN, 2015).

Cabe salientar que a meta do estudo de caso é expandir e generalizar teorias e não inferir em probabilidades. Dessa forma, é fundamental definir e delimitar o caso com proposições teóricas específicas para auxiliar na generalização analítica de uma variedade de situações baseada na corroboração, modificação, rejeição ou criação de novos conceitos que surgiram do estudo de caso (YIN, 2015).

Nesta tese, o fenômeno a ser estudado é o processo de construção da competência cultural e compassiva de profissionais de enfermagem que prestam cuidado a populações vulneráveis, sob o prisma epistemológico do Modelo do Desenvolvimento da Compaixão Culturalmente Competente. Partindo dessas considerações, percebe-se que existe um caso único, devido à sua especificidade; holístico, em relação ao seu contexto; e com uma unidade de análise. O estudo de caso único representa uma contribuição significativa para a formação do conhecimento e da teoria, confirmando, desafiando ou ampliando a teoria, e permitindo orientar futuras pesquisas na área temática (YIN, 2015). A figura 2 representa o referido desenho metodológico.

Figura 2. Apresentação do estudo de caso único. Belo Horizonte/MG, 2021.



Fonte. Elaborado pela autora para fins desse estudo, adaptada de Yin (2015).

4.2 Cenário da pesquisa

A seleção do cenário da pesquisa foi intencional, tendo em vista a parceria que existe entre a escola de enfermagem da UFMG com a UPA, e o trabalho desenvolvido durante vários anos com a Professora Maria José Menezes Brito e seus alunos de graduação e pós-graduação. Ademais, a UPA Centro Sul atende significativo contingente de pessoas em situação de rua devido à sua localização e proximidade com locais como

a rodoviária e estação de trem, além de concentrar diversos tipos de serviços, incluindo serviços de saúde, estando localizada na região hospitalar de Belo Horizonte.

O estudo foi realizado em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), localizada na cidade de Belo Horizonte (MG), Brasil. A UPA em questão foi inaugurada em 2008 e abriu as portas para a demanda espontânea em 2009; funciona em tempo integral, todos os dias da semana, disponibilizando atendimento de urgência para os quadros que apresentam maior gravidade e risco clínico. No local, são ofertadas as especialidades de clínica médica e clínica cirúrgica.

Esta instituição tem como missão integrar o Sistema de Urgências e Emergências de Belo Horizonte como unidade de pronto atendimento porta aberta para as urgências clínicas de adultos e as pequenas urgências cirúrgicas, preferencialmente, para residentes e trabalhadores da região. Busca qualificar o cuidado, a gestão em saúde e formar profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS) por meio do ensino e da pesquisa. São seguidos como valores da instituição: a humanização; a ética profissional; a colaboração e o trabalho em equipe; a consciência da grandeza de seu trabalho; o compromisso com qualidade e o resultado (BRASIL, 2020)

Os usuários que procuram assistência na unidade são, em sua maioria, pertencentes aos SUS. No entanto, por tratar-se de uma unidade porta aberta, também são atendidos pacientes de convênios da saúde suplementar. Ademais, devido à proximidade com rodoviárias, hospitais e polo comercial, a UPA possui uma característica peculiar, que está relacionada ao grande número de população em situação de rua e trabalhadores da região que são atendidos diariamente (RELATÓRIO ACADÊMICO UFMG, 2017).

No que diz respeito à estrutura física da UPA, conta-se com uma disposição horizontal de recepção, sala de espera, sala de classificação de risco, consultórios, sala de emergência, sala de medicação, sala de observação, enfermarias masculina e feminina, sala de radiologia, farmácia, banheiros e salas administrativas. Cabe salientar que, em decorrência da pandemia por COVID-19, foi necessária uma adequação estrutural na UPA para diferenciar as áreas de pacientes sintomáticos respiratórios garantindo a segurança aos pacientes e à equipe.

4.3 Participantes da pesquisa

Participaram da pesquisa os enfermeiros que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro, ter experiência com mínimo de seis meses trabalhando na UPA e desejar voluntariamente participar do estudo. Foram excluídos aqueles enfermeiros que

trabalhavam exclusivamente na área administrativa e não tinham contato direto com pacientes, bem como aqueles enfermeiros que se encontravam de férias, em período de afastamento ou em licença.

Na ocasião de realização do presente estudo, UPA contava com vinte e um enfermeiros, sendo seis com carga horária de 6 horas diárias, treze enfermeiros de 12 horas e dois enfermeiros horizontais de 8 horas diárias; eles permanecem em cada setor da UPA (triagem, sala de emergência, sala de observação e enfermarias) por um mês, o que confere maior dinamismo à equipe e facilita o processo de trabalho.

Todos os enfermeiros foram convidados a participar do estudo por terem consigo vivências e experiências capazes de agregar informações essenciais e singulares à investigação. As relações dos enfermeiros, bem como seus endereços eletrônicos, foram disponibilizadas pela gerente e coordenadora de enfermagem da UPA, com quem foi acordado realizar inicialmente as entrevistas on-line devido às circunstâncias da pandemia decorrente da COVID-19.

Primeiramente, a pesquisadora criou um vídeo convidando os enfermeiros a participarem da pesquisa e que foi divulgado no grupo de WhatsApp da equipe da UPA. Posteriormente, a pesquisadora entrou em contato com cada participante via e-mail e WhatsApp, com a finalidade de apresentar o objetivo da pesquisa, os preceitos éticos e a informação de que a entrevista seria on-line, na plataforma Zoom ou chamada em vídeo de WhatsApp, conforme a disponibilidade e domínio de qualquer uma dessas ferramentas. Em seguida, foi criado outro convite para participar da pesquisa e que foi divulgado no mesmo grupo de WhatsApp, mobilizando mais enfermeiros a participarem.

Figura 3. Captura do vídeo de convite aos enfermeiros (2020).



Figura 4. Tarjeta de convite aos enfermeiros (2020).

A sua experiência é muito importante para mim, por isso quero convidá-la a participar da pesquisa intitulada:



COMPETÊNCIA CULTURAL DE ENFERMEIROS NO CUIDADO A POPULAÇÕES VULNERÁVEIS

Como?
Através de uma entrevista online com duração máxima de 1 hora. 

Quando? 
Na data e hora em que você tem disponibilidade.

NATHALYA CASALLAS HERNANDEZ
DOUTORANDA EM ENFERMAGEM DA UFMG
31-994692022

Na ocasião da coleta de dados, uma enfermeira não cumpria com os critérios de inclusão, tendo menos de 6 meses de experiência na UPA, e outros dois enfermeiros decidiram não participar da pesquisa por questões de tempo ou manifestação de desinteresse na temática pesquisada.

Finalmente, a amostragem desta pesquisa foi de 18 enfermeiros que participaram da entrevista: 14 foram on-line e 4 de maneira presencial, seguindo os protocolos de biossegurança estabelecidos pela UPA, com uma duração média de 45 minutos, nos meses de outubro de 2020 até janeiro de 2021. Para garantir o anonimato dos participantes, os enfermeiros foram identificados com a letra E e um número relativo à sequência de inclusão no estudo, assim: E1, E2...E18.

Cabe salientar que na entrevista da participante E13 verificou-se o cumprimento do do critério de saturação, que consiste na obtenção de um número suficiente de participantes para permitir a reincidência das informações e alcançar o aprofundamento, a abrangência e a diversidade do fenômeno, sem desprezar os conteúdos significativos (MINAYO, 2017). Para atender a este critério, as entrevistas foram transcritas logo após a realização, possibilitando a pré-análise do material. Apesar da identificação da saturação, decidiu-se pela realização das entrevistas com a totalidade dos enfermeiros que atendiam ao critério de inclusão, totalizando 18 participantes.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi concretizada entre os meses de outubro de 2020 e janeiro de 2021, mediante duas fontes de evidência: entrevista individual, com roteiro semiestruturado e a observação.

O estudo foi conduzido sob a lente epistemológica do Modelo do Desenvolvimento da Compaixão Culturalmente Competente de Irena Papadopoulou.

Portanto, a observação aconteceu em janeiro de 2021, baseado nos constructos que ela propõe no modelo mencionado, a fim de tentar estruturar o processo de construção da competência cultural e compassiva de enfermeiros no cuidado de populações vulneráveis. Os critérios observados e analisados foram:

- O contexto onde se desenvolveu a interação enfermeiro-paciente;
- As características físicas, de localização e de distribuição do espaço físico dentro da UPA e seus arredores;

- A observação da interação social entre os enfermeiros e seus pacientes durante as atividades de cuidado;
- Comportamentos, atitudes, tipo de comunicação e/ou linguagem verbal e não verbal utilizada durante a interação.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora de maneira on-line e individual. No ano de 2020 foi possível realizar 14 entrevistas on-line, 10 pela plataforma Zoom e 3 aconteceram pela chamada de vídeo de WhatsApp. A opção pelo WhatsApp se deu em decorrência de dificuldades de conexão pela plataforma Zoom e em ambas as situações foi assegurada a privacidade e a confiabilidade dos participantes. Para o 2021 foi possível realizar 4 entrevistas presenciais seguindo todos os protocolos de biossegurança.

As entrevistas ficaram gravadas em áudio e vídeo; o tempo médio de duração foi de 45 minutos e foram transcritas pela pesquisadora. O tempo destinado à transcrição foi de 53 horas e cinquenta minutos, aproximadamente. Finalmente, foram devolvidas aos participantes as transcrições para comentários ou correções, não tendo havido solicitação de alterações por parte dos entrevistados. Desta forma, foi feita a validação do conteúdo das entrevistas, conforme Fontanella e Turato sugeriram (FONTANELLA *et al.*, 2011).

4.5 Análise de dados

Os dados obtidos foram analisados mediante a Análise Temática de Conteúdo (ATC) proposta por Bardin (2011). A ATC é um conjunto de técnicas de pesquisa que, através de uma descrição objetiva e sistemática, tem a finalidade de interpretar e descobrir núcleos de sentido e captar a realidade por meio dos elementos que compõem a comunicação, relacionando as estruturas semânticas com as estruturas sociológicas (BARDIN, 2016).

A organização da análise de conteúdo acontece por meio de três pólos cronológicos: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; e, 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (BARDIN, 2016).

A primeira é a fase de pré-análise. Fundamenta-se na organização do material com a finalidade de criar um esquema flexível e preciso do desenvolvimento das fases posteriores. Compõe-se pelas seguintes atividades:

- A leitura flutuante consiste em estabelecer contato inicial com os documentos a analisar, permitindo criar impressões, orientações ou ideias.

Posteriormente, a leitura vai se tornando mais focada em função das hipóteses emergentes e do referencial teórico selecionado;

- A escolha dos documentos suscetíveis a fornecer informações sobre o problema pesquisado e que devem ser analisados, constituindo o corpus da pesquisa. Leva-se em consideração as regras da exaustividade, ou seja, todos os elementos do corpus devem ser analisados. Além disso, leva-se em conta a regra da representatividade para poder generalizar os desfechos e, finalmente, a regra da homogeneidade, ou seja, todos os documentos devem obedecer a critérios precisos de escolha;
- A formulação das hipóteses e dos objetivos;
- A referenciação dos índices e a elaboração de indicadores, segundo o referencial teórico e os objetivos planejados. Dessa forma, se estabeleceram os indicadores temáticos e a frequência com que se apresentam no corpus e, posteriormente, o processo em direção à construção de indicadores precisos e confiáveis;
- A preparação do material inclui a transcrição na íntegra de entrevistas, a numeração dos elementos do corpus e a conservação das gravações em áudio e vídeo (BARDIN, 2016).

Na segunda fase ocorre a exploração do material, que pode ser de forma manual ou auxiliada por um software. Consiste em operações de codificação e categorização. A codificação é a transformação dos dados brutos do texto em unidades de registro a serem analisadas, podendo ser palavras ou temas. No que diz respeito a esta tese, as unidades de análise foram temas que seguiram os critérios estabelecidos no referencial teórico, permitindo descobrir motivações, opiniões, atitudes, valores ou tendências. Além disso, levou-se em consideração a presença, frequência, intensidade e direção apresentadas no corpus. Por sua vez, a unidade de contexto permite compreender a significação exata da unidade de registro dentro do mundo real (BARDIN, 2016).

A categorização é a classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e reagrupação deles, de acordo com critérios previamente estabelecidos, seguindo algumas características:

- A exclusão mútua, cada elemento não pode existir em mais de uma divisão;

- A homogeneidade, um único princípio de classificação deve guiar a organização;
- A pertinência, refere que a categoria se adapta ao material de análise escolhido e ao marco referencial determinado;
- A objetividade e fidelidade, sempre os mesmos elementos deverão ser categorizados da mesma maneira, mesmo sendo submetidos a várias análises;
- A produtividade, os resultados que apresentam as categorias devem ser confiáveis e úteis (BARDIN, 2016).

Finalmente, a terceira fase é o tratamento e interpretação dos resultados obtidos, permitindo ao pesquisador propor inferências segundo os objetivos previstos, assim como mencionar outros resultados não esperados.

Neste estudo, o *software* Atlas.ti, versão 9, foi utilizado como instrumento operacional, que possibilitou a organização, gestão e visualização dos dados, assim como a criação de redes semânticas para a análises e interrelações entre eles (MENEZES BRITO et al., 2017).

Desde a primeira fase proposta por Bardin, pré-análise, o material das entrevistas e notas de observação (NO) foi transcrito no documento Word e posteriormente inserido no software Atlas.ti 9, compondo a unidade hermenêutica. Após esse momento, a pesquisadora conseguiu fazer uma leitura exaustiva do corpus para compreender algumas orientações ou ideias marcadas no discurso dos participantes.

O software permitiu a visualização das unidades de registro e contexto, auxiliando o processo de codificação e categorização, porém, a pesquisadora continua sendo responsável pela reflexão crítica e pela análise integral dos dados sob a lente epistemológica do Modelo do Desenvolvimento da Compaixão Culturalmente Competente.

A presente tese de doutorado gerou 188 códigos, agrupados em nove famílias e organizados em três categorias analíticas que serão apresentadas no capítulo seguinte em formato de compilação de artigos científicos.

4.6 Aspectos Éticos da Pesquisa

A pesquisa de fenômenos complexos que acontecem no cotidiano da vida exige do pesquisador um rigoroso posicionamento ético, assim como todo estudo que envolve seres humanos. Nesse sentido, serão respeitados os aspectos presentes na Resolução nº 466/2012 e na Resolução 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi avaliado e aprovado pela Câmara do Departamento de Enfermagem Aplicada e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, sob o parecer 4.249.999.

A participação dos enfermeiros foi voluntária, sendo reservado o direito de abandonar a pesquisa em qualquer etapa. Os participantes e a pesquisadora assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Ademais, foram expostos aos participantes os riscos relacionados ao constrangimento emocional diante das perguntas da entrevista por motivo de lembrar algumas situações emotivas e complexas no âmbito pessoal e de trabalho.

Devido à atual crise nos serviços de saúde, gerada pela pandemia pela COVID-19, a grande maioria das entrevistas foram realizadas on-line, através da plataforma Zoom ou chamada de vídeo do WhatsApp. Depois do início do processo de vacinação e seguindo todos os protocolos de biossegurança foi possível realizar 4 entrevistas de maneira presencial, na data e no horário indicado por cada participante, garantindo o sigilo no momento da entrevista, pois todos procuraram uma sala privada, sem interrupções onde se sentiram confiantes para falar abertamente. Os participantes receberam o TCLE com antecedência pelo e-mail, realizaram a leitura do mesmo e enviaram para pesquisadora uma via assinada.

Os resultados oriundos da pesquisa serão divulgados por meio de periódicos e eventos científicos, ficarão sob responsabilidade da pesquisadora por cinco anos e após este período serão destruídos.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES

Em seguida, apresenta-se a consolidação dos dados correspondentes ao perfil dos participantes da pesquisa, em relação ao sexo, idade, estado civil, naturalidade, residência, formação acadêmica e tempo de atuação na UPA. Essas informações foram obtidas por meio de questões que antecederam o roteiro semiestruturado da entrevista.

Tabela 1 - Perfil dos participantes do estudo

VARIÁVEIS		N	%
SEXO	Masculino	2	11,11
	Feminino	16	88,89
IDADE	< 29 anos	1	5,56
	30 a 39 anos	11	61,11
	> 40 anos	6	33,33
ESTADO CIVIL	União estável	3	16,67
	Casado	11	61,11
	Divorciado	2	11,11
	Solteiro	2	11,11
NATURALIDADE	Belo Horizonte	7	38,89
	Outros	11	61,11
RESIDE EM BELO HORIZONTE	Sim	14	77,78
	Não	4	22,22
FORMAÇÃO	Enfermagem	5	27,78
	Pós-graduação (especialização/mestrado)	13	72,22
TEMPO TRABALHANDO NA UPA	6 meses a 2 anos	9	50,00
	2 anos a 5 anos	5	27,78
	> 5 anos	4	22,22

Fonte: Dados coletados na pesquisa de campo (2022)

Participaram da pesquisa 18 enfermeiros, sendo a maioria do sexo feminino (88,89%). Os dados estão de acordo com os que foram apresentados no relatório final do perfil da enfermagem desenvolvido pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) com o COFEN, no ano 2013, sendo que a equipe de enfermagem é composta maioritariamente por mulheres (85,1%), mas nos últimos anos a presença dos homens na profissão aumentou significativamente (FIOCRUZ; COFEN, 2017).

A faixa etária variou entre os 30 a 39 anos (61,11%) e mais de 40 anos (33,33%). Contudo, destaca-se que a enfermeira mais nova e recém-formada se tornou uma participante-chave, dado que em seus depoimentos e colocações percebeu-se uma análise crítica da situação e permitiu abrir a discussão a outros temas de maior profundidade relacionados ao tema do presente estudo. Esse tópico foi apontado em estudos que mencionam que os enfermeiros novatos lutam por defender os princípios compassivos que foram aprendidos durante a graduação e, ao chegar na prática profissional, sentem que existem barreiras nos serviços de saúde para seu cumprimento; as enfermeiras novatas foram percebidas como as mais compassivas (NIJBOER, et al, 2019; SINCLAIR et al., 2016).

Destaca-se que, 13 enfermeiros possuíam pós-graduação, sendo especialização ou mestrado em áreas como urgência e emergência, gestão dos serviços de saúde e segurança do trabalho (72%), achado que está em consonância com um estudo que indica que a grande maioria (80%) dos enfermeiros fez ou está fazendo alguma Pós-Graduação, o qual deve ser analisado desde a perspectiva de um aumento na escolarização de um modo geral, o aumento das vagas e a facilitação do acesso ao ensino superior nas últimas décadas (MACHADO et al., 2016).

Sobre a naturalidade, unicamente 7 participantes nasceram em Belo Horizonte (39%), mas a maioria reside na capital mineira (78%), sendo a grande parte dos participantes casados (61,11%). O tempo de atuação na UPA variou entre 6 meses até 2 anos (50%); de 2 anos até 5 anos (28%); e mais de 5 anos (22%).

5.2 Categorias analíticas

A análise dos dados permitiu compreender que o desenvolvimento da compaixão culturalmente competente é um processo subjetivo, contínuo e não linear. Além disso, possibilitou a construção de três categorias analíticas: A primeira foi “*Construção da compaixão culturalmente competente em enfermeiros que cuidam de populações vulneráveis*”. Para a construção desta categoria, optou-se pela apresentação de três famílias: a) Um olhar para dentro de si: o reconhecimento da identidade cultural; b) Caminhos a percorrer: da lacuna ao conhecimento cultural; c) A escuta atenta como cuidado essencial de enfermagem; e, d) competência cultural e compassiva como oportunidade infinita de crescimento).

A segunda categoria foi “*Compaixão Culturalmente Competente da enfermagem durante a pandemia por COVID-19 na Unidade de Pronto Atendimento*”, composta por três famílias: a) Processo de desconstrução pessoal e profissional; b) Fortalecimento dos laços profissionais baseado na compaixão.

Finalmente, a terceira categoria, “*Aproximações aos desafios da enfermagem para preservar o Cuidado Compassivo e Culturalmente Competente*”, composta por três famílias: a) Consolidação de habilidades compassivas no mundo globalizado; b) A formação profissional culturalmente competente como um processo incessante; e c) Alguns dilemas éticos no cuidado compassivo no início da vida.

Artigo 1. CONSTRUÇÃO DA COMPAIXÃO CULTURALMENTE COMPETENTE EM ENFERMEIROS QUE CUIDAM DE POPULAÇÕES VULNERÁVEIS

RESUMO

Objetivo: Compreender o processo de construção da compaixão culturalmente competente em enfermeiros que cuidam de populações vulneráveis.

Método: Estudo qualitativo de tipo “estudo de caso único”, desenvolvido com 18 enfermeiros que atuavam em uma unidade de pronto atendimento localizada em Belo Horizonte, Brasil, entre outubro de 2020 e janeiro de 2021. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista individual on-line ou presencial, seguindo um roteiro semiestruturado. Os dados foram tratados seguindo a Análise de Conteúdo Temático proposto por Bardin. Todos os preceitos éticos foram levados em consideração.

Resultados: Posterior à análise dos dados, foram criadas as seguintes categorias: a) Um olhar para dentro de si: o reconhecimento da identidade cultural; b) Caminhos a percorrer: da lacuna ao conhecimento cultural; c) A escuta atenta como cuidado essencial de enfermagem; d) Competência cultural e compassiva como oportunidade infinita de crescimento.

Considerações finais: Confirmou-se que a compaixão culturalmente competente é um construto subjetivo, complexo e essencial no cuidado holístico de enfermagem. Como consequência, verifica-se a melhora na qualidade da atenção à saúde oferecida aos pacientes e suas famílias, assim como a minimização da desigualdade social e a proteção aos direitos humanos.

Palavras-chave: Compaixão; Competência cultural; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem holística; Populações vulneráveis.

INTRODUÇÃO

A compaixão é um conceito emergente que nos últimos anos tem adquirido especial relevância nos serviços de saúde, sendo considerada uma competência essencial que deve ser fortalecida e cultivada nos profissionais de saúde, e particularmente, nos

profissionais de enfermagem designados para oferecer cuidado direito e em todas as dimensões às pessoas, famílias e comunidades em processos de saúde e doença (Sinclair, Hack, McClement, Raffin-Bouchal, Chochinov & Hagen, 2020; Sinclair, Norris, McConnell, Chochinov, Hack, Hagen & Bouchal, 2016).

Diante dessa realidade, a compaixão pode ser definida como o desejo ou a motivação de aliviar o sofrimento de outras pessoas através de ações reflexivas e eficazes (Papadopoulos, Wright, Lazzarino, Koulouglioti, Aagard, Akman & Zorba, 2018). Portanto, destaca-se que a compaixão não é sinônimo da lástima ou da pena pelos outros indivíduos, pois isso implicaria uma relação de superioridade, mas é, sim, uma relação horizontal entre duas pessoas que estabelecem uma conexão autêntica baseada no respeito, na comunicação e na amabilidade (Soler, 2018, p.43).

Assim, o cuidado compassivo deve ser culturalmente competente, já que as noções de saúde e doença estão culturalmente configuradas e têm grande impacto na maneira como as pessoas criam a própria visão do mundo, do cuidado e dos sistemas de saúde (Papadopoulos, Shea, Taylor, Pezzella & Foley, 2016; Reina-Leal & López-Díaz, 2020). Deste modo, os profissionais de saúde devem ter a capacidade de oferecer atenção médica eficaz levando em consideração as crenças, comportamentos e necessidades culturais das pessoas, famílias ou comunidades (Papadopoulos, 2018).

Para compreender este fenômeno de maneira holística, foi selecionado o Modelo do Desenvolvimento da Compaixão Culturalmente Competente, criado pela enfermeira Irena Papadopoulos (2014), no marco do Projeto “*A european model for the Development of role Models to Promote and Support Culturally Competent and Compassionate Care*” (IENE) financiado pela União Europeia (Cyprus University of Technology, 2014).

A autora defende que a compaixão culturalmente competente é a qualidade humana de compreender o sofrimento das outras pessoas e querer fazer alguma coisa para aliviá-lo, utilizando intervenções culturalmente apropriadas e acetáveis, os antecedentes culturais de todos os envolvidos, bem como o contexto onde se dá a interação (Papadopoulos et al., 2016).

O modelo em análise é composto por quatro construtos fundamentais: consciência cultural, conhecimento cultural, sensibilidade cultural e, finalmente, a competência cultural. Cada um é permeado pela compaixão como eixo transformador no processo de

cuidado, sendo considerado fundamental para garantir um atendimento em saúde de excelência e de forma holística (Papadopoulos, 2018, p. 58-65).

Nesse sentido, a compaixão culturalmente competente é fundamental para abordar as desigualdades sociais em saúde que existem nas sociedades culturalmente diversas (Papadopoulos et al., 2018). A respeito das particularidades do Brasil, importa destacar que é um país com uma ampla amalgama de culturas que compõe a realidade social e política brasileira. Sua composição racial é, predominantemente, de população parda e negra (53,6%), porém, ainda apresentam condições econômicas e sociais de desvantagens, marcadas pela segregação, exclusão e discriminação (Brasil, 2017).

Por outro lado, deve-se destacar o acelerado processo migratório que nos últimos anos se converteu em um desafio político e social de nível mundial, especialmente no Brasil. Entre os anos de 2011 e 2018, foram registrados 774.200 imigrantes, sendo concentrados, majoritariamente, na região sudeste (55,1%) e sul (20,5%) brasileiras (International Organization for Migration, 2018). Além disso, a quantidade de pessoas em situação de rua está crescendo significativamente, levando em consideração a crise econômica e social dos últimos anos (Carvalho, 2016).

Assim, os profissionais de saúde e, principalmente, de enfermagem, devem responder à diversidade cultural, aceitando-a e criando abordagens holísticas e diferenciadas em saúde para dar conta de tamanha complexidade, comprometendo-se a proporcionar um cuidado compassivo, qualificado e culturalmente competente ao paciente e sua família.

Propósito de estudo

Tendo em vistas as considerações apresentadas, parte-se do pressuposto de que a compaixão culturalmente competente é fundamental para garantir um cuidado holístico de enfermagem, assim como sua inestimável contribuição para o fortalecimento da enfermagem como ciência e disciplina humana, minimizando as barreiras e desigualdades sociais atuais. O objetivo do presente estudo foi compreender o processo de construção da compaixão culturalmente competente em enfermeiros que cuidam de populações vulneráveis.

Desse modo, questiona-se: como ocorre o processo de construção da competência cultural em enfermeiros que cuidam a populações vulneráveis?

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, haja vista a necessidade de compreender e interpretar o fenômeno da compaixão culturalmente competente, explorando-o por meio da perspectiva dos enfermeiros em seu contexto profissional. Assim, optou-se pelo delineamento metodológico do tipo “estudo caso único”, sendo considerado um método preferencial para compreender um fenômeno contemporâneo, onde os pesquisadores têm pouco ou nenhum controle sobre eventos comportamentais (Yin, 2015, p. 17).

O caso definido foi a construção da compaixão culturalmente competente de enfermeiros no cuidado de populações vulneráveis, sendo um caso único, devido à sua especificidade; holístico, em relação ao seu contexto e com uma unidade de análise. A proposição teórica orientada sob a lente epistemológica do Modelo de Desenvolvimento da Compaixão Culturalmente Competente, proposto pela enfermeira Irena Papadopoulos, e seguindo as diretrizes metodológicas descritas no COREQ.

Cenário de estudo e coleta de dados

O cenário deste estudo foi uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) localizada na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, que se caracteriza pela ampla abrangência de população em situação de rua e de comunidades vulneráveis que são atendidas diariamente.

Na UPA atuavam 21 enfermeiros. Destes, 18 profissionais foram incluídos no estudo, pois atenderam os seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiros, ter experiência com, no mínimo, seis meses trabalhando na UPA e desejar, voluntariamente, participar do estudo. Foram excluídos aqueles enfermeiros que trabalhavam exclusivamente na área administrativa e que não tinham contato direto com pacientes. Além disso, foram desconsiderados os enfermeiros que se encontravam de férias, em período de afastamento ou licença. Importante salientar que um enfermeiro não cumpria com o tempo de trabalho na UPA, maior a 6 meses, e dois enfermeiros negaram diretamente a participação no estudo.

A coleta de dados ocorreu no período entre outubro de 2020 e janeiro de 2021, devido à crise sanitária causada pela pandemia por COVID-19. Os enfermeiros foram convidados a participar da pesquisa através de vídeos, tarjetas e mensagens personalizados via WhatsApp, embora a pesquisadora previamente tenha se inserido no cenário de pesquisa para compreender as dinâmicas de trabalho e se acerrar das vivências dos profissionais.

As estratégias para a coleta de dados foram: a entrevista individual e a observação do cenário de pesquisa, atendendo à premissa da triangulação de dados em estudos de caso (Yin, 2015,). Sobre as entrevistas, 14 foram realizadas de forma on-line pela Plataforma Zoom ou chamada de vídeo via WhatsApp, em 2020, e 4 entrevistas foram realizadas de maneira presencial na UPA no primeiro mês de 2021, seguindo todos os protocolos de biossegurança. Em ambos os casos, o agendamento foi feito previamente de acordo com data e horário disponibilizados pelos enfermeiros.

Todas as entrevistas foram feitas pela pesquisadora, estudante de doutorado em enfermagem com experiência na temática de cuidado cultural e competência cultural da saúde. Seguiu-se um roteiro semiestruturado que foi submetido a uma prova piloto inicial, modificando-se duas perguntas na sua estrutura para garantir a compreensão por parte dos participantes. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio, com uma duração média de 45 minutos e foram transcritas na íntegra. Levou-se em consideração a pré-análise do corpus e, posteriormente, as transcrições foram devolvidas aos participantes para comentários ou correções, não tendo havido solicitação de alterações por parte dos enfermeiros.

Além disso, a pesquisadora se inseriu no cenário de pesquisa para realizar a observação das interações entre os enfermeiros e pacientes, assim como entre a equipe de enfermeiros, sendo registrados no diário de campo os comportamentos, atitudes e comunicação verbal e não verbal presentes durante o processo de cuidado.

Análise dos dados

Os dados foram tratados mediante a Análise Temática de Conteúdo seguindo os três polos cronológicos propostos por Bardin (2016): pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A fase de pré-análise fundamentou-se na leitura flutuante do material a fim de ter um contato inicial com os documentos, bem como a referenciação dos índices, a elaboração dos indicadores e a transcrição na íntegra das entrevistas para formar o corpus da pesquisa (Bardin, 2016, p.125).

Na fase da exploração do material, os documentos foram inseridos no Software Atlas.ti versão 9, compondo uma unidade hermenêutica com 18 documentos em formato Word, auxiliando o gerenciamento da informação, a criação de códigos e a concorrência em categorias.

Finalmente, a terceira fase foi o tratamento dos resultados obtidos e a sua interpretação, permitindo ao pesquisador propor inferências segundo os objetivos previstos, assim como mencionar outros resultados não esperados (Bardin, 2016).

Aspectos éticos

Resguardados os critérios éticos envolvidos na pesquisa, a mesma foi avaliada e aprovada pela Câmara do Departamento de Enfermagem Aplicada e pelo Comitê de Ética em Pesquisa COEP-UFMG, sob o parecer nº 4.249.999 e foram respeitados os aspectos presentes na Resolução nº 466/2012 e na Resolução 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil.

A participação dos enfermeiros foi voluntária, sendo reservado o direito de abandonar a pesquisa em qualquer etapa. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), sendo informados sobre os riscos relacionados ao constrangimento diante de perguntas da entrevista, devido a possibilidade de lembrarem-se de situações que ocasionassem desconforto emocional. Com vistas a garantir o anonimato dos participantes, estes foram identificados pela letra E e os números segundo a realização das entrevistas.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 18 enfermeiros: 16 são mulheres (89%) e 2 homens (11%). A maioria encontra-se na faixa etária entre os 30 e 39 anos (61%) e são casados (61%). Sobre a naturalidade, unicamente 7 participantes nasceram em Belo Horizonte (39%), mas a maioria reside na capital mineira (78%). Finalmente, 13 enfermeiros possuem pós-graduação, sendo especialização ou mestrado (72%). O tempo de atuação

na UPA variou entre 6 meses até 2 anos (50%), de 2 anos até 5 anos (28%) e mais de 5 anos (22%).

Mediante análise dos dados, emergiram as seguintes categorias: a) Um olhar para dentro de si: o reconhecimento da identidade cultural; b) Caminhos a percorrer: da lacuna ao conhecimento cultural; c) A escuta atenta como cuidado essencial de enfermagem; d) Competência cultural e compassiva como oportunidade infinita de crescimento.

Um olhar para dentro de si: o reconhecimento da identidade cultural

O primeiro passo para alcançar a compaixão culturalmente competente é um processo de autorreflexão com o objetivo de reconhecer os valores, as crenças e os antecedentes culturais que permeiam a tomada de decisões e as estratégias para lidar com a vida. Durante as falas dos enfermeiros, pode-se evidenciar como a concepção da cultura é destacada e se inter-relaciona com as diferentes dimensões da vida, como a família, a localização geográfica, a religião, a espiritualidade, entre outras.

Cultura é tudo aquilo que a gente traz na nossa bagagem, de histórico, da família, é onde você cresce ali com aspectos culturais, religião, de rotinas mesmo de família. Eu sou do interior de Minas, então eu tenho uma cultura interiorana mesmo, catolicismo, muito ligado à nossa história (E3).

A cultura é tudo o que a família deu, a sociedade, a minha essência, é o que a minha família plantou em meu coração, porque você pode ter títulos e faculdade, mas você pode não ter uma essência boa, e eu acredito que isso é cultura, não é diploma não, é toda a bagagem que a gente tem (E12).

Nessa linha de pensamento, destaca-se a importância que a maioria dos enfermeiros atribui à dimensão religiosa e espiritual, provavelmente como estratégia de enfrentamento diante das diversas situações da vida e guiar a maneira como se relaciona com a sociedade, em geral, e se depara com a necessidade de um cuidado holístico, conforme evidenciado:

A gente vem de algum lugar, de uma família, a gente quer passar, no meu caso para meu filho, valores para ele, crenças religiosas sem exageros, acredito em Deus, faço sempre as coisas que eu gostaria que fizessem comigo, e assim, eu sempre considerei a ética como fundamento para tudo (E7).

Eu tenho crença no ser humano, para ser sincera, eu não sou uma pessoa religiosa, mas eu acredito que tenho uma força maior, alguma coisa assim, não sei se é Deus, eu cresci na religião católica, mas hoje eu acredito que tem alguém que guia e eu sei que posso contar, não tenho um nome para dar, mas acredito que existe (E18).

A esse respeito, observou-se como, ao iniciar e terminar o plantão de tarde, algumas enfermeiras benzeram-se com o sinal de proteção e gratidão; uma enfermeira do plantão da noite realizou uma oração com a finalidade de sentir-se resguardada espiritualmente durante seu serviço na UPA. Assim, algumas enfermeiras destacaram como sua identidade cultural e seu propósito da vida estão sendo consolidados ao trabalhar com populações vulneráveis.

Eu reforcei meus valores e meu objetivo de vida sendo enfermeira e trabalhando na UPA, eu aqui aprendo muito na parte profissional e pessoal (E17).

Sempre tento ser correta nas coisas que eu faço no trabalho, comigo mesma, com as pessoas, eu sempre faço meu trabalho da melhor forma possível para quando eu chegar em casa, eu possa deitar com tranquilidade, colocar a cabeça no travesseiro e falar hoje: “hoje eu fiz meu melhor” (E10).

Caminhos a percorrer: da lacuna ao conhecimento cultural

O conhecimento cultural sobre as populações vulneráveis é necessário para garantir um cuidado qualificado, baseado na evidência científica, mas também para criar intervenções que sejam facilmente aceitáveis e adaptáveis às necessidades culturais das pessoas, assim, estarão respeitando a diversidade e aprofundando o cuidado compassivo. Os enfermeiros reconhecem que o uso da tecnologia permite estar em constante atualização e procurar informações que auxiliem a prática profissional culturalmente competente.

Nós, como enfermeiros, temos uma formação muito ampla e conseguimos nos adaptar às diferentes situações, uma maneira de se adaptar é de procurar conhecimento, é estudar, se eu não sei, eu vou procurar um artigo, não vou improvisar não. Hoje a gente tem uma facilidade muito grande com internet, tem o celular, o computador que mudou o ambiente hospitalar, e a gente consegue rapidamente buscar alguma informação e conseguir estar aí e pensar melhor (E2).

Contudo, aprender sobre o contexto social, político e cultural das populações vulneráveis e distinguir as similaridades e as diferenças com a própria identidade cultural representa um desafio para os enfermeiros, visto que poderá ser contrário ao que é considerado certo e adequado. Mesmo assim, o cuidado compassivo é baseado no respeito à diferença, à negociação, à inclusão social e à proteção dos direitos de todos os seres humanos.

A questão é complexa de poder e saber lidar com diferentes culturas, raças. Falando sobre isso, a gente tem uma questão que vivencia muito na UPA com os pacientes que mudam de sexo, pacientes trans e eles usam

o nome social. Paciente chega, pega ficha, o nome dele é, por exemplo, é João, e o nome social é Maria, e por lei eles tem direito de ser chamados pelo nome social. Antigamente, no início quando começo haver essa lei, eu desconhecia, então vivi situação em que paciente chegou, eu chegava a porta e chamava ao paciente pelo nome verdadeiro e aí o paciente achou ruim, depois de que eu conheci a lei, entendi que deveria chamar pelo nome social como ele quer ser chamado e a gente respeita isso, as minhas convicções religiosas são diferentes, mas eu respeito e já aprendi (E1).

O tempo e a disposição são fatores vitais para o desenvolvimento do conhecimento cultural com o objetivo de reduzir as lacunas e ampliar a visão crítica sobre a realidade social que se está vivenciando. Durante a observação, verificou-se que os enfermeiros realmente procuram informações atualizadas como leis, normativas e protocolos de atenção para obter maiores ferramentas a fim de promover um atendimento de qualidade e com evidências científicas. Dessa forma, é possível entender que esse cuidado na acurácia das informações traz também a satisfação e motivação profissional, sem esquecer que a compaixão também é integrada por pequenos atos de cuidado.

Vou ser sincera, eu não tinha preconceito, só que não sabia nem por onde começar uma assistência com a pessoa que está naquela situação, condições precárias de higiene. Então, você tem que começar do início, observava muito os técnicos de enfermagem, a disponibilidade, dava banho, fazia a barba, penteava cabelo e assim entendi que nós temos que começar do princípio, vamos arrumar ele primeiro, dar um banho e vestir uma roupa, arrumar uma comida para ele e lá vamos nós a resguardar um pouco a sua dignidade. Agora se o paciente chegou para emergência mesmo, não dá tempo de fazer nada, aí minha filha é do jeito que está (risos). (E7).

Aprendi que é fundamental conhecer os determinantes sociais que eles trazem, falta básica de acesso, muitas vezes a saúde, emprego, condições básicas de saneamento. Por exemplo, eu me esforço por aprender e entender o contexto cultural daquele paciente, e a gente tem que fazer uma balança daquilo que o serviço permite que a gente participe da cultura dele, das crenças, daquilo que ele acredita e aí a gente vai tentando ponderar, o que é possível fazer dentro do nosso contexto (E9).

A escuta atenta como cuidado essencial de enfermagem

A compaixão culturalmente competente é composta por atos básicos de cuidado que configuram a relação terapêutica entre os enfermeiros e o paciente baseada na confiança, respeito, empatia, tempo de qualidade e escuta atenta. Mesmo desafiando as barreiras impostas pelo sistema de saúde, os enfermeiros cultivam sua criatividade e

sensibilidade para oferecer um cuidado em todas as dimensões, promovendo, assim, crescimento pessoal e profissional.

Muitas vezes o paciente fala a vida dela e aí a gente conversa, e quando tem tempo conversa um pouquinho mais e muitas vezes você tem que dar uma palavra de fé, desde o coração, as vezes a gente pega histórias que não é possível esquecer, porque são histórias marcantes (E1).

Não tem como você se adaptar a dor, a fome, a sede dos outros, a gente tenta conhecer um pouco o paciente e o acompanhante e você acolhei os dois. Acho que não tem como simplesmente ir lá fazer curativa e está certo, não, você tem que dar uma segurança emocional, tem que dar o melhor, dar uma orientação para um cuidado mais integral, isso é cuidar, isso não pode se desmembrar, o cuidado é tudo, física, psicológica, acompanhar, escutar, não tanto como a gente gostaria porque são muitos pacientes e coisas por fazer, mas a gente tenta sim (E10).

Foi possível evidenciar dificuldades no domínio de outras línguas ou desconhecimento do contexto sociocultural de pacientes com particularidades, porém, a criatividade e a recursividade dos profissionais de enfermagem permitiram derrotar essas barreiras para garantir um cuidado holístico e obter aprendizados pessoais e profissionais.

Eu acostumo fazer e falar da forma que eles falam porque são pessoas que é difícil para eles confiar em outras pessoas pela mesma vulnerabilidade, não conseguem criar esse vínculo. Eu procuro ter essa linguagem mais simples e tentar criar mesmo o laço de confiança, mostrando para eles que estão aí para receber um cuidado e que eu estou também aí disposta a cuidar deles (E13).

Se o paciente é estrangeiro, a gente tenta entender, tem que colocar no tradutor on-line, tenta comunicar por gestos para a gente compreender e ele me entender, porque o paciente deve saber o que está acontecendo, e assim a comunicação por gesto é a primeira alternativa ou buscar outras pessoas que ajudem, mas os enfermeiros sempre damos um jeito (risos) (E15).

Os depoimentos permitiram identificar que a compaixão culturalmente competente é fortalecida com o passar do tempo e a quantidade de interações com os pacientes e suas famílias, uma vez que é possível reconhecer a realidade e a história de vida das outras pessoas, até consolidar uma preocupação real pelo bem-estar do indivíduo e o desejo genuíno de aliviar a sua dor ou seu sofrimento.

A gente sempre recebe vários pacientes de rua em situação bem triste, e eu falou: “nossa você voltou de novo”, agora teve uma paciente, a R.D, paciente da psiquiatria que mora na rua, ela vai muito e eu tenho um carinho com ela, quando ela chega está com vestido diferente, a gente fala “nossa, como você está bonita hoje” e conseguimos chamar a atenção dela, eu pergunto: “Está querendo comer?”, ou “Está querendo tomar banho?”, acaba que tudo mundo tem carinho, e falamos “ô você sumiu! ”,

ela dá aquele sorriso enorme e lindo, consegue ver que a gente está preocupada com ela, ela se sente em casa lá com a gente (E6).

Tem muito morador de rua, a gente acaba criando vínculos grandes, eu já lembro o nome deles antes da triagem. Tem uma emblemática que se chama R.D, nossa! Ela gosta de lá e a gente conversa com ela, recebe a comidinha e as vezes fala que quer ir embora ou as vezes quer ficar lá e fazer o tratamento, nós respeitamos. As vezes a UPA está lotada e nossa! Lá vem a R.D, mas tudo mundo tem um carinho grande e cuidamos dela, acaba que você vai acostumando porque está na rotina e você vai criando um vínculo porque você já conhece a história dela, acho que até sinto saudades quando ela não vai para UPA (risos) (E11).

O cuidado exige carinho e o cuidado também está relacionado a chamar atenção, eu chamo muito a atenção, quando as vezes chega em uma situação ruim, tipo bebeu, usou droga, aí eu falo “nossa, mas como assim? ”, repreendendo porque a pessoa tem horas que ela tem que ouvir algumas coisas e eu me preocupo, você não pode deixar passar porque carinho também é falar na hora que ela está errada (E7).

A sensibilidade cultural e compassiva destaca-se nos depoimentos dos participantes, os quais reconhecem que o sofrimento do paciente os leva a advogar por eles, olhá-los nos olhos, procurar um familiar ou amigo que lhe faça companhia, sorrir e até mesmo buscar algum alimento. Essas são algumas atuações da compaixão culturalmente competente que contribuem para a construção de relações terapêuticas baseadas na confiança.

A fim de exemplificar o que foi dito anteriormente, tem-se o caso a seguir: uma enfermeira do plantão da noite está na sala de observação. O paciente morador de rua deve ser remitido à outra instituição para dar continuidade ao tratamento; ele está na maca baixa para garantir sua segurança de uma possível queda. Assim que a enfermeira vai informar sobre o traslado, ela decide descer até o mesmo nível do paciente, coloca a mão sobre o braço do paciente com suavidade, olha-o em seus olhos e explica, com uma linguagem simples, todo o processo. Além disso, também solicita informação de um familiar para quem ligar, e avisar sobre sua situação, finalizando a interação com um sorriso.

Competência cultural e compassiva como oportunidade infinita de crescimento.

O cuidado de enfermagem é proporcionado em diferentes contextos culturais toda vez que distintas realidades permeiam as relações sociais e terapêuticas que se estabelecem entre enfermeiro, paciente e família. É dessa forma que a competência cultural e compassiva indica o máximo nível de comprometimento profissional e pessoal

em prol de alcançar a equidade em saúde, minimizar a discriminação social e afiançar o cuidado holístico. Os enfermeiros relacionam a compaixão culturalmente competente com a sabedoria, conforme a seguir:

Se você não tivesse essa sabedoria, esse discernimento de cada paciente que chega ali, com suas diferenças, você não vai atender, se você ligar só uma linha cultural, você não vai atingir um cuidado que aquele paciente foi buscar, que para ele é uma necessidade, eu acho que é isso a competência com compaixão **(E5)**.

A competência cultural é o cuidado que a gente dá cada dia, é a experiência. É entender que a gente tem crenças diferentes e compreender que o outro vive outras realidade além da nossa, e a gente tem que diversificar e se adaptar as crenças do outro, a cultura do outro, e isso é um aprendizado do dia a dia, ninguém forma a gente a isso, isso vai depender das experiências com cada paciente, e você percebe que se abre mais a outro e acolhe melhor, não poder ficar engessado, porque devo compreender que minha verdade não é a única certa, tem outras realidades e culturas além da minha, mesmo estando no mesmo país, no mesmo bairro, aqui do lado da UPA tem moradores de rua, tem migrantes, tem pessoas vulneráveis, e é a gente aprender a acolher aquilo que é diferente, a competência cultural é isso, vivenciar, respeitar e apreciar o diferente **(E14)**.

Nessa mesma linha de pensamento, o depoimento de E9 toma especial relevância ao mencionar a importância do interesse e da vontade para alcançar a competência cultural, mas também apresenta uma análise reflexiva sobre o valor desse construto na sua vida pessoal e profissional:

Para desenvolver essa competência eu acho que precisa ter interesse da parte do enfermeiro, precisa avaliar o contexto que ele está inserido e ver como que a cultura daquele paciente tem um impacto na assistência que é prestada, porque se eu respeito e entendo aquela questão cultural aí eu consigo planejar melhor a minha assistência, saindo um pouco da caixinha e me adequando a práticas assistenciais que vão ser mais eficazes. Então, assim a enfermeira que formou, ela nunca se imaginou trabalhando em uma linha de frente de uma pandemia, eu me achava muito incapaz, eu acreditava que não seria possível dar conta. Mas hoje, entendi que todo mundo, desde que tenha disponibilidade, é capaz de crescer mesmo em meio ao caos, eu entendo que o caos pode ser uma oportunidade incrível para descobrir habilidades em mim que eu jamais imaginei ter **(E9)**.

Não obstante, os enfermeiros reconhecem que o cuidado holístico e compassivo também é uma relação bidirecional mediada pelas inúmeras questões socioculturais. Por causa disso, pode haver divergências sobre o que é considerado correto e uma série de limites são demarcados, sendo que os enfermeiros criam relações terapêuticas e, através

da negociação, constroem acordos que beneficiem a saúde e o bem-estar dos pacientes, aceitando e respeitando as suas decisões finais.

É respeitar mesmo as escolhas, é compreender que alguns querem sair dessa situação, não são tantos como a gente gostaria, mas tem casos assim, não me dê alta que eu vou beber, eu acho que me impacta, não tem como não fazer nada, eu tento falar como eles, mas já compreendi que são escolhas e a rua é o que eles conhecem como lar, ao final, eles sabem onde encontrar a gente (E10).

Eu acho que como enfermeira e professora eu cresci muito, aprendi muito, essa questão de parar, ajudar e dar atenção, de ouvir o outro, porque muitas vezes a gente fica no universo próprio e aí eu parei de olhar para mim, meus problemas e empecei a fazer pelo outro, isso faz a gente crescer mesmo, muito bacana. Gostaria de fazer mais, mas eles estão acostumados, já criam sua família nas ruas, até o mesmo cachorro de estimação, são outras realidades (E8)

Esse panorama foi evidente durante a observação e pode ser verificado na situação descrita a seguir: uma noite de sexta-feira do mês de janeiro, estava esfriando e chovendo muito forte. Aproximadamente dez moradores de rua procuraram a UPA argumentando dor de estômago e enxaqueca, além disso, alguns apresentavam feridas leves na testa por brigas ou por quedas. A enfermeira da triagem reconheceu alguns e os chamou pelo nome. Logo, aguardaram pacientemente serem atendidos na sala de espera. A profissional de saúde me informou que nos dias chuvosos e frios, eles arrumam alguma queixa e chegam lá para receberem cuidados e se resguardar do clima. Ela destaca na conversa comigo que não briga com eles, mesmo sabendo que não estão passando mal, pois entende que precisam de atenção e fazem parte de uma população muito carente e isso também é uma maneira de fornecer cuidado.

DISCUSSÃO

O cuidado de enfermagem está marcado pelos saberes, atitudes, conhecimentos e disponibilidade de cada profissional para criar uma autêntica relação terapêutica com pessoas, famílias e comunidades, levando em consideração as dimensões sociais, culturais e econômicas que determinam a tomada de decisões sobre o cuidado da saúde, o enfrentamento da doença e a concepção da morte (Papadopoulos *et al.*, 2016).

Nessa linha, a compaixão contribui significativamente para alcançar o cuidado holístico e qualificado, sendo considerada uma virtude inata que ativa diferentes regiões cerebrais, e, portanto, fortalece-se através do treinamento contínuo mediante práticas de

meditação relacionadas ao *Mindfulness*, à autocompaixão e à compaixão, que permitem o desenvolvimento da consciência profunda do sofrimento próprio e das outras pessoas, assim como o desejo genuíno de aliviá-lo (Barrós-Loscertales & Cebolla, 2018; Gilbert, 2018; Gilbert & Choden, 2014).

Além disso, a compaixão favorece o bem-estar pessoal e a conexão social por meio de um melhor afrontamento psicológico do sofrimento próprio e alheio diante das preocupações e do desconforto psicológico da cotidianidade (Egan, Mantzios & Jackson, 2017; Kirby, Tellegen & Steindl, 2017), sendo possível visibilizar a compaixão e assegurar o cuidado humanizado, através de ações como: atenção, escuta, confrontação, implicação, ajuda, presença e compreensão (Reina-Leal & López-Díaz, 2020; Van Der Cingel, 2011).

Embora, a compaixão relacione-se com a empatia e a simpatia, cabe salientar que esses termos se associam principalmente a reações emocionais e não implicam o alívio do sofrimento. Entretanto, a compaixão é um construto dinâmico, subjetivo e complexo que se produz em um contexto cultural e se relaciona com as virtudes, qualidades, habilidades e comportamentos de cada pessoa (Sinclair *et al.*, 2017).

Á vista disso, a compaixão culturalmente competente representa o estado ideal e o nível máximo de comprometimento por parte de um enfermeiro para conceder um cuidado holístico e humanizado para os pacientes e para si mesmo (López-Díaz, Velásquez, Rodríguez, & Papadopoulos, 2019). Segundo Papadopoulos, é possível assimilar e conquistar esse estado atravessando uma série de construtos lógicos, como: a consciência, o conhecimento, a sensibilidade e a competência cultural e compassiva (Papadopoulos *et al.*, 2016).

O primeiro construto é a consciência culturalmente compassiva e refere-se à capacidade de cada enfermeiro para conhecer e compreender a sua própria identidade cultural a fim de evitar o etnocentrismo e distinguir os limites que podem se interpor em distintas situações que vão de encontro ao que se acredita como certo (Papadopoulos *et al.*, 2016).

No presente estudo, os participantes destacam o conceito da cultura como o núcleo estrutural da sociedade e da própria identidade, associado ao reconhecimento da dimensão religiosa e espiritual como eixo que sustenta as relações sociais e a tomada de decisões na cotidianidade.

Esse achado remete à origem do conceito da compaixão e de sua ampla presença em todas as religiões, assim como a evolução histórica da enfermagem ligada à vocação do cuidado como chamado celestial (Soto-Rubio & Sinclair, 2018). Contudo, a compaixão evoluiu até se considerar uma virtude transversal nos profissionais de saúde e, particularmente, no cuidado da enfermagem (Tehranineshat, Rakhshan, Torabizadeh & Fararouei, 2019).

Dessa maneira, o estudo revela que a compaixão e a cultura estão fortemente ligadas, sendo transpassadas pelos fatores sociopolíticos do contexto e as experiências individuais e organizacionais frente à compaixão (Papadopoulos *et al.*, 2016). Sobre essa ideia, destaca-se um estudo que confirma que os enfermeiros percebem que o comportamento compassivo é determinado pelos próprios valores pessoais (Nijboer & Cingel, 2019).

Portanto, a natureza da compaixão exige uma análise pessoal crítica e profunda para conhecer as qualidades pessoais e não simplesmente as profissionais (Tehranineshat *et al.*, 2019). Dessa forma, será possível implementar planos de cuidado holísticos centrado nas necessidades culturais do paciente, tal como foi possível inferir na presente pesquisa.

O segundo construto é o conhecimento culturalmente compassivo que pode ser obtido por meio de conhecimento formal ou das interações constantes com pessoas culturalmente diversas, analisando as convergências e as divergências da própria identidade (Papadopoulos *et al.*, 2016). Importante salientar que foram mencionadas, neste estudo, algumas estratégias que os enfermeiros procuram para atualizar conhecimentos e estruturar um cuidado eficiente e respeitoso frente às necessidades e convicções dos pacientes.

A pesquisa identificou que os enfermeiros novatos criam suas próprias estratégias para abordar as situações de cuidado, até mesmo em um comportamento mais ativo procurando novos conhecimentos que situaram a compaixão como prioridade com o propósito de encontrar o equilíbrio nas relações terapêuticas (Nijboer & Cingel, 2019). Em consonância com esse achado, destaca-se que a participante E9, enfermeira novata com menos de um ano de experiência profissional, apresenta durante seus depoimentos uma análise crítica frente aos determinantes sociais em saúde das populações vulneráveis e a intervenção de enfermagem para minimizar as inequidades da assistência sanitária. Foi evidente sua inquietação em procurar outras perspectivas que ampliem e melhorem sua atuação profissional e atenuem a desigualdade social.

O estudo que buscou identificar os antecedentes associados à competência cultural e estabelecer se o ensinamento da enfermagem transcultural implementa-se no nível da graduação em enfermagem, evidenciou que o processo de aprendizagem sobre a competência cultural deve ser estimulado ao longo da vida e pode se potencializar com a interação de diferentes culturas, o desenvolvimento de habilidades linguísticas e a inclusão de disciplinas sobre a enfermagem transcultural como um eixo transversal durante a graduação (Repo, Vahlberg, Salminen, Papadopoulos & Leino-Kilpi, 2017).

O terceiro construto é relativo à sensibilidade culturalmente compassiva definida como a capacidade de estabelecer relações terapêuticas baseadas no respeito, na confiança e na comunicação com os pacientes (Papadopoulos *et al.*, 2016). Neste estudo, foi possível evidenciar a vontade dos enfermeiros para criar laços de confiança e de cumplicidade com os pacientes que visitam a UPA com maior frequência, corroborando com a constatação de que o cuidado de enfermagem pode ser enquadrado em pequenos atos compassivos que representam um impacto maior nos pacientes e em suas famílias.

Em consonância com os resultados do presente estudo, pesquisas, que abordaram os fatores facilitadores e inibidores do cuidado compassivo nos sistemas de saúde e as intervenções destinadas a promovê-lo, revelaram que o cuidado compassivo não significa realizar grandes façanhas, mas consiste em pequenos atos a fim de proporcionar conforto, como o uso de gestos, o silêncio no momento oportuno, a postura corporal, o tom da voz, o contato visual e a escuta (Tehránineshat *et al.*, 2019).

Nos depoimentos dos enfermeiros foi possível identificar uma preocupação genuína pelo bem-estar dos pacientes e de suas famílias, assim como essas interações proporcionaram a eles um aprendizado que contribui para o crescimento pessoal e profissional.

Pesquisa desenvolvida sobre as experiências e as perspectivas sobre a compaixão de enfermeiras colombianas apontou que a compaixão na prática assistencial é demonstrada através de uma série de componentes, como: o reconhecimento da singularidade do sofrimento, principalmente as relacionadas com a vulnerabilidade, como é o caso do presente estudo; o investimento de tempo para a escuta, orientação e suporte, estar presente, além das atividades como enfermeiro e defender os direitos dos pacientes (López-Díaz *et al.*, 2019; Papadopoulos *et al.*, 2016).

Finalmente, a competência culturalmente compassiva é o resultado da síntese dos demais construtos e nasce da capacidade de refletir sobre o significado, a compreensão e as expressões de compaixão, desde o próprio ponto de vista cultural, até oferecer uma

assistência sanitária holística que dê respostas às necessidades culturais dos pacientes (Papadopoulos *et al.*, 2016).

Estudos demonstram que aprimorar a competência cultural dos profissionais da saúde diminui as brechas na assistência sanitária causada pela diversidade cultural, melhorando, assim, as condições de saúde dos pacientes (Lin & Hsu, 2020). Outras pesquisas revelam que os pacientes consideraram o cuidado compassivo como um privilégio, devido ao excesso de trabalho dos enfermeiros que decidiam destinar tempo para lhes atender e brindá-los com um cuidado holístico. Assim, os pacientes se sentiram empoderados, autônomos, esperançosos e com maior capacidade de enfrentamento, bem como com melhoras nas esferas física, emocional, espiritual, psicológica e familiar (Sharp, McAllister & Broadbent, 2016; Sinclair *et al.*, 2020; Tehranineshat *et al.*, 2019).

No que tange aos enfermeiros, no presente estudo foi possível evidenciar satisfação, comprometimento e análises críticas da situação em prol de melhorar as condições de vida dos pacientes dentro dos limites que eles aceitam, sendo que o cuidado compassivo é determinado pelas qualidades inatas de cada profissional, a experiência de vida e a estimulação da autoconsciência, a aprendizagem experiencial e as habilidades de comunicação (Sinclair *et al.*, 2020).

Limitações

Recomenda-se futuras investigações que adentrem em novos cenários, com vistas a ampliar o escopo das pesquisas sobre a temática em tela, visto que a coleta de dados, no presente estudo, é limitada pois considerou-se apenas o cenário de uma unidade de pronto atendimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou compreender como o desenvolvimento da compaixão culturalmente competente é um processo dinâmico e pessoal marcado pela cultura e pelas experiências de cada profissional, assim como o contexto onde se desenvolve a interação e a frequência das mesmas.

Nos construtos propostos no Modelo de Desenvolvimento da Compaixão Culturalmente Competente, a consciência, o conhecimento, a sensibilidade e a competência estão atravessadas pela compaixão como eixo transformador, onde não existem limites estabelecidos entre si, mas cada um se complementa naturalmente,

atribuindo habilidades e características aos profissionais para cuidar de populações vulneráveis.

Em face da importância da inclusão da compaixão culturalmente competente em todos os profissionais de saúde, e idealmente nos enfermeiros, no mundo globalizado e com a sociedade cada vez mais diversa culturalmente, é fundamental aprofundar o tema nas disciplinas sobre a enfermagem transcultural, presente nos planos de formação dos estudantes de graduação, bem como estimular a participação de experiências em outros contextos que promovam habilidades pessoais e comunicativas.

Além disso, deve-se criar espaços de educação continuada nos hospitais que permitam o desenvolvimento dos construtos que levam ao desenvolvimento da compaixão culturalmente competente, em concordância com a liderança democrática e compassiva e a vontade institucional de oferecer um cuidado holístico a todas as pessoas.

REFERÊNCIAS

Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Almedina.

Barrós-Loscertales, A., & Cebolla, A. (2018). Bases neurobiológicas da compaixão. In: A. Cebola I Martí, J. García-Campayo & J. Demarzo (Eds.). *A ciência da compaixão* (I, pp. 201–218). São Paulo: Palas Athena.

Brasil. (2017). *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília, DF.

Disponível em:

<https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf>. Acesso em: 05 dez 2020.

Carvalho, M. A. (2016). *Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil*. Brasil.

Disponível em:

<http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/26102016td_2246.pdf>. Acesso em: 05 dez 2020.

Cyprus University of Technology. (2014). *A European Model for the Development of Role Models To Promote and Support Culturally Competent and Compassionate Care* (No. 04). União Europeia. Disponível em:

<https://ieneproject.eu/download/Outputs/IENE4_European_Model.pdf>. Acesso em: 05 mar 2021.

Egan, H., Mantzios, M. & Jackson, C. (2017). Health Practitioners and the Directive

Towards Compassionate Healthcare in the UK: Exploring the Need to Educate Health Practitioners on How to be Self-Compassionate and Mindful Alongside Mandating Compassion Towards Patients. *Health Professions Education*, 3(2), 61–63. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.hpe.2016.09.002>

Gilbert, P. (2018). *La mente compasiva: Una nueva forma de enfrentarse a los desafíos vitales*. (Traducción de Gema Moraleda). Barcelona: Editorial Elefthria.

Gilbert, P., & Choden. (2014). *Mindful Compassion: How the Science of Compassion Can Help You Understand Your Emotions, Live in the Present, and Connect Deeply with Others*. Oakland, CA: New harbinger publications

International Organization for Migration. (2018). *World Migration Report 2018*. Disponível em: <<https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2018>>. Acesso em: 25 dez 2020.

Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Steindl, S. R. (2017). A Meta-Analysis of Compassion-Based Interventions: Current State of Knowledge and Future Directions. *Behavior Therapy*, 48(6), 778–792. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.06.003>

Lin, M. H., & Hsu, H. C. (2020). Effects of a cultural competence education programme on clinical nurses: A randomised controlled trial. *Nurse Education Today*, 88(261), 1–7. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104385>

López-Díaz, L., Velásquez, F., Rodríguez, V. & Papadopoulos, I. (2019). Contraste de perspectivas y experiencias sobre compasión de enfermeras colombianas con 14 países. *Duazary*, 16(2), 233–244. Disponível em: <<https://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/2747>>. Acesso em: 10 jan 2021.

Nijboer, A. A. J. & Cingel, M. C. J. M. Van Der. (2019). Compassion : Use it or lose it ? A study into the perceptions of novice nurses on compassion : A qualitative approach. *Nurse Education Today*., 72, 84–89. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.11.006>

Papadopoulos, I., Zorba, A., Koulouglioti, C., Ali, S., Aagard, M., Akman, O., ... Vasiliou, M. (2016). International study on nurses' views and experiences of compassion. *International Nursing Review*, 63(3), 395–405. Doi: <https://doi.org/10.1111/inr.12298>

- Papadopoulos, Irena. (2018). *Culturally Competent Compassion*. New York: Routledge
- Papadopoulos, Irena, Shea, S., Taylor, G., Pezzella, A. & Foley, L. (2016). Developing tools to promote culturally competent compassion, courage, and intercultural communication in healthcare. *Journal of Compassionate Health Care*, 3(1), 1–10. Doi: <https://doi.org/10.1186/s40639-016-0019-6>
- Papadopoulos, Irena, Wright, S., Lazzarino, R., Koulouglioti, C., Aagard, M., Akman, Ö., ... Zorba, A. (2018). The enactment of compassionate leadership by nursing and midwifery managers: Results from an international online survey. *MedRxiv*, (September), 1–16. Doi: <https://doi.org/10.1101/2020.09.16.20195115>
- Reina-Leal, L. M. & López-Díaz, L. (2020). Entrelazando la compasión y la competencia cultural en hospitalización: Una revisión de experiencias. *Cultura de Los Cuidados (Edición Digital)*, 24(58), 136–153. Doi: <https://doi.org/10.14198/cuid.2020.58.13>
- Repo, H., Vahlberg, T., Salminen, L., Papadopoulos, I. & Leino-Kilpi, H. (2017). The Cultural Competence of Graduating Nursing Students. *Journal of Transcultural Nursing*, 28(1), 98–107. Doi: <https://doi.org/10.1177/1043659616632046>
- Sharp, S., McAllister, M. & Broadbent, M. (2016). The vital blend of clinical competence and compassion: How patients experience person-centred care. *Contemporary Nurse*, 52(2–3), 300–312. Doi: <https://doi.org/10.1080/10376178.2015.1020981>
- Sinclair, S., Beamer, K., Hack, T. F., McClement, S., Raffin Bouchal, S., Chochinov, H. M., & Hagen, N. A. (2017). Sympathy, empathy, and compassion: A grounded theory study of palliative care patients' understandings, experiences, and preferences. *Palliative Medicine*, 31(5), 437–447. Doi: <https://doi.org/10.1177/0269216316663499>
- Sinclair, S., Hack, T. F., McClement, S., Raffin-Bouchal, S., Chochinov, H. M., & Hagen, N. A. (2020). Healthcare providers perspectives on compassion training: a grounded theory study. *BMC Medical Education*, 20(1), 1–13. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02164-8>
- Sinclair, S., Norris, J. M., Mcconnell, S. J., Chochinov, H. M., Hack, T. F., Hagen, N. A., ... Bouchal, S. R. (2016). Compassion : a scoping review of the healthcare

literature. *BMC Palliative Care*, 15(6), 1–16. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0080-0>

Soler Ribaudi, J. (2018). Compaixão e autocompaixão: definição, construto e medição. In A. Cebola I Martí, J. García-Campayo, & J. Demarzo (Eds.), *A ciência da compaixão* (pp. 39–64). São Paulo: Palas Athena.

Soto-Rubio, A., & Sinclair, S. (2018). In Defense of Sympathy, in Consideration of Empathy, and in Praise of Compassion: A History of the Present. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(5), 1428–1434. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.12.478>

Tehranineshat, B., Rakhshan, M., Torabizadeh, C., & Fararouei, M. (2019). Compassionate Care in Healthcare Systems: A Systematic Review. *Journal of the National Medical Association*, 111(5), 546–554. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jnma.2019.04.002>

Van Der Cingel, M. (2011). Compassion in care: A qualitative study of older people with a chronic disease and nurses. *Nursing Ethics*, 18(5), 672–685. Doi: <https://doi.org/10.1177/0969733011403556>

Yin, R. K. (2015). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. (5 ed.). Porto Alegre: Bookman.

Artigo 2. COMPAIXÃO CULTURALMENTE COMPETENTE DA ENFERMAGEM DURANTE A PANDEMIA POR COVID-19 NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

RESUMO

Objetivo: examinar o desenvolvimento da compaixão culturalmente competente em enfermeiros durante a pandemia por COVID-19 na unidade de pronto atendimento.

Métodos: pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso. Participaram 14 enfermeiros que atuavam em uma unidade de pronto atendimento em Belo Horizonte, Brasil. Os dados foram coletados por meio de entrevista individual on-line, associado à observação da prática profissional no período de outubro a dezembro de 2020. Os dados foram submetidos à análise temática de conteúdo. **Resultados:** a pandemia por COVID-19 trouxe grandes desafios para os enfermeiros sendo a compaixão culturalmente competente um eixo transformador que fortaleceu a empatia, a comunicação assertiva e as habilidades interpessoais. **Considerações finais:** A compaixão culturalmente competente é um processo subjetivo e contínuo. Durante a pandemia, os enfermeiros adotaram novas estratégias na prática profissional para melhorar o autocuidado, assim como oferecer um cuidado holístico aos pacientes, às suas famílias e à equipe de enfermagem.

Descritores: Competência cultural; Enfermagem holística; Cuidados de enfermagem; Infecções por coronavírus; Serviços médicos de emergência.

Descriptors: Cultural competency; Holistic nursing; Nursing care; Coronavirus infections; Emergency medical services.

Descriptores: Competencia cultural; Enfermería holística; Atención de enfermería; Infecciones por coronavirus; Servicios médicos de urgencia.

INTRODUÇÃO

A crise mundial causada pela pandemia por COVID-19 vai passar à história como um marco de grandes desafios para os entes governamentais, os sistemas de saúde e principalmente, para os profissionais de saúde que representam a linha de frente no combate ao vírus e à crise sanitária atual, garantindo os cuidados à população no sentido

da preservação da vida, assegurando o tratamento da doença e os cuidados em situação de morte.

Segundo dados de dezembro de 2020, emitidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o continente americano tem a maior quantidade de contágios e mortes nas últimas semanas, sendo o epicentro da pandemia, tendo causado a morte de milhares pessoas no mundo desde a aparição do vírus SARS-CoV-2 em Wuhan, China, em dezembro do 2019 (1). O Brasil confirmou o primeiro caso em São Paulo em 26 de fevereiro de 2020, e a partir desse momento, o vírus se espalhou por todo o território nacional, sendo as regiões sudeste, nordeste e sul as mais afetadas (2).

A partir da confirmação do primeiro caso, o Brasil ainda avança na criação de medidas e estratégias para proteger as populações e mitigar as repercussões socioeconômicas em decorrência da pandemia, seguindo as orientações técnico-científicas da OMS. Não obstante, o Sistema Único de Saúde (SUS) designado de garantir o direito universal à saúde (3), está sobrecarregado e os trabalhadores da saúde atuam na execução de planos de contingência da COVID-19 expondo-se a diferentes fatores de risco que podem afetar sua saúde física, emocional e psicológica (4). Um dos serviços de destaque do SUS é a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), a qual faz parte da rede de atenção às urgências e presta atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos, sendo considerada por algumas pessoas, principalmente em condição de vulnerabilidade, como a porta de entrada para receber cuidado a necessidades básicas, tais como alimentação, banho ou descanso, sendo que a taxa de ocupação aumentou significativamente nos últimos meses (5).

Durante a pandemia pela COVID-19, a prática profissional de enfermeiros ganhou destaque mundial, com o apoio da Campanha Internacional Nursing Now e a OMS. Assim, 2020 foi definido como o ano internacional da Enfermagem, com vistas a alcançar, mundialmente, maior empoderamento da profissão e conseguir cumprir as metas de saúde da população em geral, incluindo os países com maior taxa de desigualdade social (6). Durante a Campanha Nursing Now foram evidenciados os desafios enfrentados pela enfermagem mundial em diversos espaços e frentes no combate à pandemia, trazendo reflexões profundas sobre o verdadeiro valor do cuidado (7).

Na perspectiva do cuidado, a enfermagem, como ciência humana e disciplina ainda em processo de construção e desconstrução, é composta por um corpo de conhecimentos conceituais, teóricos e empíricos que abordam o fenômeno do cuidado,

considerado o eixo transversal da enfermagem, o qual apoia-se em modelos e teorias próprios da disciplina que proporcionam um marco de referência para a prática profissional (8). Dessa forma, a nova cotidianidade trouxe mudanças na atuação profissional e no desenvolvimento de competências humanas que aliviam o sofrimento e angústia, como por exemplo, a competência cultural.

A competência cultural em saúde diz respeito, não somente aos profissionais da saúde, mas também inclui organizações, instituições e estatutos governamentais no sentido de compreender e respeitar as diferenças culturais e ajustar os cuidados ao paciente segundo as necessidades e características da população em geral. Considerando o exposto, assume-se a competência cultural como um conceito amplo, usado para descrever a variedade de intervenções que visam aprimorar a acessibilidade e a eficácia dos serviços de saúde para pessoas de grupos culturalmente diversos (9-10).

O fenômeno da competência cultural pode ser olhado por diferentes perspectivas, haja vista as inúmeras questões sociais. Desde a década de 1990, houve um grande interesse pela temática devido ao aumento dos fluxos migratórios, da globalização, do acréscimo de pessoas em situação de rua, entre outros. Os modelos e teorias da enfermagem sobre competência cultural são frequentemente atualizados como resultado de pesquisas e estudos contínuos em resposta às necessidades de uma sociedade cada vez mais diversificada culturalmente (11).

Com vistas a examinar o desenvolvimento da competência cultural de enfermeiros durante a pandemia por COVID-19 na UPA, buscou-se fundamentação teórica no Modelo do Desenvolvimento da Compaixão Culturalmente Competente em Profissionais da Saúde criado pela enfermeira Irena Papadopoulos (2014). Nessa perspectiva, a compaixão culturalmente competente é a capacidade de fornecer cuidados de saúde eficazes, levando em consideração as crenças, comportamentos e necessidades culturais das pessoas e compreender o sofrimento dos outros e querer fazer algo a respeito usando métodos culturalmente apropriados (12-13).

Diante desse panorama repleto de incertezas e inseguranças, em que é evidente a fragilidade da vida e a morte representa um oponente que parece ganhar a batalha diariamente, é fundamental realizar estudos de tipo qualitativo a fim de analisar a experiência dos profissionais de enfermagem no enfrentamento da pandemia (14).

OBJETIVO

Examinar o desenvolvimento da compaixão culturalmente competente em enfermeiros durante a pandemia por COVID-19 na unidade de pronto atendimento.

MÉTODOS

Aspectos éticos

A pesquisa de fenômenos complexos que acontecem no cotidiano da vida exige do pesquisador um rigoroso posicionamento ético, assim o projeto foi avaliado e aprovado pela Câmara do Departamento de Enfermagem Aplicada e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais.

A participação dos enfermeiros foi voluntária, sendo reservado o direito de abandonar a pesquisa em qualquer etapa. Os participantes e a pesquisadora assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Ademais, foram expostos aos participantes os riscos relacionados ao constrangimento diante as perguntas da entrevista pela possibilidade de relembrar situações que lhes causaram estresse ou dor.

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo conduzido pelo paradigma qualitativo de tipo estudo de caso. Esta escolha metodológica permite ao pesquisador se aproximar em profundidade de um fenômeno contemporâneo em seu contexto real e analisar as condições que têm impacto direto ou indireto sobre o caso em questão, contribuindo para o conhecimento sobre características importantes de eventos vivenciados (15). O caso do presente estudo é o desenvolvimento da competência cultural e compassiva dos enfermeiros durante a pandemia pela COVID-19 em uma Unidade de Pronto Atendimento. Trata-se, pois, de um caso único, devido à sua especificidade; holístico, em relação ao seu contexto; e com uma unidade de análise.

Cenário do estudo e fonte de dados

O estudo foi realizado em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), localizada em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, no período de outubro a dezembro de 2020. Na UPA atuavam 21 enfermeiros, dentre os quais foram incluídos no estudo 14 profissionais que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter experiência de, no mínimo, seis meses trabalhando na UPA e, espontaneamente, se voluntariaram a participar do estudo.

Foram excluídos os enfermeiros que trabalhavam exclusivamente na área administrativa e aqueles que não tivessem contato direto com pacientes. Também foram excluídos do estudo enfermeiros que se encontravam de férias, em período de afastamento e licença, ou aqueles que optaram por não participar do estudo. O estudo foi conduzido de acordo com as diretrizes do COREQ.

Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada exclusivamente pela pesquisadora, estudante de doutorado em enfermagem e com experiência na temática de cuidado cultural da saúde e competência cultural. Inicialmente, o roteiro de entrevista foi submetido a uma fase piloto do estudo, da qual participaram dois enfermeiros. Após a realização da fase mencionada duas perguntas foram modificadas na sua estrutura, com vistas a garantir a compreensão por parte dos participantes.

A pesquisadora se inseriu no cenário da pesquisa anteriormente à realização das entrevistas com o objetivo de se aproximar da dinâmica de trabalho e compreender as vivências dos profissionais. Contudo, devido ao contexto da crise sanitária causada pela pandemia da COVID-19 e medidas de segurança adotadas pelas instituições, a abordagem inicial para apresentação do projeto aos participantes foi realizada por meio de um vídeo, tarjetas e mensagens personalizados via WhatsApp. Após a concordância em participar do estudo, os enfermeiros fizeram a opção pela data e horário da entrevista, a qual foi guiada por roteiro semiestruturado, individual e on-line pela Plataforma Zoom, o que possibilitou a gravação em áudio e vídeo, com uma duração média de 45 minutos.

Imediatamente após sua realização as entrevistas foram transcritas na íntegra, levando em consideração a pré-análise do material e posteriormente, foram devolvidas aos participantes para comentários ou correções, não tendo havido solicitação de alterações por parte dos enfermeiros entrevistados.

Além das entrevistas com os profissionais, outra fonte de evidência foi a observação do contexto onde se desenvolve a interação enfermeiro-paciente, atentando-se para os comportamentos, atitudes e comunicação verbal e não verbal utilizada durante o cuidado. As observações registradas em diário de campo, associadas às informações coletadas nas entrevistas permitiram a triangulação e a saturação dos dados.

Análise dos dados

Os dados foram operacionalizados pela pesquisadora no Software Atlas.ti versão 9 e analisados mediante a Análise Temática de Conteúdo (ATC) proposta por Bardin (2016), partindo de três polos cronológicos: pré-análise; exploração do material e tratamento dos dados, inferência e interpretação (16). Na primeira fase de pré-análise, as entrevistas foram inseridas no programa e realizou-se uma leitura flutuante, permitindo uma organização e visualização dos dados; posteriormente, na fase de exploração do material, foram criados códigos que se agruparam em categorias segundo as características comuns ou relevância e se converteram em famílias; finalmente, na fase de inferência e interpretação, a visualização organizada dos códigos e famílias proporcionou uma guia para a criação da discussão e inter-relação dos resultados(17).

Da análise, emergiram três categorias: Processo de desconstrução pessoal e profissional; Fortalecimento dos laços profissionais baseados na compaixão; Estratégias de cuidado holístico para os pacientes com COVID-19 e suas famílias.

RESULTADOS

Dos 14 enfermeiros que participaram da pesquisa, 12 eram mulheres (85,71%) e 2 homens (14,29). A maioria encontrava-se na faixa etária entre os 30 e 39 anos (57,14%), eram casados (64,29%) e na mesma proporção solteiros e em união estável (14,29%). Sobre a naturalidade, unicamente 5 participantes nasceram em Belo Horizonte (35,71%), mas a maioria reside na capital mineira (78,57%). Finalmente, 11 enfermeiros possuíam pós-graduação, sendo especialização ou mestrado (78,57%). O tempo de atuação na UPA variou entre 6 meses até 2 anos (42,86%), de 2 anos até 5 anos (35,71%) e mais de 5 anos (21,43%).

Da análise dos dados, emergiram as seguintes categorias analíticas: Processo de desconstrução pessoal e profissional; Fortalecimento dos laços profissionais baseados na compaixão; Estratégias de cuidado holístico para os pacientes com COVID-19 e suas famílias.

Processo de desconstrução pessoal e profissional

Os resultados que compõem essa categoria revelam que os enfermeiros experimentaram situações significativas no nível pessoal e profissional, as quais os tornaram mais vulneráveis; o desconhecimento sobre a evolução da doença pelo vírus

Sars-CoV-2 e a falta de tratamento efetivo, associado à morte diária de pacientes e colegas, tornou a fragilidade da vida ainda mais evidente.

Nossa, eu te falo, eu chorei muito por perdas de paciente, por paciente que te agarra com toda esperança, mas acaba que ao final a gente não tinha muito o que fazer, só Deus decide sobre a vida e a morte, a COVID sensibilizou e mostrou para as pessoas que todos nós somos frágeis, somos vulneráveis e tudo mundo depende de todo mundo (E13).

Posso dizer que tudo mundo ficou com muito medo, eu tive muito medo em algum ponto, não posso mentir, e principalmente quando a gente começou a perder colegas de trabalho. Então precisou de muito compadecimento com todo mundo (E2).

Olha, até porque a gente perdeu uma colega, nós perdemos uma colega de trabalho, trabalhava tinha mais tempo que eu lá na UPA, e aí, assim, foi difícil. Então, assim poderia ser qualquer um de nós, poderia ser eu intubada (E1).

A despeito do cenário trágico, os enfermeiros criaram estratégias de enfrentamento pessoal pautadas na fé, na religião e na espiritualidade, responsáveis por proporcionar conforto nos momentos mais desafiadores no trabalho durante a pandemia. Além disso, o fortalecimento das redes de apoio como família, amigos e colegas de trabalho, mesmo que por meio de recursos online, permitiu aos enfermeiros maior incentivo para continuar na linha de frente.

É um momento que nunca imaginei viver na vida, tanto na vida pessoal e profissional. Esse momento que a gente passou da pandemia... no início foi de muita aflição, mas eu sou muito católica e é uma coisa que eu acho não tinha que acontecer, e se que Deus vai me fortalecer (E3).

No início eu um pouco paralisei, fiquei um pouco surtada, minha família, porque você ficava com aquele medo mesmo, aquele receio. Eu um pouco que me distanciei e eu fui ficando muito mal com esse distanciamento, e eu tive que ir, sabe? Tive que ir na porta da minha mãe, de longe, mais fui ver ela e minha avó, para poder dar um oi!...para poder dar uma subida, para conseguir continuar naquele momento, sabe? Mas o que eu trabalhei mesmo foi rezando, rezando mesmo, porque a gente não tem uma atividade física para fazer, para poder distrair, a gente não pode fazer o habitual o que a gente fazia (E4).

Como eu tive o COVID, nosso Deus, as pessoas que me ligaram por chamada de vídeo lá da UPA, os colegas de trabalho, eu lembro que eu fiquei tão feliz, isso foi tão importante para mim. Agora cada um que eu sei que está doente, eu tento manter contato, saber como está, mas antes eu não tinha esse cuidado com o colega não, de estar tão perto, a gente vai descobrindo o que é realmente importante (E8).

Uma particularidade apontada pelos entrevistados neste estudo foi o reforço das ações de autocuidado como mecanismo de proteção. Apesar de não serem confortáveis,

o uso do equipamento de proteção individual (EPI) e a higienização das mãos, seguindo os protocolos estabelecidos pela OMS e as normas institucionais, tornaram-se vitais na prática profissional, como único meio para resguardar a própria saúde e a vida, bem como da família e das pessoas mais próximas, incluindo pacientes e colegas.

Nesta pandemia, primeiramente no serviço usar os equipamentos de proteção, fazendo o que a gente deve fazer desde quando a gente entende que o profissional de saúde deve ter precauções padrões para evitar o contato. A gente tem que ter o cuidado para ir para casa, tomar banho, restrição social, tudo isso aí é autocuidado... A gente deve ter saúde física e mental para prestar cuidado bom para o paciente (E3).

Então querendo ou não tendo que se adaptar a muitas mudanças, mesmo estruturais, a gente tem que se paramentar e utilizar mascada N95 que é um negócio que incomoda tanto e agora a gente se acostumou. Hoje em dia a gente já está mais adaptada com tudo, até com a relação ao paciente, aquele contato tão próximo já não pode acontecer assim sem precauções, mas acontece porque agora nós somos a família do paciente, o paciente agora só tem a equipe (E11).

O apontamento feito pelos enfermeiros revela que o maior desafio consiste em aprender sobre a situação mundial, para fins de fortalecimento pessoal, desde a espiritualidade, a valorização da vida, da família e dos amigos. Em síntese, a compreensão das dinâmicas atuais do trabalho como um eixo transformador na prática profissional vai permitir desaprender algumas questões desafortunadas que não permitem o crescimento profissional, a interação assertiva com os pacientes e o estabelecimento de um diálogo real com os colegas.

Assim, a pandemia tornou-se uma oportunidade de avançar em uma reflexão aprofundada sobre os valores e as crenças pessoais, com o intuito de promover a si mesmo e ao próximo conforto, esperança e alívio, depois de perceber o medo e a fragilidade ao vivenciar a doença e a morte tão próxima.

Nós não vamos sair da mesma forma. Aquele vírus chegou e mexeu muito com todas as pessoas, eu acredito que melhorou sim, teve um impacto positivo, pelo menos isso trouxe essa compaixão com o paciente que chega, com os colegas de trabalho, até com a família porque a gente tem medo de perdê-los (E7)

Nossa, isso mostrou para todos nós que não somos nada, que se a gente não tiver amor, compaixão, se a gente não carregar coisas boas. Então a gente não tem nada, a gente vai morrer e só vai deixar as coisas boas da vida, a imagem que nós cultivamos ao longo da vida. Isso daí tem mexido muito com os profissionais de saúde, tem esse lado positivo da COVID (E5).

Eu vejo os enfermeiros mais sensíveis sim, justamente o trabalho lá exige uma sensibilidade maior, pode acontecer que nem todo mundo é igual, é sensível, mas pelo menos sei que tudo mundo tem amor pelo que faz e eu me sinto assim, sensível e fortalecida em Deus (E12).

Fortalecimento dos laços profissionais baseados na compaixão

O enfrentamento coletivo da pandemia permitiu aos enfermeiros a compreensão das potencialidades da sua prática como ação transformadora no nível individual e coletivo. Apesar das intensas demandas de trabalho, foi possível estabelecer o olhar crítico da dinâmica profissional para criar acordos e negociações que favorecessem a equipe, conferindo confiança e satisfação aos enfermeiros.

Eu acho que a gente ficou muito mais sensível, porque também fomos muito sobrecarregados, muito cobrados e a insegurança ficou... Nós enfermeiros, a enfermagem, a saúde em si, ficou muito insegura, muito vulnerável, muito exposta, e com isso, eu acho que assim, ficou muito mais sensível sim, porque a gente viu colegas, perdemos colegas, e começamos a ver que gente estava no mesmo barco, e o risco havia igual, a gente estava lutando pela vida do outro, mas ao mesmo tempo lutando para nos proteger de tudo o que estava acontecendo (E5).

Isso foi algo que eu espero que tenha vindo para ficar, que é o enfermeiro acolher melhor seu colega de trabalho, seu colega de profissão, isso é perceptivo, e isso foi um ganho. Aquela questão da competição dentro da enfermagem eu percebo que isso diminuiu e diminuiu muito, e também a questão do juízo de valor do enfermeiro para com o outro enfermeiro (E9).

A pandemia fez a equipe amadurecer, ao princípio foi muito medo, mas hoje a gente está mais segura e acostumado com o processo, até mesmo porque a gente perdeu uma colega, mas hoje a gente lida melhor com isso. Então, foi importante para o amadurecimento da equipe como um todo (E11).

O reconhecimento do colega como uma pessoa que desempenha diferentes papéis na sociedade, foi fundamental para melhorar as relações interpessoais baseadas na compaixão; a consideração dos fatores de risco e o respeito às diferenças, e assim, se colocar na posição dele, abrindo a porta à criação de conexões humanas mais próximas, à possibilidade de um diálogo real e à sensação de enfrentar as adversidades em equipe possibilitou aos enfermeiros perceber as dificuldades como aprendizados.

A gente reconhece que a gente é enfermeira, mãe, filha de alguém, e a gente se une para se cuidar em relação à exposição, então você fala “x, coloca máscara, lava as mãos, passa gel”, vamos nos cuidar entre todos, porque a gente está na correria, e isso é bacana que trouxe a pandemia, um olhar para o outro colega (E14).

A gente tenta se cuidar entre nós, sabe, o colega de grupos de risco, eu falo “não, fica lá na enfermeira quietinho e eu fico aqui na sala de emergência para você evitar o contato”, e então assim, o que a gente pode pelos colegas também a gente tenta ajudar (E3).

Os laços da equipe de enfermeiros da UPA foram fortalecidos por meio dos sentimentos de solidariedade e diálogo, mesmo com ajuda de ferramentas online, fortalecendo a empatia e conferindo sensação de segurança e apoio contínuo, potencializando o trabalho em equipe e tornando o ambiente laboral mais afável.

Eu acho que a enfermagem aprendeu a ter compaixão com ela mesmo. E isso uma vez que começa a ser estabelecido entre os colegas, a assistência é prestada também de uma forma mais humana, entende-se melhor hoje o choro do paciente ou os medos que ele tem (E9).

Nós nos apoiamos muito, um precisa do outro, a gente se disponibiliza, se ajuda, lá na UPA eu vejo que nós somos muito solidários às vezes o colega só está precisando de falar e de alguém para escutar, aí eu escuto, se eu preciso falar alguma coisa, aí eu vou falar, a gente tem essa coisa do companheirismo (E7).

Estratégias de cuidado holístico para os pacientes com COVID-19 e suas famílias

A crise sanitária causada pela pandemia, colocou os enfermeiros em cenários trágicos. A morte, com alto grau de magnitude, desencadeou processos de autorreflexão sobre valores, crenças e identidade profissional, bem como a manutenção das redes de apoio e a busca de estratégias espirituais que fortalecessem a fé e a esperança para continuar na linha frente. Paralelamente, os enfermeiros reconheceram os colegas de trabalho como suporte, estabelecendo relações interpessoais empáticas e trabalhando em equipe.

A vivência de processos dinâmicos e subjetivos levaram os enfermeiros a adaptações no cuidado oferecido aos pacientes com COVID-19. Desta forma, foi intensificado o raciocínio clínico para subsidiar as tomadas de decisões oportunas, bem como a atualização constante com vistas a acompanhar os avanços técnicos e científicos referentes à doença.

A UPA tinha 14 leitos em unidade intensiva. A gente não ficou com esses doentes o tempo todo; a gente conseguia mandar muitos para os hospitais para dar continuidade para o tratamento. No início a gente ficou com medo, foi difícil, eu não conhecia nada, só o que a gente via pela reportagem da TV, mas depois foi começar a ler, a estudar, assim a trocar de materiais e informações para ler com os colegas pelo grupo de WhatsApp, e com a experiência a gente se sente mais seguro (E4).

O cuidado aos pacientes em termos de atos compassivos que representam a essência do cuidado holístico, foram os protagonistas em meio da incerteza, do medo e do sofrimento físico e emocional vivenciados pelos pacientes. Ressalta-se que o cuidado em um ambiente de confiança, o diálogo assertivo, a presença autêntica, a escuta ativa e o reconhecimento do sofrimento do paciente, são fundamentais para o desenvolvimento da compaixão culturalmente competente dos enfermeiros.

Eu lembro de uma paciente na UPA, uma jovem de 25 anos, a equipe decidiu que era melhor intubar, e ela agarrou a minha mão tão forte, e começo a chorar, e me pedindo, pelo amor de Deus, não vai soltar minha mão, ela tinha criado um laço de confiança em mim e ela precisava que eu ficasse do lado dela, e me pedindo assim, pelo amor de Deus não deixar ela morrer (choro). Nossa! Ela me pediu porque queria falar com mãe dela porque poderia ser a última vez, e aí pegue meu telefone, liguei para mãe dela e entregue meu telefone para ela, ela conversou com a mãe, se despediu dela, falou que amava muito e pediu perdão por alguma coisa. Enfim, ela chorando, e eu segurando para não chorar junto, mas eu não consegui, ainda bem que eu estava de máscara e de vestido, e aí ela despediu da mãe, entregou o telefone e agradeceu, falou: “nossa, muito obrigada você não sabe o que você fez para mim”. Foi uma coisa que me marcou muito, ela segurando firme minha mão e quanto foi a sedação eu senti a mão dela soltando devagarinho, assim por causa da sedação, né? No próximo plantão ela já não estava mais, ela morreu, isso mexeu muito comigo (E14).

As questões referentes às famílias dos pacientes com COVID-19 internados na UPA também merece atenção, haja vista a falta de conhecimento sobre o estado real do paciente e de seu prognóstico, somada ao estigma de morte que a doença pela COVID-19 representa. Da mesma forma, a família passa por um processo de reorganização da dinâmica interna, o que pode levar a sobrecarga de atividades ou dificuldades econômicas. A presença de emoções como angústia, ansiedade, incerteza, irritabilidade ou culpa podem causar alterações nas relações interpessoais com a equipe de enfermagem.

Hoje mesmo teve um caso, acompanhante ficou em desespero e eu estava em triagem e tive que parar, porque eu não consigo e assim, fui orientando ela até ela ficar mais calma, tentando tranquilizar várias vezes assim até que deu tudo certo, porque não era minha função, minha função teoricamente era só triar e não deveria parar minha triagem segundo a regra. Mas como você continua triando? Você tem que explicar que está sendo feito o melhor para a pessoa, e a gente compreende que o desespero é difícil (E10).

O uso de tecnologias permitiu a maior aproximação entre a família e o paciente, sendo o enfermeiro o mediador dessa relação, cultivando sua criatividade e sensibilidade

que favorecem o intercâmbio de informações sobre o estado de saúde de maneira oportuna, aliviando o estresse da família e facilitando o processo de tomada de decisões.

É difícil porque ele quer saber como o familiar está, nem é hora da visita e você fica pensando: “Meu Deus, o que será que ele está pensando? Como ele deve estar imaginando o familiar? ”, às vezes o familiar não está tão grave e aí as vezes o que eu consigo que eles façam aquela ligação necessária, isso eu acho que é uma forma de desenvolver a compaixão. E lá na UPA tem essa parte do tablete, das visitas por chamada de vídeo, igual a gente está fazendo é muito bom para pacientes e família (E8).

DISCUSSÃO

O presente estudo evidenciou que o desenvolvimento da compaixão culturalmente competente é um processo dinâmico, contínuo e subjetivo nos enfermeiros. Durante a pandemia, permitiu a reflexão aprofundada sobre aspectos centrais do cuidado de enfermagem e o desenvolvimento de estratégias de autocuidado e cuidado holístico com os colegas, pacientes e suas famílias.

De acordo com Papadopoulos, o Modelo do Desenvolvimento da Compaixão Culturalmente Competente para Profissionais da Saúde é criado sob quatro construtos que estão inter-relacionados: consciência, conhecimento, sensibilidade e competência cultural. A primeira, a consciência cultural, refere-se à capacidade de refletir sobre nossos próprios valores culturais e identidades. Da mesma forma, orienta-se à decisão de cuidar de si, reconhecendo o valor do próprio trabalho e da pessoa na sociedade (13). Os achados que emergiram do presente estudo confirmaram que, em face da pandemia, os enfermeiros realizaram a análise reflexiva sobre o valor da saúde, da vida e da morte, reconheceram estratégias ligadas às dimensões espiritual e emocional como mecanismo de proteção. Também foram desenvolvidas estratégias referentes ao uso de equipamentos de proteção pessoal e de higiene das mãos, as quais foram utilizadas como recursos de autocuidado.

O segundo construto, denominado conhecimento cultural, permite ao enfermeiro reconhecer as características, problemas e diferenças de outros grupos culturais em relação ao que pertence, seja por meio do contato significativo ou da busca pelo conhecimento produzido (13). No cenário da pandemia, os enfermeiros reconheceram seus colegas, pacientes e familiares como seres humanos com semelhanças e diferenças

culturais e, portanto, com necessidades específicas de cuidados físicos, emocionais e espirituais, a despeito das diferentes etnias, estratos socioeconômicos, cidades ou com diferentes linguagens, o cuidado compassivo tornou-se o eixo transversal das interações, sendo a presença autêntica, a escuta atenta e o diálogo real fundamentais.

Por outro lado, o desconhecimento da evolução da doença e a falta de tratamento eficaz intensificaram a insegurança nos enfermeiros, levando-os a desenvolver estratégias individuais de aprendizagem e de compartilhamento de informações de cunho científico atualizadas para melhorar a qualidade do cuidado baseado em evidências.

A sensibilidade cultural é o terceiro construto, considerada como a capacidade do enfermeiro de estabelecer relações terapêuticas com colegas, pacientes e familiares, com base na confiança e no respeito à diferença (13). Neste construto, a comunicação assertiva é essencial para facilitar o cuidado compassivo, somado à criatividade, preocupação genuína com a situação do outro para amenizar o sofrimento físico e psíquico, sem deixar de lado o raciocínio clínico organizado no processo de cuidar de enfermagem.

No presente estudo, a sensibilidade cultural foi evidente nos depoimentos, sendo revelada nas ações realizadas em prol dos colegas, pacientes e suas famílias. A criatividade e o desapego dos elementos materiais a serem usados para amenizar a necessidade de contato ou informações, mesmo que virtual, é um sinal claro de sensibilidade.

A síntese e aplicação da consciência, conhecimento e sensibilidade cultural resultam na competência cultural e compassiva, a qual diz respeito à compreensão do sofrimento das pessoas e a querer fazer algo para aliviá-las, usando métodos culturalmente apropriados (12,18). Papadopoulos, por meio do modelo, apresenta uma reflexão constante sobre a necessidade do desenvolvimento de habilidades pessoais dos enfermeiros até alcançar um profundo ganho de introspecção sobre a compaixão culturalmente competente, estabelecidos por meio de dois condicionantes: o sofrimento e o alívio de quem utiliza e de quem se beneficia desse sentimento (19).

Segundo Papadopoulos et al (2020), a pandemia pela COVID-19 foi vista como uma crise existencial extrema e sem precedentes, criou novos sistemas sociais, modificou as condições de vida e comportamento, incluindo a preocupação das pessoas pelo cuidado consigo mesmo e com os outros. Infelizmente, os sistemas de saúde não estavam organizados para oferecer um cuidado espiritual aos pacientes, principalmente nos

primeiros meses de pandemia, ocasião na qual ainda era subestimada a extensão da doença (20). Apesar dessa situação, participantes do presente estudo, evidenciaram sua sensibilidade, criatividade e recursividade para planejar estratégias de cuidado holístico ao paciente e suas famílias, inclusive em situação de morte.

Na mesma linha de pensamento, Costa et al (2020), mencionam que um dos maiores desafios sanitários em escala mundial nos últimos tempos é a pandemia pela COVID-19. Tal constatação decorre das desigualdades sociais acentuadas no acesso a bens e serviços. Portanto, é fundamental a participação do enfermeiro na implementação de políticas públicas que melhorem a qualidade de vida de todas as populações, independentemente de seu nível de renda ou localização geográfica (21).

Em relação a isso, um profissional da saúde e particularmente o enfermeiro com competência cultural e compassiva, é aquele que possui a virtude para desafiar as normas e práticas que apoiam a discriminação e a desigualdade social que prejudicam aos pacientes (20). Estudo recente evidenciou que as barreiras para se alcançar um cuidado culturalmente compassivo são distintas em cada país, mas chama atenção a existência de similaridades como a falta de liderança compassiva e democrática, a desigualdade marcada nos sistemas de saúde e os valores culturais de cada profissional e sua percepção da compaixão associada à pena (22).

Em síntese, a compaixão culturalmente competente é um processo subjetivo permeado por questões sociais e o contexto onde se brinda a atenção em saúde, ainda é necessário fortalecer a liderança da compaixão culturalmente competente nos profissionais de enfermagem, com vistas a melhorar a equidade em saúde e a oferta de cuidados culturais facilmente adaptáveis às necessidades da população. Porém, a pandemia permitiu a reflexão sobre a orientação do cuidado, e os enfermeiros criaram atos compassivos de cuidado como a presença autêntica, a escuta atenta e o diálogo real com pacientes, famílias e colegas, fortalecendo um movimento de sororidade e respeito.

Por tanto, sugere-se que sejam criados programas de formação continuada sobre o reconhecimento do cuidado culturalmente compassivo e o fortalecimento dos constructos: consciência, conhecimento, sensibilidade e competência, assim como propiciar espaços de reflexão e análise acerca do valor da enfermagem e o cuidado baseado em pequenos atos compassivos, no intuito de fortalecer a essência do cuidado e

permitir a catarse de sentimentos dos profissionais que atuam na linha de frente no contexto da pandemia.

Limitações do Estudo

Alguns aspectos podem ser considerados como limitações do estudo, como a coleta de dados em uma unidade de pronto atendimento. Sugere-se que futuras pesquisas adentrem novos cenários, com vistas a ampliar o escopo das investigações sobre a temática em tela.

Contribuições para a Área

Esta pesquisa pode contribuir para o aprofundamento do uso de modelos e teorias próprias da enfermagem e o desenvolvimento da compaixão culturalmente competente nos enfermeiros, particularmente, durante a pandemia pela COVID-19, com vistas a melhorar a qualidade do cuidado e refletir sobre a essência da enfermagem por meio da pesquisa qualitativa. Salienta-se, ainda, a importância deste aprofundamento no âmbito acadêmico por ter a possibilidade de motivar para a realização de novas pesquisas sobre a compaixão culturalmente competente em outros cenários para contribuir com a produção do conhecimento científico e o cuidado humanizado de enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em tempos da crise global que assola o mundo em virtude da pandemia pela COVID-19, muitos desafios surgiram em face das incertezas, das inseguranças e da fragilidade do indivíduo perante a condição inerente ao ser humano: o limite entre a vida e a morte, o qual é um desafio iminente que faz parte do cotidiano do profissional de enfermagem. Contudo, pode-se tentar superar e elaborar estratégias de enfrentamento à doença por meio do cuidado holístico no ambiente de tratamento do paciente e seus familiares.

Diante da realidade fática atual, observa-se que a ciência, paulatinamente tem construído modelos teóricos, reflexões e pensamentos filosóficos acerca do que se denomina competência cultural e compassiva. Para tanto, ressalta-se que a reflexão tratada neste artigo, sobre a importância do desenvolvimento da competência cultural e compassiva como um processo dinâmico e subjetivo nos enfermeiros, funda-se na característica do cuidado de enfermagem como uma disciplina e uma ciência humana.

Uma equipe de enfermagem, culturalmente competente e compassiva, será mais eficiente no cuidado, pois, cuidará do paciente com raciocínio clínico, eficácia, sendo consciente de sua própria identidade cultural e reconhecendo seus limites. Além disso, estimulará a criatividade e recursividade para cuidar no processo de saúde e doença, acalmando a quem precisar com uma ligação, com uma escuta ativa ou com a presença, e finalmente, se posicionará desde uma liderança compassiva orientada a melhorar a resolutividade, integralidade e equidade em saúde, princípios reitores do SUS.

Em conclusão, a enfermagem, como a ciência da liderança, é aquela que está em constante processo de construção de seus relacionamentos com valores nobres de vida, protagoniza junto aos outros profissionais da saúde sempre somando e minimizando os desafios que essa pandemia trouxe para todos os seres humanos.

REFERÊNCIAS

- 1 World Health Organization. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard [Internet]. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. 2021 [cited 2021 Jan 17]. Available from: <https://covid19.who.int/>
2. World Health Organization. Data Brazil COVID-19 [Internet]. WHO Health Emergency Dashboard. 2021 [cited 2021 Jan 17]. Available from: <https://covid19.who.int/region/amro/country/br>
3. Brasil M de S. Ministerio da Saúde [Internet]. Principios Sistema Único de Saúde: Estrutura e funcionamento. 1988 [cited 2021 Jan 17]. p. 10. Available from: <https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>
4. Lima de Araújo J, Duarte de Oliveira K, Moreira de Freitas R. In defense of the Unified Health System in the context of SARS-CoV-2 pandemic. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020;73(2):1–6. Available from: https://www.scielo.br/pdf/reben/v73s2/pt_0034-7167-reben-73-s2-e20200247.pdf
5. Rodrigues do Vale, Aléxa; Dalla Vecchia M. “UPA é nós aqui mesmo”: as redes de apoio social no cuidado à saúde da população em situação de rua em um município de pequeno porte. Saúde Soc São Paulo. 2019;28(1):222–34. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v28n1/1984-0470-sausoc-28-01-222.pdf>
6. International Council of Nurses. Nursing Now [Internet]. Nursing Now. 2020 [cited 2021 Jan 17]. Available from: <https://www.icn.ch/what-we-do/campaigns/nursing-now>
7. De Oliveira Vargas JV, Campo Meschial W, Frizon G, Biffi P, Barros de Souza J, Maestri

- E. Nurse's protagonism in structuring and managing a specific unit for covid-19. *Texto e Contexto Enferm* [Internet]. 2020;29:1–11. Available from: https://www.scielo.br/pdf/tce/v29/pt_1980-265X-tce-29-e20200213.pdf
8. Marriner-Tomey A, Alligood M. *Modelos y teorías en enfermería*. Séptima Ed. Elsevier, editor. España; 2011. 797 p.
 9. Licen S, Karnjus I, Prosen M. Cultural Competence in Nursing and Its Impact on the Quality of Care for Patients from Culturally Diverse Groups : A Systematic Literature. In: Ličen S, Karnjuš I, Prosen M, editors. *Women, Migrations and Health*. I. Eslovénia: University of Primorska Press; 2019. p. 230. Available from: https://www.researchgate.net/publication/330772024_Cultural_Competence_in_Nursing_and_Its_Impact_on_the_Quality_of_Care_for_Patients_fromCulturallyDiverse_Groups_A_Systematic_Literature_Review
 10. López Diaz AL. La competencia cultural, una clave para mejores resultados en salud. *MedUNAB*. 2016;18(3):163–5. Available from: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/2569/2192>
 11. Kessler RA, Coates WC, Chanmugam A. Twelve Years Since Importance of Cross-Cultural Competency Recognized: Where Are We Now? *West J Emerg Med* [Internet]. 2017 Feb 1 [cited 2021 Jan 14];18(2):223–8. Available from: <http://escholarship.org/uc/item/32s275zn>
 12. Papadopoulos I. *Courage, Compassion and Cultural Competence* [Internet]. Amsterdam City: 13th Anna Reynvaan Lecture; 2011. p. 12. Available from: https://www.researchgate.net/publication/255978533_Courage_Compassion_and_Cultural_Competence_The_13th_Anna_Reynvaan_Lecture_19th_May_2011_De_Stadsschouwburg_-_Amsterdam_City_Theatre_Academic_medical_Centre_University_of_Amsterdam_Netherlands
 13. Papadopoulos I. *Culturally Competent Compassion*. 1 Ed. Routledge, editor. New York; 2018. 123 p.
 14. Pinto Costa I, Sampaio RS, Costa de Souza FA, Costa Dias TK, Saraiva Costa BH, Lopes Chaves E de C. Scientific production in online journals about the new coronavirus (COVID-19): Bibliometric research. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2020;29(e20200235):1–18. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072020000100206&script=sci_arttext

15. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5 ed. Bookman, editor. Porto Alegre; 2015. 290 p.
16. Bardin L. Análise de conteúdo. Edições 70. São Paulo; 2016. 279 p.
17. Soratto J, Pires DE, Friese S. Thematic content analysis using ATLAS.ti software: Potentialities for researchs in health. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020;73(3):3–7. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v73n3/0034-7167-reben-73-03-e20190250.pdf>
18. Sinclair S, Kondejewski J, Raf S, King-shier KM, Singh P, Al SET. Can Self-Compassion Promote Healthcare Provider Well-Being and Compassionate Care to Others ? Results of a Systematic Review. Int Assoc Appl Psychol. 2017;1–39. Available from: <https://iaap-journals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/aphw.12086>
19. López-Díaz L, Velásquez F, Rodríguez V, Papadopoulos I. Contraste de perspectivas y experiencias sobre compasión de enfermeras colombianas con 14 países. Duazary [Internet]. 2019;16(2):233–44. Available from: <https://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/2747>
20. Papadopoulos I, Koulouglioti C, Lazzarino R, Wright S. Spiritual care for patients with Covid-19: are we ready this time around? Nurs Times. 2020;(December):18–20. Available from: https://www.researchgate.net/publication/347437249_Spiritual_care_for_patients_with_Covid-19_are_we_ready_this_time_around
21. Costa R, Motta Lino M, Jatobá de Souza AI, Lorenzini E, Manfrini Fernandez GC, Cavalcanti de Farias L, et al. Nursing Teaching in Covid-19 Times: How to reinvent it in this context? Texto Context Enferm [Internet]. 2020;29:1–3. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v29/1980-265X-tce-29-e20200202.pdf>
22. Papadopoulos I, Lazzarino R, Koulouglioti C, Aagard M, Akman, Alpers LM, et al. Obstacles to compassion-giving among nursing and midwifery managers: an international study. Int Nurs Rev [Internet]. 2020;67(4):453–65. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/inr.12611>.

Artigo 3. APROXIMAÇÕES AOS DESAFIOS DA ENFERMAGEM PARA PRESERVAR O CUIDADO COMPASSIVO E CULTURALMENTE COMPETENTE

RESUMO:

Introdução: A *compaixão* é um conceito teológico e filosófico clássico que tem adquirido uma grande relevância na literatura científica da saúde em geral e da enfermagem em particular. A *compaixão* é definida, em enfermagem, como o desejo ou a motivação de aliviar o sofrimento de outras pessoas, através de ações reflexivas e eficazes, de preferência levando em consideração a perspectiva cultural do sujeito de cuidado e do enfermeiro que cuida (Irena Papadopoulos, 2018).

Este é o conceito do “Modelo de Desenvolvimento da Compaixão Culturalmente Competente” criado pela enfermeira Irena Papadopoulos em 2014, na esteira do projeto “*A european model for the Development of role Models to Promote and Support Culturally Competent and Compassionate Care*” (IENE), para contribuir à resposta integral dos desafios sociais, políticos e culturais da União Europeia. Este modelo é composto por quatro construtos fundamentais que se articulam de forma dinâmica, nomeadamente: *a consciência cultural e compassiva, o conhecimento cultural e compassivo, a sensibilidade cultural e compassiva* e finalmente, *a competência cultural e compassiva* (Irena Papadopoulos, 2018).

É neste enquadramento temático que desenvolveremos o nosso artigo. Trata-se de uma análise qualitativa de parte dos resultados de dois estudos diferentes, realizados, um no Brasil e outro em Portugal. O primeiro procurou compreender o fenômeno da compaixão em enfermagem de urgência em profundidade, e o segundo identificou a compaixão entre os diversos fundamentos da decisão ética em enfermagem de início de vida.

Objetivos: Descrever alguns dos atributos do conceito de compaixão no cuidado culturalmente competente; discutir a compaixão como fundamento ético da decisão de enfermagem no início da vida.

Método: Integração dos resultados de dois estudos de pesquisa qualitativa analisados, por meio da “Análise de Conteúdo” de Bardin (2016); num, relativa à compaixão como dimensão do cuidado culturalmente competente em enfermagem, e, no outro, como

fundamento ético da decisão do enfermeiro. Os dados analisados do primeiro estudo, resultaram de 18 entrevistas a enfermeiros de um centro de atendimento de urgência no Brasil, realizadas em 2020 e 2021; do segundo estudo resultaram de 26 entrevistas a enfermeiros da prática clínica de *início de vida* em Portugal, realizadas entre 2018 e 2020.

Resultados: Mediante a análise dos dados de um dos estudos, e à luz do referencial teórico, foi possível criar as seguintes categorias analíticas: “Consolidação de habilidades compassivas no mundo globalizado”, “a formação profissional culturalmente competente como um processo incessante” e “alguns dilemas éticos no cuidado compassivo no início da vida”.

Os resultados permitem-nos abordar a compaixão em duas perspectivas diferentes, mas complementares. Por um lado, existem desafios que devem ser abordados sobre o cuidado compassivo em enfermagem nas distintas áreas e ciclos vitais dos seres humanos; por outro lado a compaixão é tida como fundamental na formação do enfermeiro, sendo nomeadamente usada na decisão ética incluída na prática profissional.

Conclusão: A análise qualitativa, permite-nos concluir que a compaixão se revela como uma dimensão essencial do cuidado de enfermagem nos contextos de *urgência e de início de vida*. A compaixão surge como um fundamento ético da decisão de cuidado em enfermagem nestes contextos, no respeito pela diferença cultural da pessoa assistida. É neste sentido, que podemos concluir que a compaixão em enfermagem se poderá revelar de modo mais eficaz, se tiver em conta o ecossistema multicultural onde o cuidado se concretiza.

PALAVRAS-CHAVE: Compaixão; competência cultural; enfermagem holística; cuidados de enfermagem.

APPROACHES TO NURSING CHALLENGES TO PRESERVE COMPASSIVE AND CULTURALLY COMPETENT CARE

ABSTRACT:

Introduction: *Compassion* is a classic theological and philosophical concept that has also acquired great relevance in the scientific literature on health in general, and nursing in particular. *Compassion* is defined, in nursing, as the desire or motivation to ease the suffering of other people, through reflective and effective actions, preferably taking into

consideration the cultural perspective of the subject of care and the nurse who provides care (Irena Papadopoulos, 2018).

This is the concept of the “Culturally Competent Compassion Development Model” created by nurse Irena Papadopoulos in 2014, within the framework of the project “An European model for the Development of role Models to Promote and Support Culturally Competent and Compassionate Care” (IENE), to contribute to the integral response to the social, political and cultural challenges of the European Union. This model is composed of four key constructs that are dynamically articulated, namely: *cultural and compassionate awareness*, *cultural and compassionate knowledge*, *cultural and compassionate sensitivity*, and, finally, *cultural and compassionate competence* (Irena Papadopoulos, 2018).

It is within this thematic framework that we will develop our article. This is a qualitative analysis of part of the results of two different studies carried out, one in Brazil and the other in Portugal. The former sought to understand the phenomenon of compassion in emergency nursing in depth, and the latter identified compassion among the various grounds of ethical decision in early life nursing.

Objectives: To describe some of the attributes of the concept of compassion in culturally competent care; discuss compassion as an ethical ground for nursing decision-making in early life care.

Method: Qualitative analysis, through the "Content Analysis" of Bardin (2016), of part of the results of two studies, relating to compassion as a dimension of culturally competent nursing care in one of the studies, and, in the other, as an ethical ground for nurse's decision-making. The data analyzed in the former study is a result of 18 interviews with nurses from an emergency care center in Brazil, carried out in 2020 and 2021; the latter study is a result of 26 interviews with nurses in early life clinical practice in Portugal, carried out between 2018 and 2020.

Results: Through the analysis of the data from one of the studies, and in the light of the theoretical framework, it was possible to create the following analytical categories: "Consolidation of compassionate skills in a globalized world" and "culturally competent

professional training as an incessant process". In the second study, the emerging categories were the following: "Compassion for the mother" and "Compassion for the fetus".

The results allow us to approach compassion in two different but complementary perspectives. On the one hand, compassionate care emerges as essential in emergency nursing and also in early life; on the other hand, compassion is seen as fundamental in the training of nurses, being used, namely, in ethical decision-making at the beginning of life.

Conclusion: This qualitative analysis allows us to conclude that compassion is revealed as an essential dimension of nursing care in contexts of urgency and early life. Compassion emerges as an ethical ground for decision-making for nursing care in these contexts, respecting the cultural difference of the assisted person. In this sense, we can conclude that compassion in nursing may be more effective if it takes into account the multicultural ecosystem where care takes place.

KEY WORDS: Compassion; cultural competence; holistic nursing; nursing

INTRODUÇÃO

A Enfermagem é a ciência, profissão e disciplina orientada ao cuidado de pessoas, famílias ou comunidades em processo de saúde ou doença, levando em consideração os preceitos éticos, o raciocínio clínico e o pensamento crítico para avaliar as respostas humanas aos problemas de saúde reais ou potenciais com o propósito de promover a saúde, prevenir as doenças e garantir um cuidado qualificado desde o início da vida até o processo de morte (ANA, 1980).

Pela mesma razão, os enfermeiros devem cultivar e fortalecer uma série de qualidades, habilidades e virtudes desde a perspectiva do saber, fazer e ser, sendo a compaixão uma competência humana básica que se tornou indispensável para garantir um cuidado qualificado, ético e efetivo (Sinclair et al., 2020). A compaixão é definida, em enfermagem, como o desejo ou a motivação de aliviar o sofrimento de outras pessoas, através de ações reflexivas e eficazes, de preferência levando em consideração a

perspectiva cultural do sujeito de cuidado e do enfermeiro que cuida (Irena Papadopoulos, 2018).

Assim, a compaixão está intimamente relacionada com a competência cultural considerada como um processo de aprendizagem contínua que pretende oferecer um cuidado compreensivo e respeitoso às crenças e práticas culturais dos pacientes (Purnell, 2019). Portanto, o cuidado compassivo e culturalmente competente deve ser considerado como uma necessidade prioritária na atenção em saúde e um princípio ético que deve ser lavrado desde a graduação e fortalecido cada dia na prática profissional apoiado na formação continuada e amparado com apoio institucional e governamental (I. Papadopoulos et al., 2020; Repo, Vahlberg, Salminen, Papadopoulos, & Leino-Kilpi, 2017). De tal modo, será possível minimizar as lacunas na atenção em saúde causadas pela diversidade cultural, afiançar ações de cuidado holístico aceites pelas pessoas com melhores resultados em saúde e crescimento pessoal e profissional para os enfermeiros (Halabi & de Beer, 2018; Lin & Hsu, 2020; Lin, Wu, & Hsu, 2019).

O presente artigo nasceu das discussões acadêmicas de vários integrantes de dois núcleos de pesquisa em enfermagem, cada um com uma perspectiva diferente, mas com o objetivo comum de elevar as visões epistemológicas e comprovar elementos conceituais que permitem um avanço na profissão.

Com vistas a apoiar a integração e cooperação internacional, os estudos são do Brasil e outro de Portugal, ambos de natureza qualitativa.

O primeiro procurou compreender o fenômeno da compaixão em enfermagem de urgência em profundidade, e o segundo identificou a compaixão entre os diversos fundamentos da decisão ética em enfermagem de início de vida. As decorrências dos artigos foram analisados e permitiram uma aproximação dos desafios de enfermeiros para preservar o cuidado compassivo e culturalmente competente.

METODOLOGIA

Os estudos foram conduzidos pelo paradigma qualitativo devido à necessidade de compreender a profundidade o fenômeno atual do cuidado compassivo e culturalmente competente em enfermagem em distintos contextos.

O primeiro estudo trata-se de um estudo de caso único, holístico e com uma única unidade de análise, sendo uma unidade de pronto atendimento (UPA) localizada em Belo Horizonte, Brasil, onde participaram voluntariamente 18 enfermeiros com o tempo maior a 6 meses de trabalho no centro de urgências, as entrevistas foram gravadas em áudio e tiveram uma duração média de 45 minutos, posteriormente, foram transcritas e devolvidas aos enfermeiros. Este delineamento metodológico é considerado um método preferencial para compreender um fenômeno contemporâneo, onde os pesquisadores têm pouco ou nenhum controle sobre eventos comportamentais (Yin, 2015).

Além disso, foi levado em consideração o contexto e a interação entre enfermeiros, pacientes e familiares, para posteriormente serem analisados mediante a Análise Temática de Conteúdo (ATC) proposta por Bardin (2016), seguindo as fases de pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos dados com a inferência e interpretação (Bardin, 2016). Todos os preceitos éticos e as diretrizes metodológicas apresentadas no COREQ foram levados em consideração (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007).

O segundo estudo, trata-se de um estudo com abordagem qualitativo de tipo exploratório e descritivo, teve como objetivo identificar os fundamentos do agir do enfermeiro face a problemas éticos de início de vida, tendo sido realizadas 26 entrevistas semiestruturadas a enfermeiros da prática clínica de início de vida em Portugal, num total de 13h17m, realizadas entre 2018 e 2020. Estas entrevistas foram transcritas e validadas pelos entrevistados e, posteriormente, submetidas a análise de conteúdo, mais concretamente análise categorial, segundo Bardin (2016). A organização por categorias foi realizada com base na investigação precedente, realizada por Deodato (2014).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados obtidos no primeiro estudo foram analisados sob a lente epistemológica do Modelo de Desenvolvimento da Compaixão Culturalmente Competente criado pela enfermeira britânica Irena Papadopoulos (2014), levando em consideração os constructos que ela propõe no modelo mencionado a fim de tentar estruturar o processo de construção da competência cultural e compassiva de enfermeiros participantes do estudo.

O modelo em menção está composto por quatro constructos fundamentais: consciência cultural, conhecimento cultural, sensibilidade cultural e finalmente, a

competência cultural, todos permeados pela compaixão como eixo transformador no processo de cuidado, sendo considerado essencial para garantir um atendimento em saúde de excelência e holístico (Papadopoulos, 2018). Deste modo, emergiram as seguintes categorias analíticas: consolidação das habilidades compassivas no mundo globalizado e a formação profissional compassiva e culturalmente competente como um processo abrangente.

Consolidação das habilidades compassivas no mundo globalizado

A migração global das populações apresenta aos enfermeiros o desafio de prestar um atendimento diferenciado com o objetivo de diminuir as inequidades em saúde, e para alcançá-lo se devem fortalecer os cuidados culturalmente competentes por meio da capacitação e atualização constante sobre conhecimentos culturais e populares em saúde, a integração de crenças culturais para compreender as perspectivas, tradições, valores e práticas de saúde dos grupos culturalmente diversos e vulneráveis (Almutairi, McCarthy, & Gardner, 2015; Douglas et al., 2014). O anterior pode se ratificar conforme o descrito pelo participante do primeiro estudo:

E3. Você está conversando com um enfermeiro no mercado de trabalho há 10 anos e desconhecia o significado do termo (competência cultural), e eu acho que se você tem a competência cultural para cuidar a outro, ele se sente mais acolhido e vai se abrir mais com você como profissional de saúde, então é algo que deve ser divulgado e trabalhado pela mesma questão da globalização você atende muito paciente diferente, a partir do momento que você tem essa compreensão da cultura do outro o atendimento flui muito melhor.

Com certeza, o atendimento no centro de urgências como a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) limita o tempo de interação entre o enfermeiro, paciente e família, junto com à prática clínica altamente técnica e a rapidez na atenção demanda este serviço, portanto, representa um desafio para os enfermeiros garantir um cuidado compassivo e culturalmente competente nesse cenário, tentando capacitar aos pacientes sobre seu próprio cuidado e oferecendo atendimento de qualidade nas dimensões física, espiritual, emocional e social (Sharp, McAllister, & Broadbent, 2016). Um participante expressou um comum ponto de vista onde se menciona que a compaixão é um eixo transversal no cuidado de enfermagem:

E18. A compaixão se vive cada dia, na prática, na vida, em tudo, mas é algo que você não se deter para pensar, você sabe que tem, que existe, mas não tira um dia para poder debater e falar sobre isso, mas acho que é uma coisa que a gente vive ou pela falta ou pela aplicação no serviço, principalmente no serviço público, meu caso como enfermeira eu devo

ter compaixão, os pacientes já estão doentes na UPA e eles querem ser escutados e acolhidos, isso é a compaixão.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) está orientado à defesa da universalidade do direito à saúde de brasileiros e estrangeiros, mesmo com recursos limitados nos últimos anos, continua sendo a porta de acesso ao atendimento aos serviços de saúde de toda a população, principalmente de grupos culturalmente diversos e/ou vulneráveis (Paim, 2018). Em vista disso, é fundamental continuar trabalhando intensamente no posicionamento político e social dos enfermeiros que resguarde os direitos fundamentais dos pacientes e permaneçam em defesa da equidade e justiça social para à saúde, mantendo um processo articulado nos diferentes níveis do sistema de saúde e procurando um acesso oportuno, eficiente e eficaz para todos. Um dos participantes descreveu seus sentimentos frente ao processo de cuidado compassivo no contexto do SUS:

E9. Angustiante, essa é a palavra, porque nós pensamos inicialmente na estabilização inicial e dificilmente a gente pensa em uma continuidade desse cuidado em rede do paciente, usuário em situação de rua, ou portador de sofrimento mental, com os estrangeiros é requerida uma sensibilidade maior, porque ele está inserido em um país onde não entende a rede de assistência à saúde, você deve garantir que ele tenha acesso, porque é um direito, as vezes ele fica perdido e você precisa demandar um tempo maior de cuidado. Então, é como se a rede estivesse fragmentada, eu posso oferecer um cuidado compassivo aqui, porque eu quero que ele se sinta acolhido, importante, mas, infelizmente, a comunicação com as outras unidades de referência e contra referência acaba que esse vínculo ele fica prejudicado, espero que em cada nível a compaixão seja a marca da enfermagem.

Finalmente, alguns estudos evidenciam que os pacientes percebem a compaixão como um privilégio durante o atendimento, pois reconhecem a grande carga de trabalho nos enfermeiros, e, portanto, a dedicação de tempo para cuidar, escutar e acompanhar genuinamente é um valor agregado que pode repercutir numa maior capacidade de afrontamento, motivação e percepção de segurança para os sujeitos de cuidado (Sharp et al., 2016; Sinclair et al., 2016).

Formação profissional compassiva e culturalmente competente como um processo abrangente

O cuidado compassivo e culturalmente competente também é considerado uma virtude, deve ser nutrida dia por dia e recompensada desde o sistema educativo formal e as instituições de saúde, para que seja sustentável no tempo. Da mesma maneira, a

educação intercultural é efetiva visto que possibilita a compreensão de distintos grupos culturais, respeita a identidade dos estudantes, enfermeiros e pacientes, além disso, proporciona conhecimentos, habilidades e atitudes que permitem cuidar com maior respeito, compaixão e entendimento, necessário nesta sociedade multicultural (Irena Papadopoulou, Shea, Taylor, Pezzella, & Foley, 2016).

E8. Na verdade, a gente tem que se adaptar, saber se colocar no lugar do outro, quando é menos favorecido ou quando é estrangeiro, se tivesse mais oportunidade de estudar ou saber uma segunda língua, eu faria, por que a gente precisa, está na linha de frente e isso é importante. Mas, não é fácil, a enfermagem demanda muito da gente, é muito conhecer sobre línguas, culturas, tradições. Então, se eu quero cuidar e acolher, devo abraçar essa cultura, esse novo que vem, seja um morador de rua, um estrangeiro, de quem seja eu aprendo cada dia.

Deste modo, os programas acadêmicos de graduação dos profissionais de saúde e, particularmente, de enfermagem, devem incorporar de maneira transversal a formação em competência cultural e compassiva, através de interações com pessoas de distintas culturas, intercâmbios acadêmicos nacionais e internacionais, o desenvolvimento de habilidades linguísticas e comunicativas, e a tolerância e respeito ante a diversidade, criando um equilíbrio entre as aulas teóricas e a prática no mundo real (Crawford, Brown, Kvangarsnes, & Gilbert, 2014; Repo et al., 2017).

E10. Eu acho que a gente pode estudar no papel a vida inteira, mas é o na vivência mesmo que a gente vai ter essa segurança para lidar, para atender pacientes mais diversos e compreender a situação.

E12. Considero que uma disciplina na faculdade não é suficiente. A experiência na UPA, no setor público, dá algumas ferramentas, e ainda assim a gente ainda não consegue lidar plenamente com as questões culturais dos pacientes. Então, acho que devemos nos capacitar melhor para abordar essas temáticas e melhorar qualidade do trabalho.

Em síntese, a formação na competência cultural e compassiva é um caminho permanente e inacabado, cuja habilidade melhora com o tempo, a experiência e as interações com diversas populações em distintos níveis, mas requer motivação por parte dos enfermeiros para conquistar aquelas virtudes e habilidades que melhoram significativamente a qualidade do cuidado holístico (Lin & Hsu, 2020).

Alguns dilemas éticos no cuidado compassivo no início da vida

No segundo estudo, foram identificadas várias categorias de fundamentos utilizados pelos enfermeiros quando confrontados com problemas éticos de início de vida e que se relacionam com o atuar compassivo e culturalmente competente. Assim, temos *fundamentos éticos, fundamentos deontológicos, fundamentos profissionais, fundamentos*

científicos, fundamentos sociais, fundamentos jurídicos e fundamentos culturais, já anteriormente identificados por Deodato (2014). Como novas categorias emergiram os fundamentos espirituais, fundamentos pessoais e fundamentos recursos disponíveis.

Cabe salientar que os pesquisadores estão conscientes que a classificação, sobretudo de algumas categorias, nem sempre foi linear. Muitas unidades de contexto poderiam ser classificadas em diferentes subcategorias, tendo sido alvo de muita reflexão para a decisão que aqui apresenta. Sendo um trabalho de índole qualitativa, há uma marca do próprio investigador que acaba por se traduzir nas opções tomadas. Esta é a nossa visão dos resultados e por isso se parte para esta discussão com o objetivo de esclarecer as escolhas efetuadas.

Deodato (2014), na sua investigação, afirma os *fundamentos éticos* como aqueles que são invocados pelos enfermeiros com maior frequência, dizendo “o enfermeiro valora os fundamentos éticos de forma significativa e com maior relevância face às demais categorias” (Deodato, 2014, p. 252). Também nesta investigação se pode afirmar que foram os mais frequentemente utilizados, sempre que o enfermeiro se confrontou com problemas éticos de início de vida. É nesta categoria, de fundamentos éticos, que é identificado como fundamento utilizado perante o problema ético de início de vida a “compaixão pela mãe” e a “compaixão pelo feto”.

- ***Sobre a compaixão pela mãe***

O fundamento para a decisão ética que denominamos de “Compaixão pela mãe”, surge em situações de grande sofrimento para a pessoa grávida porque tomou uma decisão da qual se arrepende, porque está perante o nascimento/abortamento de um feto com múltiplas malformações ou até pela própria dor sentida durante o parto.

E4. “Não vamos deixar aquela mulher fazer aquilo sozinha, não é? ”

E7. “Eu sinto, muitas vezes, que elas se sentem culpadas. Que o erro foi delas... mas não é delas e isso é importante levá-las a pensar sobre isso...”

E12. “Nós acabamos por desenvolver esta capacidade de, de alguma forma, nos pormos no lugar do outro”

E15. “Tenta-se arranjar processos de, de a coisa... se tornar mais normal”

E19. “Como é que eu posso ajudar? Como é que eu posso apoiar? ”

E21. “Sim, eu acho que sim. Acho que inevitavelmente nós acabamos por nos transpor um bocadinho do outro lado.... sofremos sempre por

uma pessoa que está à nossa frente que sofre. Que sabemos que deve estar no pior momento da vida dela, não é”

Sobre a compaixão pelo feto

A “compaixão pelo feto” surge em menor frequência e surge perante fetos produto de aborto.

E19. “... como se eu achasse que aquela criança estava viva.”

E 21. “... e eu tentei manusear o menos possível e pronto, com o devido respeito que temos com as pessoas”

A compaixão deriva do termo latino *compassio* (Marçal, 2004), que significa “sofrer com”. Marçal (2004) relembra como sinónimos “sofrimento comum, comunhão, participação, simpatia e compaixão” e há, efetivamente, em todas estas ações partilhadas um denominador comum, que é o enfermeiro que sofre com a pessoa, na ação “de ser com o outro que sofre, para a qual somos impelidos quando tocados pelo seu sofrimento” (Marçal, 2004).

Para Nunes (2009), “A compaixão é participar do sentimento do outro em situação de sofrimento, na dor e na tristeza. Não se trata de aprovar (ou desaprovar), nem compartilhar as suas razões” (p. 142), e estes enfermeiros aqui entrevistados testemunham essa participação na dor do outro e utilizam esta compaixão como fundamento para a ação a praticar.

Também Vieira (2008) se refere à compaixão como partilha com o outro e um reconhecimento da dor do outro. Para esta autora “ao ser afetado pela compaixão o enfermeiro recebe também tudo o que o paciente lhe oferece na experiência da sua dor, e juntos podem construir a esperança que ajudará a encontrar o sentido” (Vieira, 2008, pp. 115-116).

Há, efetivamente, no discurso dos enfermeiros o reconhecimento da dor da pessoa, mas nesse reconhecimento há também a dor do enfermeiro pela situação vivida. Portanto, e como defende Marçal (2004), há na compaixão abertura ao outro e uma compreensão pelo seu mundo e pela sua dor, afirmando que estamos perante “um movimento do qual emergem uma intenção e uma ação de ajuda vividas numa dinâmica de ser-com-o-outro” (Marçal, 2004, p. 279). Esta compaixão revelada pelos enfermeiros como fundamento para a ação aquilo que Marçal (2004) afirma ser o *agir ético e competente*.

CONCLUSÕES

O cuidado de enfermagem envolve uma série de desafios segundo a idade, características sociais, demográficas e estilos de vida do paciente, entre outras considerações, mesmo assim, seja no início da vida ou em condições de urgência, a compaixão surge como um fundamento ético da decisão de cuidado em enfermagem nestes contextos, no respeito pela diferença cultural da pessoa assistida. É neste sentido, que podemos concluir que a compaixão em enfermagem se poderá revelar de modo mais eficaz, se tiver em conta o ecossistema multicultural onde o cuidado se concretiza.

Por sua vez, é essencial estimular uma educação permanente e transversal desde os níveis de graduação, pós-graduação e incluso até na educação continuada nos diferentes contextos de atenção em saúde. Assim, os projetos de aprendizagem-serviço permitem uma maior proximidade da teoria da prática, conseguindo desenvolver os quatro constructos mencionados no Modelo da Compaixão Culturalmente Competente - consciência, conhecimento, sensibilidade e competência-, e assim melhorar as capacidades linguísticas, comunicativas e criativas nos profissionais de saúde.

Finalmente, deve-se estimular as pesquisas de paradigma qualitativo nas temáticas culturais que favoreçam a execução de cuidados culturais com evidência científica, a liderança e participação política dos enfermeiros que zelem pela justiça social e equidade em saúde de grupos culturalmente diversos.

AGRADECIMENTOS

Ao Colegiado de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), a FAPEMIG, CNPq e NUPAE.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almutairi, A. F., McCarthy, A., & Gardner, G. E. (2015). Understanding Cultural Competence in a Multicultural Nursing Workforce: Registered Nurses' Experience in Saudi Arabia. *Journal of Transcultural Nursing*, 26(1), 16–23.
<https://doi.org/10.1177/1043659614523992>
- ANA. (1980). International Council of Nurses. Retrieved September 1, 2021, from <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>

- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. (Edições 70, Ed.) (1 Ed.). São Paulo.
- Blomberg, K., Griffiths, P., Wengström, Y., May, C., & Bridges, J. (2016). Interventions for compassionate nursing care: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 62, 137–155. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.07.009>
- Crawford, P., Brown, B., Kvangarsnes, M., & Gilbert, P. (2014). The design of compassionate care. *Journal of Clinical Nursing*, 23(23–24), 3589–3599. <https://doi.org/10.1111/jocn.12632>
- Deodato, S. (2014). *Decisão ética em Enfermagem: Do problema aos fundamentos para o agir*. (Almedina). Coimbra.
- Douglas, M. K., Rosenkoetter, M., Pacquiao, D. F., Callister, L. C., Hattar-Pollara, M., Lauderdale, J., ... Purnell, L. (2014). Guidelines for Implementing Culturally Competent Nursing Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 25(2), 109–121. <https://doi.org/10.1177/1043659614520998>
- Halabi, J. O., & de Beer, J. (2018). Exploring the cultural competence of undergraduate nursing students in Saudi Arabia. *Nurse Education Today*, 62(January 2017), 9–15. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.12.005>
- Lin, M. H., & Hsu, H. C. (2020). Effects of a cultural competence education programme on clinical nurses: A randomised controlled trial. *Nurse Education Today*, 88(261), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104385>
- Lin, M. H., Wu, C. Y., & Hsu, H. C. (2019). Exploring the experiences of cultural competence among clinical nurses in Taiwan. *Applied Nursing Research*, 45(June 2018), 6–11. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.11.001>
- Marçal, T. (2004). *Compaixão e empatia*. In Neves, M. & Pacheco, S. *Para uma ética de enfermagem*. (Gráfica de Coimbra). Coimbra
- Nunes, L. (2009). *Ética: Raízes e Florescências em todos os caminhos*. (Lusociência). Loures
- Paim, J. S. (2018). Thirty years of the unified health system (SUS). *Ciencia e Saude Coletiva*, 23(6), 1723–1728. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>
- Papadopoulos, I., Lazzarino, R., Koulouglioti, C., Aagard, M., Akman, Alpers, L. M., ... Zorba, A. (2020). Obstacles to compassion-giving among nursing and midwifery managers: an international study. *International Nursing Review*, 67(4), 453–465. <https://doi.org/10.1111/inr.12611>
- Papadopoulos, Irena. (2018). *Culturally Competent Compassion*. (Routledge, Ed.) (1 Ed.). New York.
- Papadopoulos, Irena, Shea, S., Taylor, G., Pezzella, A., & Foley, L. (2016). Developing tools to promote culturally competent compassion, courage, and intercultural communication in healthcare. *Journal of Compassionate Health Care*, 3(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s40639-016-0019-6>
- Purnell, L. (2019). Update : The Purnell Theory and Model for Culturally Competent Health Care. <https://doi.org/10.1177/1043659618817587>
- Repo, H., Vahlberg, T., Salminen, L., Papadopoulos, I., & Leino-Kilpi, H. (2017). The

- Cultural Competence of Graduating Nursing Students. *Journal of Transcultural Nursing*, 28(1), 98–107. <https://doi.org/10.1177/1043659616632046>
- Sharp, S., McAllister, M., & Broadbent, M. (2016). The vital blend of clinical competence and compassion: How patients experience person-centred care. *Contemporary Nurse*, 52(2–3), 300–312. <https://doi.org/10.1080/10376178.2015.1020981>
- Sinclair, S., Hack, T. F., McClement, S., Raffin-Bouchal, S., Chochinov, H. M., & Hagen, N. A. (2020). Healthcare providers perspectives on compassion training: a grounded theory study. *BMC Medical Education*, 20(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02164-8>
- Sinclair, S., Norris, J. M., Mcconnell, S. J., Chochinov, H. M., Hack, T. F., Hagen, N. A., ... Bouchal, S. R. (2016). Compassion : a scoping review of the healthcare literature. *BMC Palliative Care*, 15(6), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0080-0>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. Retrieved from <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/coreq/>
- Vieira, M. (20089). *Ser enfermeiro. Da compaixão à proficiência*. (Universidade Católica Editora) (2 Ed.). Lisboa
- Yin, R. K. (2015). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. (Bookman, Ed.) (5 ed.). Porto Alegre.

DISCUSSÃO

O processo de construção da presente tese tem sido um caminho revelador, pois me convidou à constante reflexão sobre minha atuação como pessoa e profissional. Além disso, permitiu-me compreender a enfermagem como uma ciência humana e uma disciplina em contínua transformação, bem como ocorre com a sociedade, porque, em essência, o nosso objeto, como enfermeiros, é o cuidado dos seres humanos, imersos em um processo de construção e desconstrução permanente.

Desde o início do planejamento e da escrita do presente documento, a compaixão tem sido a protagonista, já que me concedeu a possibilidade de redescobrir o cuidado de enfermagem baseado no respeito e nos atos básicos de cuidado, que vão desde a presença autêntica à escuta ativa, alimentação, banho, olhares sinceros e um sorriso que podem ter mais efeitos do que qualquer técnica da medicina para curar o corpo biológico. Assim, foi traçado o objetivo de compreender o processo de construção da competência cultural e compassiva nos enfermeiros que cuidam de populações vulneráveis.

Os resultados da presente tese foram organizados no formato de artigo científico, em conformidade com a Resolução N°. 035 de 2018 do Colegiado de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, conforme anteriormente apresentados, analisados à luz do referencial teórico do Modelo de Desenvolvimento da Compaixão Culturalmente Competente.

Neste capítulo, buscou-se a articulação analítica dos artigos que compuseram os resultados da tese, com vistas a realizar a lógica de construção e a síntese de suas principais evidências, conforme o apresentado na seguinte tabela 2:

Tabela 2. Síntese das principais evidências dos artigos elaborados

ARTIGO	PRINCIPAIS EVIDÊNCIAS
<p>1. Construção da Compaixão Culturalmente Competente em Enfermeiros que Cuidam de Populações Vulneráveis.</p>	<p>Neste artigo foi possível confirmar que a compaixão associada à competência cultural é um conceito emergente que nos últimos anos tem adquirido especial relevância nos serviços de saúde, e que deve ser fortalecido nos profissionais de saúde, especialmente nos enfermeiros. Outros achados relevantes foram:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para adquirir a compaixão culturalmente competente deve-se iniciar com um profundo processo de autorreflexão sobre o próprio conceito de cultura, valores, crenças com a finalidade de reconhecer qual é seu alcance na tomada de decisões e como permeia as relações terapêutica estabelecidas; • Obter conhecimento cultural é fundamental para garantir um cuidado qualificado, as ferramentas tecnológicas permitem aos enfermeiros manter atualizado sobre distintas leis, normativas ou situações que guiam sua atuação profissional; • O cuidado de enfermagem deve estar baseado no pensamento crítico e no raciocínio clínico, mas é importante incluir atos básicos de cuidado como a presença autêntica, a escuta atenta, a companhia e o respeito do silêncio voltando à prática compassiva e humanística; • Todas as interações de cuidado estão atravessadas pelo contexto cultural, social e político onde estão imersas. Assim, a compaixão culturalmente competente representa o máximo nível de comprometimento com a enfermagem e o cuidado que merecem todos os seres humanos nos processos de saúde e doença.

2. Compaixão Culturalmente Competente da enfermagem durante a pandemia por COVID-19 na Unidade de Pronto Atendimento.	<p>A crise causada pela pandemia por COVID-19 trouxe grandes desafios a nível mundial, governamental, institucional e pessoal. O Brasil teve que criar estratégias para dar respostas à sociedade e a enfermagem reconheceu sua importância no cuidado em momentos em que a fragilidade da vida foi evidente.</p> <ul style="list-style-type: none">• A pandemia colocou aos enfermeiros em situações significativas e emotivas, que foram enfrentadas, principalmente, através da espiritualidade e o fortalecimento das redes de apoio e cuidado como a família, os amigos e colegas, mesmo de longe, e por meio de ferramentas tecnológicas.• Os enfermeiros reforçaram as ações de autocuidado com a finalidade de promover a si mesmo segurança e conforto.• Foi possível reconhecer as potencialidades da prática profissional de enfermagem como um eixo transformador na atenção em saúde, e o trabalho em equipe foi exaltado criando conexões humanas mais próximas e empáticas.• Os atos básicos de cuidado compassivo tomaram especial importância, como a presença autêntica, a escuta atenta e a companhia sincera nos momentos em que a fragilidade e vulnerabilidade dos seres humanos foi real e próxima.
3. Desafios da enfermagem para preservar o cuidado compassivo e culturalmente competente.	<p>A enfermagem é uma ciência, profissão e disciplina que está em constante processo de construção e desconstrução, embora o conceito da compaixão culturalmente competente tem cobrado especial relevância nas últimas décadas, ainda apresenta grandes desafios que devem ser afrontados pelos enfermeiros em conjunto com as instituições em saúde e entes governamentais para oferecer uma atenção em saúde levando em consideração os preceitos éticos.</p>

	<ul style="list-style-type: none">• É essencial que os enfermeiros adotem um posicionamento político e social que resguarde os direitos fundamentais dos pacientes, assim como a equidade e justiça social.• Destaca-se a necessidade de estimular a formação em cuidado cultural e compassivo, como as habilidades linguísticas e comunicativas, de maneira formal e transversal na graduação em enfermagem, e de maneira contínua nas instituições em saúde.• A prática de enfermagem enfrenta-se continuamente a diferentes dilemas éticas por tratar-se de uma prática humana, mas principalmente os dilemas concernentes no início e fim de vida cobram grande interesse na literatura científica.
--	---

Fonte: Autora (2022).

Ao longo desses anos de estudo e de reconciliação com o fenômeno em análise, foi possível compreender que este processo de construção da compaixão está atravessado pela cultura, sendo emoldurado por experiências prévias, pela identidade cultural, pelo contexto social e econômico, bem como pela determinação política e a orientação espiritual. Por conseguinte, a construção da compaixão inicia-se desde a fase infantil e se fortalece e intensifica na prática dos adultos, como, por exemplo, na atuação dos profissionais de enfermagem, sendo um processo dinâmico, subjetivo e diferenciado.

Destaca-se que nos últimos anos este fenômeno tomou especial relevância secundária diante da pandemia, guerras e processos migratórios que deixaram as pessoas em diferentes continentes mais vulneráveis. Aquelas situações significativas apresentaram grandes desafios em vários níveis, e desde o âmbito pessoal a criação de estratégias de enfrentamento e o fortalecimento das redes de apoio e cuidado, foram vitais para sobreviver e manter a saúde física, mental e espiritual dos enfermeiros ante os cenários trágicos que o mundo vivenciou.

Mesmo com tais particularidades, a percepção sobre a compaixão nos enfermeiros participantes deste estudo teve concordâncias importantes que merecem destaque, como, por exemplo, o fato da compaixão relacionar-se de forma direta com a orientação espiritual de cada profissional, reforçando a origem filosófica e teológica deste fenômeno.

Além disso, a compaixão se complementa com a competência cultural, sendo considerada uma integração indivisível que orienta os fundamentos éticos e apoia as competências profissionais do saber, saber fazer e ser.

Os enfermeiros participantes deste estudo revelaram seus sentimentos mais profundos de medo e angústia através da narração de situações significativas que permitiram a reflexão sobre a fragilidade dos seres humanos, a vulnerabilidade, o trabalho em equipe e a imprevisibilidade da vida.

Finalmente, na última fase de meu processo acadêmico de Doutorado, tive a fortuna de compartilhar aulas e diálogos enriquecedores com o núcleo de pesquisa e deontológica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, gerando como produto o último artigo que é uma reflexão e leve aproximação aos principais desafios da enfermagem para preservar o cuidado compassivo e culturalmente competente.

Destaca-se que adquirir esta competência é um processo contínuo que significa o máximo nível de comprometimento com a enfermagem e com o cuidado holístico dos seres humanos. Portanto, os enfermeiros devem capacitar-se e empoderar-se para continuar conquistando espaços políticos que lhes outorguem maior voz e voto pela defesa dos direitos humanos fundamentais, o cuidado compassivo e digno desde o início até o final da vida, e abraçar outras dimensões que determinam os processos de saúde e doença, nesta sociedade cada vez mais embaraçada pelas inúmeras situações e conflitos civis dos últimos tempos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender o processo de construção da compaixão culturalmente competente à luz do referencial teórico selecionado na presente tese tem sido uma caminhada interessante de autorreflexão sobre minha atuação pessoal e profissional, também possibilitou uma análise crítica da cotidianidade da enfermagem, muitas vezes voltada unicamente ao corpo biológico, também abriu as portas a reconhecer outras perspectivas teóricas e conceituais do fenômeno que ainda pretendo continuar pesquisando.

De acordo com meu entendimento, a compaixão culturalmente competente assemelha-se a um caleidoscópio, ou seja, cada enfermeiro olha a sua vida e a sua prática profissional por meio de uma ótica que têm três espelhos triangulares que formam o prisma, em que cada um dos espelhos corresponde aos construtos: consciência cultural, conhecimento cultural e sensibilidade cultural. O reflexo da luz é bidirecional, assim como os conhecimentos e as interações de cuidado. Tais combinações dos elementos têm como resultado uma única figura, o que corresponde à compaixão culturalmente competente.

A fim de que o caleidoscópio consiga criar essas imagens, precisa do reflexo da luz exterior. Assim, para os enfermeiros obterem a compaixão culturalmente competente precisam do interesse e da vontade pessoal para compreenderem outras realidades, sair da zona de conforto e estarem dispostos a acreditar que os pacientes são mestres da vida, o que pode simular o movimento que precisa do dispositivo para criar combinações distintas e imagens extraordinárias.

Finalmente, destaca-se a compaixão culturalmente competente que potencializa a prática de enfermagem, associando-a ao pensamento crítico e ao raciocínio clínico na tomada de decisões, ainda que com muitos desafios pela frente. Algumas dessas adversidades são: continuar estimulando a liderança em distintos espaços e a vontade política, institucional e governamental para criar espaços de reflexão e de treinamento da competência cultural e compaixão, tal como está estipulado na Campanha *Internacional Nursing Now*.

Através das leituras que permitiram a discussão dos resultados achados no presente estudo, foi possível um contato inicial com o conceito da autocompaixão como base da compaixão, traduzindo-se em atos de autocuidado, tais como o uso dos elementos de proteção pessoal e a manutenção de redes de apoio, como família e/ou amigos, mesmo via on-line, em virtude da pandemia, momento crítico a nível mundial.

Os enfermeiros participantes revelaram seus sentimentos mais profundos de medo e angústia através da narração de situações significativas que permitiram a reflexão sobre a fragilidade dos seres humanos, a vulnerabilidade, o trabalho em equipe e a imprevisibilidade da vida

Conclui-se que, se os enfermeiros reconhecem e acreditam que os pacientes têm necessidades culturais e respeita-se a sua percepção sobre o mundo, a maneira de interagir com eles muda completamente, sendo possível compreender que cuidar vai além de curar um corpo biológico, seja ele saudável ou doente. Trata-se, na verdade, de vivenciar, apreciar e respeitar a vida e a dignidade dos sujeitos de cuidado, desde antes do nascimento até além da morte, através de pequenos atos compassivos que configuram a real essência da humanidade e da enfermagem.

REFERÊNCIAS

ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS. **A declaração Universal dos direitos humanos.** 1948. Disponível em: < <https://nacoesunidas.org/direitoshumanos/declaracao/>>. Acesso em: 05 fev 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 70 ed. São Paulo, 2016.

BRASIL. **Centro de referência especializado em assistência social.** Prefeitura Belo Horizonte, 2020. Disponível em: < <https://prefeitura.pbh.gov.br/smasac/assistencia-social/equipamentos/creas>>. Acesso em: 04 abr 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.**, Pub. L. No. Artigo V, 446. Brasil, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm . Acesso em: 20 fev 2020.

BRASIL. **Lei 13.445 de 24 de maio de 2017.** Brasil, 2017. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113445.htm>. Acesso em: 20 fev 2020. BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.** Brasília, DF, 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf>. Acesso em: 21 fev 2021.

BRASIL. **Prefeitura Belo Horizonte.** Belo Horizonte, 2020 Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/smasac/assistencia-social/equipamentos/creas>>. Acesso em: 4 abr. 2021.

BRASIL, **Sistema único de saúde.** Ministério da Saúde, 1988b. Disponível em: < <https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em: 17 jan 2021.

BRITO, M. J.B *et al.* Potentialities of Atlas.ti for Data Analysis in Qualitative Research in Nursing. 2017. In: COSTA, P. A. et al. **Computer Supported Qualitative Research.** Portugal: Springer International Publishing Switzerland. v. 71, pp. 75–84, Doi: https://doi.org/10.1007/978-3-319-43271-7_7

CARDOSO, M. **O Brasil e suas muitas línguas.** Plataforma do letramento, 2016. Disponível em: <<http://www.plataformadoletramento.org.br/em-revista-reportagem-detalle/1128/o-brasil-e-suas-muitas-linguas.html?pagina=4>>. Acesso em: 05 abr 2020.

CARVALHO, M. A. **Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil.** IPEA, 2016. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/26102016td_2246.pdf>. Acesso em: 05 abr 2020.

COFEN. **Código de Deontologia de Enfermagem.** Brasil, 1976. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/11/Código-de-Deontologia-da-Enfermagem-1976.pdf>>. Acesso em: 10 abr 2020.

COFEN. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.** Brasil, 2017. Disponível

em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/11/Código-de-Ética-dos-profissionais-de-Enfermagem.pdf>>. Acesso em: 10 abr 2020

DIAZ, A. L. L. La competencia cultural, una clave para mejores resultados en salud. **MedUNAB**, vol 18, n 3, p. 163–165, 2016.

FIOCRUZ; COFEN. **Perfil da enfermagem no Brasil: Relatório final**. Rio de Janeiro: [s.n.]. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>>. Acesso em: 10 mar 2021.

FONTANELLA, Bruno Jose Barcellos et al. **Amostragem em pesquisas qualitativas: Proposta de procedimentos para constatar saturação teórica**. Cadernos de Saude Publica, v. 27, n. 2, p. 389–394, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v27n2/20.pdf>.

GILBERT, P. **The Compassionate Mind: A New Approach to Life's Challenges**. [s.l.: s.n.].

GILBERT, P.; CHODEN. **Mindful Compassion: How the Science of Compassion Can Help You Understand Your Emotions, Live in the Present, and Connect Deeply with Others**. Oakland, CA: [s.n.].

GONZÁLEZ GUZMAN, V. **Competencia cultural para enfermeras hospitalares que cuidan pacientes con enfermedad crónica**. Universidad Nacional de Colombia. 2014. Disponível em: <<https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/52671/53118425.2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 15 abr 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, I. **População do Brasil**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal&utm_medium=popclock&utm_campaign=novo_popclock>. Acesso em: 19 mar. 2021.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION, I. **World Migration Report 2018**. Disponível em: <<https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2018>>. Acesso em: 10 abr 2020.

KANOV, J. et al. Compassion in Organizational Life. **American Behavioral Scientist**, v. 47, n. 6, p. 808–827, 2004.

LEAL, L. R. Competencia cultural y compasiva en enfermería : de regreso a la esencia del cuidado. **Revista Internacional de Cuidados de Salud Familiar y Comunitaria.**, vol14, p 14–16, 2018. Disponível em: <<http://ciberindex.com/index.php/ec/article/view/e12090/e12090>>. Acesso em: 10 mai 2020.

LEININGER, M; MCFARLAND, M. **Culture care diversity and universality theory and evolution of the ethnonursing method**. J. & B. Learning. 2th ed. Canadá: 2006. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=NmY43MysbxIC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 10 maio 2020.

LICEN, S. *et al.* Cultural Competence in Nursing and Its Impact on the Quality of Care for Patients from Culturally Diverse Groups : A Systematic Literature Review Cultural Competence in Nursing and Its Impact on the Quality of Care for Patients from Culturally Diverse Gro, 2019. In: LIČEN, S, *et al.* **Women, Migrations and Health** (I, p. 230). Eslovénia: University of Primorska Press. Doi: <https://doi.org/10.26493/978-961-7055-43-6.173-186>

LÓPEZ-DIAZ, L., *et al.* Contraste de perspectivas y experiencias sobre compasión de enfermeras colombianas con 14 países. **Duazary**, v. 16, n 2, p 233–244, 2019. Disponível em: <<https://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/2747>>. Acesso em: 12 mai 2020.

MACHADO, M. H. *et al.* Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares. **Enfermagem em Foco**, v. 6, n. 2–4, p. 15–35, 2016.

MARÇAL, T. Compaixão e empatia. In Neves, M. & Pacheco, S. **Para uma ética de enfermagem**. (Gráfica de Coimbra). Coimbra, 2004.

MARTINEZ, M. F, *et al.* La Competencia Cultural como referente de la Diversidad Humana en la Prestación de Servicios y la Intervención Social. **Psychosocial Intervention**, vol 15, n 3, p. 331–350, 2006. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592006000300007>. Acesso em: 14 mai 2020.

MELO, J. W. R. Multiculturalismo: Tensões brasileiras do directo à diferença como expressão de igualdade e dignidade. **Revista ESMAT**, vol 8, n 11, p 91–103, 2016.

MINAYO, M. C. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, Vol. 5, n 7, São Paulo, p. 1–12, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília, DF, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria No. 10**. Brasil. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html>. Acesso em: 13 de maio 2020.

MOITA, M. A.G; DA SILVA, A.L. Modelos de Competência Cultural: Uma Análise Crítica. **Pensar Enfermagem**, 2016, v. 20, n 2, p 72–88.

MOVIMENTO NACIONAL DA POPULAÇÃO DE RUA. **Conhecer para lutar**. Brasil, 2010. Disponível em: <http://www.direito.mppr.mp.br/arquivos/File/MNPR_Cartilha_Direitos_Conhecer_par

a_lutar.pdf>. Acesso em: 05 abr 2020.

MOREIRA, H. Critérios e estratégias para garantir o rigor na pesquisa qualitativa. **Revista Brasileira de Ensino de Ciência e Tecnologia**, Paraná, vol. 11, n 1, p 405–424, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.utfpr.edu.br/rbect/article/view/6977/pdf>>. Acesso em: 05 fev 2021.

NIJBOER, A., *et al.* Compassion: Use it or lose it? A study into the perceptions of novice nurses on compassion: A qualitative approach. **Nurse Education Today**., v. 72, p. 84–89, 2019.

PAPADOPOULOS, I. Courage, Compassion and Cultural Competence. Amsterdam City: **13th Anna Reynvaan Lecture**, 2011. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/255978533_Courage_Compassion_and_Cultural_Competence_The_13th_Anna_Reynvaan_Lecture_19th_May_2011_De_Stadsschouwburg_-_Amsterdam_City_Theatre_Academic_medical_Centre_University_of_Amsterdam_Netherlands>. Acesso em: 28 de jan 2021.

PAPADOPOULOS, I. **Culturally Competent Compassion**. New York: Routledge, 2018.

PAPADOPOULOS, I. *et al.* Exploring the Cultural Aspects of Compassion in Nursing Care: A Comparative Study of Greece and Cyprus. **International Journal of Caring Sciences**, vol 9, n 2, p 471–481, 2016.

PAPADOPOULOS, I., *et al.* Developing tools to promote culturally competent compassion, courage, and intercultural communication in healthcare. **Journal of Compassionate Health Care**, vol 3, n 1, p 1–10, 2016. Doi: <https://doi.org/10.1186/s40639-016-0019-6>

RELATÓRIO ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM UFMG. **Diagnóstico situacional**. Belo Horizonte, 2017.

SAMPIERI, R. H., *et al.* **El proceso de la investigación cualitativa**. In M. Hill (Ed.), Metodología de la Investigación. 5 ed, p. 656. México: 2010

SINCLAIR, S., *et al.* Can Self-Compassion Promote Healthcare Provider Well-Being and Compassionate Care to Others? Results of a Systematic Review. **The International Association of Applied Psychology**, vol 9, n 2, p. 168–206, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1111/aphw.12086>

SINCLAIR, S., *et al.* Compassion : a scoping review of the healthcare literature. **BMC Palliative Care**, vol 15, n 6, p. 1–16, 2016. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0080-0>

STRAUSS, C. *et al.* What is Compassion and How Can We Measure it? A Review of Definitions and Measures. **Clinical Psychology Review**, p. 1–56, 2016.

TAYLOR, E. **Researches Into the Early History of Mankind and the Development of Civilization**. 2nd ed. Michigan, EUA: 1870: 2006.

UNESCO. **Declaração Universal sobre a diversidade cultural**. 2001. Disponível em: <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/CLT/diversity/pdf/declaration_cultural_diversity_pt.pdf>. Acesso em: 05 abr 2020.

UNESCO. **Investing in cultural diversity and intercultural dialogue**. UNESCO world report, 2009. Doi: <https://doi.org/978-92-3-104077-1>

VALE, A. R; VECCHIA, M.D. UPA é nós aqui mesmo: as redes de apoio social no cuidado à saúde da população em situação de rua em um município de pequeno porte. **Saúde Soc.** São Paulo, vol 28, n 1, p 222–234, 2019. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180601>

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5 ed. Porto Alegre: Bookman: 2015

APÊNDICE A

Roteiro de entrevista semiestruturada dos enfermeiros

Duração média de 40 minutos.

1. Fale sobre o seu entendimento sobre cultura.
2. Você alguma vez sentiu que está agindo contra seus valores, crenças e tradições na sua prática profissional? Fale sobre isso narrando uma situação que tenha vivenciado.
3. Quais são as características e particularidades da população que você atende na UPA?
4. Você tem alguma experiência marcante na sua prática profissional? Fale sobre essa experiência.
5. Como você adapta suas práticas profissionais para responder às necessidades culturais do paciente ou da família?
6. Como você definiria competência cultural?
7. Qual você considera a influência mais importante no desenvolvimento da competência cultural?
8. Como você pode definir compaixão?
9. Você considera importante a compaixão na enfermagem?
10. Como você demonstra compaixão e competência cultural em sua prática diária?
11. Você acha que, nestes tempos de pandemia pela COVID-19, você praticou atos de compaixão com seus pacientes, com família deles ou seus colegas de trabalho?
12. Você gostaria de acrescentar algo?

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Gostaria de convidar-lhe a participar de uma pesquisa intitulada “**Competência Cultural de Enfermeiros no Cuidado de Populações Vulneráveis**”. Trata-se um estudo realizado por mim, Nathalya Casallas Hernandez, aluna de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, sob a orientação da Professora Dra. Maria José Menezes Brito. Ambas responsáveis pela integridade e bem-estar dos participantes da pesquisa durante a execução da mesma.

O objetivo do estudo é **compreender o processo de construção da competência cultural de enfermeiros que cuidam das populações vulneráveis numa Unidade de Pronto Atendimento em Belo Horizonte, Brasil**. Trata-se de uma pesquisa qualitativa em que a coleta de dados será realizada por meio de entrevista com roteiro semiestruturado e observação. Você está sendo convidado por ser enfermeiro da UPA e, portanto, tem consigo vivências e experiências capazes de agregar informações essenciais e singulares à investigação. Os benefícios dessa pesquisa, mesmo que de forma indireta, fortalecem **o corpo de conhecimento da enfermagem transcultural e criaram novas maneiras de cuidar com qualidade na sociedade multicultural**. Sua participação não envolve riscos físicos, pois não se trata de estudo que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou procedimento. No entanto, o caráter interacional da coleta de dados envolve possibilidade de desconforto, de modo que você poderá se recusar a participar ou deixar de responder a qualquer questionamento, que por qualquer motivo não lhe seja conveniente.

Você será convidado a responder sobre o seu cotidiano de trabalho, alguns conceitos aplicados na prática de enfermagem e sua experiência profissional. As respostas serão dadas por meio da entrevista que pode ser presencial ou on-line, através da plataforma Zoom, em data e horário escolhidos por você. Em caso presencial, a entrevista será realizada em uma sala privativa na UPA onde você trabalha, buscando manter o sigilo das informações coletadas. Se você decidir que será on-line, receberá esse termo com antecedência pelo e-mail, fará a leitura do mesmo e caso concorde em participar, deverá enviar à pesquisadora uma via com assinatura digital. Será indispensável que no momento da entrevista você procure uma sala privada, que possibilite realizar uma entrevista sem interrupções e para manter o sigilo das informações. As pesquisadoras protegerão a privacidade e a confiabilidade do participante e os dados durante a execução da entrevista. As suas respostas serão gravadas por meio dos aplicativos que serão utilizados para que a transcrição da entrevista seja fiel às respostas que você deu. Você poderá escutá-la, se assim o desejar. A entrevista terá duração média de 40 minutos.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para a compreensão do processo de construção da competência cultural em enfermeiros, constituída no cotidiano da assistência nos serviços de saúde, portanto se realizará a observação de situações cotidianas, o contexto, a interação, os comportamentos, as atitudes e a comunicação durante a prestação do cuidado ao paciente.

A sua colaboração é voluntária e fundamental para a realização desta pesquisa. A pesquisa se orientará e obedecerá aos cuidados éticos expressos na Resolução nº 466/12 e nº 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde, considerado o respeito aos participantes e as Instituições participantes, em todo processo investigativo. Além disso, terá a garantia de que os dados fornecidos serão confidenciais e os nomes dos participantes não serão identificados em nenhum momento, a imagem individual e institucional serão protegidas, assim como serão respeitados os valores individuais ou institucionais manifestos.

Se tiver alguma dúvida em relação ao estudo antes ou durante seu desenvolvimento, ou desistir de fazer parte dele, poderá entrar em contato comigo pessoalmente (formas de contato abaixo informadas), sem ônus ou prejuízos. As entrevistas gravadas e os dados de observação registrados em diários de campo ficarão sob a guarda dos pesquisadores acima citadas, em seu setor de trabalho na Universidade envolvida por um período de cinco anos. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores e participantes. Os dados serão utilizados em publicações científicas derivadas do estudo ou em divulgações em eventos científicos.

Gostaria de contar com a sua participação na pesquisa. No caso de aceitar tal convite, peço que preencha o seguinte campo: Eu.....fui informado(a) dos objetivos, dos procedimentos, dos riscos e dos benefícios desta pesquisa, conforme descritos acima. Compreendendo tudo o que foi esclarecido sobre o estudo a que se refere este documento, sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário(a) e autorizo o registro das informações fornecidas por mim, para serem utilizadas integralmente ou em partes, desde a presente data.

Recebi **uma via** deste termo e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Assinatura _____ do
participante _____

Assinatura da pesquisadora responsável _____, _____ de
_____ de 2020.

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar os Pesquisadores Responsáveis:

COEP- Comitê de Ética em Pesquisa – Profª Drª Maria José Menezes Brito - Escola de
UFMG - Av. Antônio Carlos, 6627 –Prédio Enfermagem da UFMG: Av. Alfredo Balena, 190
da Reitoria- 7º andar - Sala 7018 - Bairro - 5º andar - Sala 514 - Campus Saúde Belo
Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil - Horizonte, MG - Brasil - CEP 30130-100 Fone:
CEP: 31.270-901- E-mail: (31) 3409-9849
coep@prpq.ufmg.br Telefax: (31) 3409- E-mail: mj.brito@globocom / **Nathalya**
4592. E-mail: ncasallash@unal.edu.co / **Casallas Hernandez** - fone (31) 994692022/ E-
mail: ncasallash@unal.edu.co

ANEXO 1

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (COEP)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COMPETÊNCIA CULTURAL DE ENFERMEIROS NO CUIDADO A POPULAÇÕES VULNERÁVEIS. **Pesquisador:** Maria José Menezes Brito **Área Temática:**

Versão: 2

CAAE: 31885420.3.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.249.999

Apresentação do Projeto:

Trata-se de diligência para ajustes de projeto de pesquisa, cronograma e TCLE que buscará conhecer como é a construção de conhecimento de enfermeiros que atuam com populações vulneráveis, em uma UPA de Belo Horizonte. Serão feitas entrevistas agendadas ou online e apresenta TCLE.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender o processo de construção da competência cultural de enfermeiros que cuidam de populações vulneráveis numa Unidade de Pronto atendimento em Belo Horizonte, Brasil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O tipo de estudo não expõe os sujeitos a riscos físicos, porém prevê que, devido ao caráter interacional da coleta de dados, pode haver desconforto e esclarece que o profissional poderá se recusar a participar ou deixar de responder a qualquer questionamento que, por qualquer motivo, não lhe seja conveniente.

Poderá trazer benefícios indiretos aos profissionais de enfermagem, uma vez que seus resultados poderão ser utilizados para fortalecer o corpo de conhecimento da equipe e criar novas maneiras de cuidar com qualidade na sociedade multicultural. Poderá contribuir para a melhoria contínua nos serviços de saúde, visto que o cuidado baseado nos valores, crenças e tradições dos usuários, contribui com a satisfação profissional e empoderamento da enfermagem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A Carta resposta esclarece todas as modificações realizadas no projeto e TCLE. Não serão utilizados dados de prontuários e os resultados serão obtidos das entrevistas a serem realizadas com os profissionais enfermeiros, atendendo a todas as recomendações da resolução 466/2012.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Com as modificações/esclarecimentos no projeto elucidaram o tipo de estudo, confirmando-se que este apresenta a documentação necessária, não sendo necessário inclusão de novos documentos. Os ajustes no TCLE atendem as exigências para realização do estudo.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1544500.pdf	18/08/2020 14:26:07		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhado__Agosto20.pdf	18/08/2020 14:24:25	Maria José Menezes Brito	Aceito
Cronograma	Cronograma_Atualizado_Agosto20.pdf	18/08/2020 14:21:56	Maria José Menezes Brito	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_AGOSTO20.pdf	18/08/2020 14:21:16	Maria José Menezes Brito	Aceito

Página 02 de

Continuação do Parecer: 4.249.999

Outros	CartaRespostaParecer_Agosto20.pdf	18/08/2020 14:20:30	Maria José Menezes Brito	Aceito
--------	-----------------------------------	------------------------	--------------------------	--------

Outros	PARECERDETALHADOPROFISABELA CANCIO.pdf	08/05/2020 20:06:40	Maria José Menezes Brito	Aceito
Outros	CARTARESPUESTADOPARECERISTA ENA.pdf	08/05/2020 20:03:32	Maria José Menezes Brito	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoCasallasHernandez.pdf	23/04/2020 11:06:34	Maria José Menezes Brito	Aceito
Outros	RoteiroEntrevistaSemiestruturadaCASA LLAS.pdf	22/04/2020 22:19:38	Maria José Menezes Brito	Aceito
Outros	ParecerDptoEnfCASALLAS.pdf	22/04/2020 22:17:58	Maria José Menezes Brito	Aceito
Orçamento	ORCAMENTONathalyaCasallasHernand ez.pdf	22/04/2020 22:14:26	Maria José Menezes Brito	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 31 de Agosto de 2020

Assinado por:
Críssia Carem Paiva Fontainha
(Coordenador(a))