UFSM
REUFSM
REVISTA DE ENFERMAGEM DA UFSM
ISSN 2179-7692
ACESSO ABERTO
Rev. Enferm. UFSM, v.16, e15, p.1-18, 2026 •
Submissão: 01/11/2025 • Aprovação: 27/07/2026 • Publicação: 19/08/2026
Artigo original

Competência cultural de enfermeiros no cuidado à mulher-mãe e seu filho durante a hospitalização

Cultural competence of nurses in caring for women-mothers and their hospitalized children

Competencia cultural de los enfermeros en el cuidado de la mujer-madre y de su hijo durante la hospitalización

Karin Rosa Persegona Ogradowski[I, II], Davi Paula da Silva[I, II], Tatiane Herreira Trigueiro[I], Marilene Loewen Wall[I]

[I] Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil
[II] Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba, Paraná, Brasil

Resumo

Objetivo: Descrever o processo de desenvolvimento da competência cultural vivenciado por enfermeiros no cuidado à mulher-mãe e seu filho, à luz dos constructos do Modelo de Cuidado de Competência Cultural de Enfermeiros. **Método:** Estudo qualitativo realizado por meio de entrevista semiestruturada e análise temática com classificação hierárquica descendente, apoiada no uso do *software* IRAMUTEQ®. **Resultados**: Participaram 20 enfermeiros que prestavam cuidado direto e indireto à mulher-mãe e filho e foram identificadas seis classes distintas, as quais receberam a nomenclatura apoiada no referencial teórico adotado. **Conclusão:** O desenvolvimento da competência cultural de enfermeiros inicia-se fundamentalmente com o desejo genuíno de cuidar de mulheres-mães e seus filhos com diversidade étnico-cultural, com consciência sobre a própria cultura, buscando conhecer e levantar informações de forma habilidosa que visem à avaliação de enfermagem adequada, contornando as barreiras estruturais e comunicacionais que se apresentam no encontro entre o enfermeiro e a mulher-mãe com seu filho hospitalizado.
Descritores: Cuidados de Enfermagem; Hospitalização; Modelos de Assistência à Saúde; Competência Cultural; Saúde Materno-Infantil

Abstract

Objective: To describe the process through which nurses develop cultural competence in caring for women-mothers and their hospitalized children, based on the constructs of the Nurses' Cultural Competence Care Model. **Method:** This qualitative study was conducted using semi-structured interviews and thematic analysis with descending hierarchical classification, supported by the *IRAMUTEQ*® software. **Results**: Twenty nurses involved in providing direct and indirect care to women-mothers and their children participated in the study. Six distinct thematic classes were identified and named according to the adopted theoretical framework. **Conclusion:** The development of nurses' cultural competence begins with a genuine willingness to provide

Artigo publicado por Revista de Enfermagem da UFSM sob uma licença CC BY.

culturally sensitive care to women-mothers and their children from diverse ethnic and cultural backgrounds. This process requires awareness of one's own culture, the active pursuit of cultural knowledge, and the skillful collection of information to support appropriate nursing assessment while overcoming the structural and communication barriers that arise in interactions between nurses and women-mothers with their hospitalized children.
Descriptors: Nursing Care; Hospitalization; Healthcare Models; Cultural Competency; Maternal and Child Health

Resumen

Objetivo: Describir el proceso de desarrollo de la competencia cultural de los enfermeros en el cuidado de la mujer-madre y de su hijo hospitalizado, a la luz de los constructos del Modelo de Competencia Cultural para el Cuidado de Enfermería (Nurses' Cultural Competence Care Model). **Método:** Estudio cualitativo realizado mediante entrevistas semiestructuradas y análisis temático con clasificación jerárquica descendente, apoyado por el software IRAMUTEQ®. **Resultados:** Participaron 20 enfermeros que brindaban atención directa e indirecta a la mujer-madre y a su hijo. Se identificaron seis clases temáticas diferenciadas, denominadas de acuerdo con el marco teórico adoptado. **Conclusión:** El desarrollo de la competencia cultural de los enfermeros comienza con una disposición genuina para brindar una atención culturalmente sensible a mujeres-madres y a sus hijos pertenecientes a diversos contextos étnicos y culturales. Este proceso requiere conciencia de la propia cultura, la búsqueda activa de conocimientos culturales y la recopilación hábil de información para fundamentar una valoración de enfermería adecuada, superando las barreras estructurales y de comunicación que surgen en la interacción entre el enfermero y la mujer-madre con su hijo hospitalizado.
Descriptores: Atención de Enfermería; Hospitalización; Modelos de Atención de Salud; Competencia Cultural; Salud Materno-Infantil

Introdução

A Enfermagem possui em suas bases conceituais e científicas o processo de cuidar da mulher-mãe e seu(sua) filho(a) em sua integralidade, envolvendo os aspectos biológicos, sociais e culturais que influenciam no processo de saúde e doença.[1] Diante do crescente fluxo migratório global, um dos fenômenos mais marcantes da contemporaneidade e que reconfigura as dinâmicas sociais e de saúde em escala mundial, a Enfermagem é convocada a assumir um papel central no cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), especialmente no que tange à promoção da saúde e bem-estar (ODS 3) e à redução das desigualdades (ODS 10) para todas as populações, incluindo as mais vulneráveis.[1-2]

A identidade cultural da mulher-mãe e seu filho se torna particularmente fluida e complexa no contexto da pós-modernidade e dos processos migratórios, e influencia diretamente a percepção sobre saúde, doença e cuidado, demandando uma abordagem sensível e adaptada por parte do enfermeiro.[2-3] Diante deste contexto, os enfermeiros devem desenvolver competência cultural para o cuidado em face das mudanças demográficas e econômicas, em países em desenvolvimento e em um mundo multicultural, com os desafios das desigualdades de longa data no estado de saúde de pessoas de diferentes origens étnicas e culturais. O Modelo de Competência Cultural é apresentado como uma estrutura para o desenvolvimento e implementação de serviços de saúde culturalmente responsivos.[4-9]

Esse modelo conta com quatro domínios ou constructos, sendo eles:

1) Consciência Cultural (*Cultural Awareness*), que se refere à compreensão de si mesmo e de como a cultura influencia sua visão de mundo e seus preconceitos.

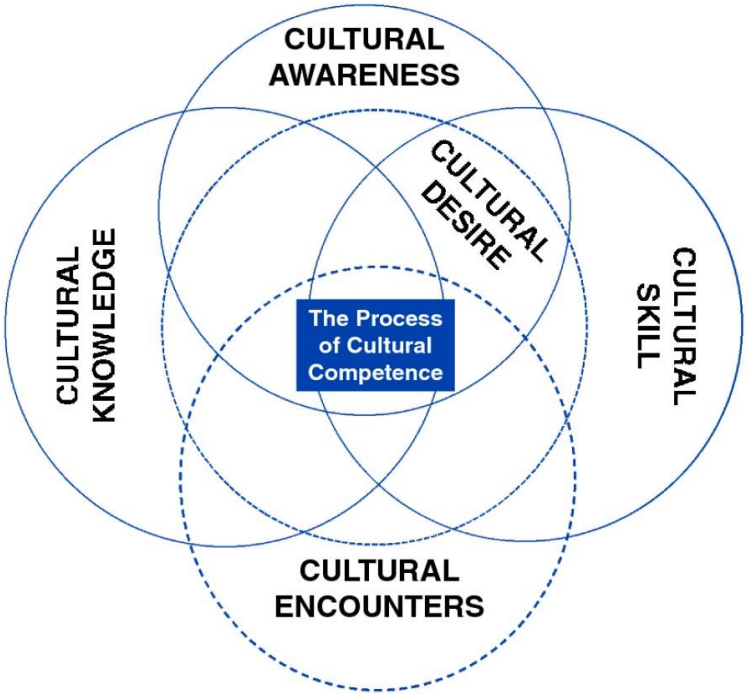
2) Conhecimento Cultural (*Cultural Knowledge*), que incorpora compreender a situação e o sistema de crenças de outra pessoa, buscando o conhecimento sobre aspectos biológicos, étnicos, hereditários e genéticos que possam influenciar em suas necessidades e no processo saúde/doença.

3) Habilidade Cultural (*Cultural Skill*), que se refere à capacidade de coletar dados que sejam peculiares a pacientes de determinada cultura, visto que a percepção sobre saúde e doença é diferente para cada indivíduo. Recomenda-se que os enfermeiros utilizem ferramentas de avaliação que promovam a coleta de informações sobre as crenças e valores dos pacientes, de forma sensível.

4) Encontros Culturais (*Cultural Encounters*), que se refere à crença de que existem variações entre os grupos, portanto, perceber isto se torna importante ao revisar o que é conhecido por diferentes grupos culturais, evitando estereótipos.

O quinto constructo, Desejo Cultural (*Cultural Desire*), foi desenvolvido posteriormente, e descrito como a motivação e o desejo de trabalhar com diferentes grupos culturais e de se engajar no processo de desenvolvimento da competência cultural. Afirma que, sem o desejo cultural, os demais constructos permanecem incompletos na jornada para o desenvolvimento da competência cultural, conforme ilustrado pela Figura 1.[10]

Figura 1 – Modelo do processo de competência cultural[10]



Para tanto, no contexto assistencial e de gestão materno-infantil e pediátrico, cuidados culturalmente competentes ou responsivos são oportunidades terapêuticas que promovem a mediação entre o conhecimento popular e o profissional para alcançar o bem-estar e a satisfação de pacientes e sua família. Ainda, são referidos como uma evidência para o cuidado efetivo, sendo inegável que apoiar programas de educação permanente que visem ao desenvolvimento da competência cultural por enfermeiros é necessário para enfrentar os desafios do cuidado de enfermagem em uma sociedade global, multicultural e diversa.[9-11]

Considerando a importância do desenvolvimento da competência cultural por enfermeiros para a promoção de cuidados culturalmente responsivos, o presente estudo teve como objetivo descrever o processo de desenvolvimento da competência cultural vivenciado por enfermeiros no cuidado à mulher-mãe e seu filho, à luz dos constructos do Modelo de Cuidado de Competência Cultural de Enfermeiros.

Método

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva de abordagem qualitativa, apoiada no referencial teórico e nos constructos do Modelo de Cuidado de Competência

Cultural de Enfermeiros,[10] seguindo as Diretrizes de Critérios Consolidados para Relatos de Pesquisa Qualitativa.[12]

A pesquisa foi desenvolvida em hospital exclusivamente pediátrico, de grande porte, situado no Município de Curitiba, Estado do Paraná, que atende pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), convênios e particulares. Atualmente, está entre os 250 melhores hospitais especializados do mundo, *ranking* elaborado pela revista norte-americana *Newsweek*, ocupando posição entre os 70 melhores hospitais pediátricos em nível mundial, e o primeiro lugar entre os hospitais brasileiros. Possui 460 leitos das mais diversas especialidades pediátricas, sendo uma referência para o atendimento no Brasil e na América Latina.[13]

Pela amplitude de sua cobertura, é uma referência para o atendimento especializado, recebendo pacientes de diferentes grupos étnicos e culturais, migrantes e imigrantes. Portanto, os enfermeiros realizam cuidados diante da diversidade étnica e cultural das mulheres-mães e seus filhos, conferindo-lhes a experiência do cuidado e encontros culturais, tornando-se o contexto adequado para a presente pesquisa.

Para adentrar na relação que o participante estabelece com o fenômeno, foi necessário compreender e explorar o contexto, a dimensão que esse problema ou questão humana significa para cada participante, processo desenvolvido por meio de entrevista semiestruturada e gravada.[14]

Como critério de inclusão, adotou-se: enfermeiros atuantes na instituição há pelo menos 6 meses, considerando o tempo de experiência e a adaptação ao contexto de atuação para a prática profissional; e como critério de exclusão: enfermeiros impossibilitados de participar do estudo por estarem em período de férias, licença ou ausentes no momento da coleta das informações. O número de entrevistados não havia sido pré-definido, utilizando-se o critério de saturação teórica, que prevê a interrupção da coleta de informações a partir da constatação de que elementos novos não subsidiaram mais a teorização almejada.[15]

Foi realizada entrevista semiestruturada com 20 enfermeiros atuantes no cuidado à mulher-mãe e seu filho durante a hospitalização, por meio de um instrumento construído com base nos constructos do Modelo de Cuidado de Competência Cultural de Enfermeiros.[10,14] Ele era composto por perguntas relacionadas ao perfil dos participantes, totalizando oito questões objetivas, seguidas de 13 perguntas abertas, que visaram explorar a experiência dos participantes sobre o processo de desenvolvimento da competência cultural

no cuidado à mulher-mãe e seu filho durante a hospitalização. Para manter o anonimato, as entrevistas se identificaram pelo código "Enf" seguido de um numeral indicativo da ordem das entrevistas: Enf1, Enf2 [...] Enf20. Participaram todos aqueles que o aceitaram voluntariamente, após o esclarecimento quanto à finalidade, metodologia, direito de livre acesso dos dados e à possibilidade de desistir da participação a qualquer momento. O consentimento e a concordância com a pesquisa ocorreram mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As entrevistas foram realizadas em ambiente privativo, nas dependências da instituição contexto da pesquisa, e tiveram duração média de 30 minutos, totalizando 10 horas de coleta das informações ao longo de 22 dias de entrevistas, no período de outubro e novembro de 2024. Após o cumprimento dos aspectos éticos, solicitou-se o consentimento para a gravação em áudio da fala dos participantes. Durante o momento da entrevista, os demais membros da equipe de enfermagem garantiram a assistência aos pacientes.

As informações foram analisadas à luz do Modelo de Competência Cultural de Enfermeiros[10] e das etapas da análise temática proposta por Creswell e Creswell,[14] o que permitiu interpretar e extrair sentido das informações obtidas conforme o conhecimento do pesquisador sobre a temática, e assim fazer comparações com a literatura existente. Para apoiar a codificação das informações utilizou-se o *software* qualitativo *Interface de R pourles Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*® (IRAMUTEQ).[14,16]

Para a análise lexical pelo IRAMUTEQ, o *corpus* textual foi previamente preparado conforme as recomendações do *software*, com padronização ortográfica, correção de inconsistências gramaticais, uniformização de termos compostos com o uso do traço baixo (por exemplo, "mulher_mãe") e exclusão de caracteres especiais que pudessem interferir no processamento. As entrevistas foram organizadas em um único *corpus* textual, contendo as falas dos participantes de forma contínua, sem a explicitação prévia de categorias teóricas. O método de segmentação adotado foi por ocorrências, com tamanho de segmento de texto fixado em 37 palavras, resultando na divisão do *corpus* em segmentos analisáveis pelo *software*. Cada entrevista foi identificada como uma Unidade de Contexto Inicial (UCI), permitindo sua posterior fragmentação em Unidades de Contexto Elementar (UCEs). Esse procedimento contribuiu para um elevado aproveitamento do *corpus* (90,16%), considerado adequado para a robustez da análise lexical.

Destaca-se que a identificação e nomeação das classes resultantes da Classificação Hierárquica Descendente foram realizadas *a posteriori*, com base na interpretação dos conteúdos lexicais gerados pelo IRAMUTEQ. Somente após a emergência das classes, procedeu-se à sua articulação com o referencial teórico do Modelo de Competência Cultural,[10] configurando uma abordagem analítico-interpretativa de natureza indutiva, seguida de interpretação teórica. Essa estratégia possibilitou maior fidelidade aos dados empíricos, ao mesmo tempo em que fortaleceu a consistência teórica dos achados.

Todas as etapas deste estudo estão de acordo com a Resolução nº 466/2012, que trata das questões éticas envolvidas em pesquisas com seres humanos.[17] Ele foi submetido para apreciação no Comitê de Ética em Pesquisa, referendado em março de 2024, CAAE 22534819.8.0000.0102, com aprovação em abril de 2024, sob o Parecer nº 6.786.250.

Resultados

A partir da análise da caracterização sociodemográfica e profissional dos 20 participantes do estudo, verificou-se que a maioria era do sexo feminino (95%), enquanto apenas um participante era do sexo masculino (5%). A idade dos enfermeiros variou de 24 a 51 anos, com média de 35,8 ± 9,2 anos. Em relação à nacionalidade, 19 eram brasileiros e um era venezuelano.

Observou-se que quatro profissionais eram migrantes, sendo três provenientes de diferentes regiões do Brasil e um, de outro país. O tempo de atuação profissional variou de 1 a 19 anos, com média de 9,7 ± 5,3 anos. Quanto ao tempo de trabalho na instituição atual, um hospital pediátrico, identificou-se média de 6,9 ± 4,8 anos.

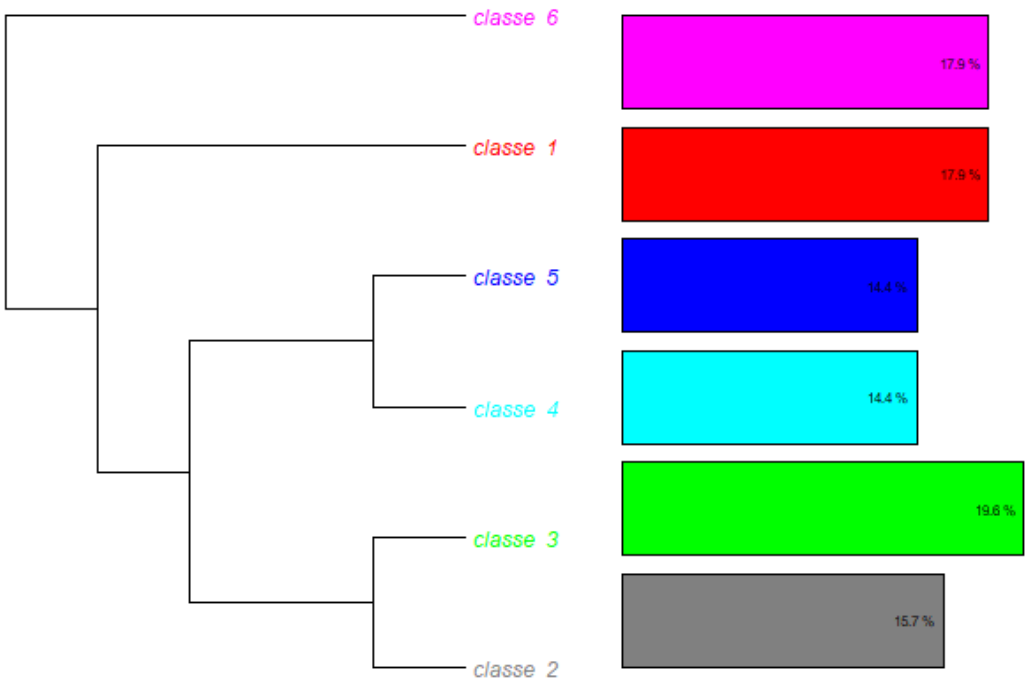
No que se refere ao domínio linguístico, 11 enfermeiros falavam apenas uma língua, correspondente à língua de origem, nove relataram falar duas, oito falavam três, dois falavam quatro e um participante declarou falar cinco línguas. Sobre o tipo de atuação, 16 enfermeiros (80%) desempenhavam funções de assistência direta ao paciente, nas unidades de terapia intensiva pediátrica, internação e ambulatórios, enquanto quatro (20%) exerciam atividades de assistência indireta, relacionadas à coordenação e gestão de serviços.

No que tange à análise de conteúdo lexical pelo método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), foram identificadas, por meio do *software* IRAMUTEQ, 20 linhas de comando no *corpus* textual, correspondentes à quantidade de entrevistas analisadas. O

software dividiu os textos em 254 segmentos de texto (STs), com aproveitamento de 229 STs (90,16%). Emergiram 8.429 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos). Foram reconhecidas 1.608 formas reduzidas e identificadas 1.054 lematizações, que correspondem às reduções das palavras com base em suas raízes. Dentre essas, 965 foram classificadas como formas ativas, ou seja, palavras analisáveis que expressam sentido, e 80, como formas suplementares.

A partir dos segmentos de texto analisados, o conteúdo foi categorizado em seis classes de respostas, associadas aos constructos de competência cultural dos enfermeiros e às barreiras para o desenvolvimento dessa competência. As classes foram distribuídas da seguinte forma: Classe 1, com 41 segmentos de texto (17,9%); Classe 2, com 36 segmentos de texto (15,72%); Classe 3, com 45 segmentos de texto (19,65%); Classe 4, com 33 segmentos de texto (14,41%); Classe 5, com 33 segmentos de texto (14,41%); e Classe 6, com 41 segmentos de texto (17,9%), conforme demonstrado na Figura 2.

Figura 2 – Dendrograma com a organização das classes geradas na partição do *corpus* pelo método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) do Iramuteq. Brasil, 2025

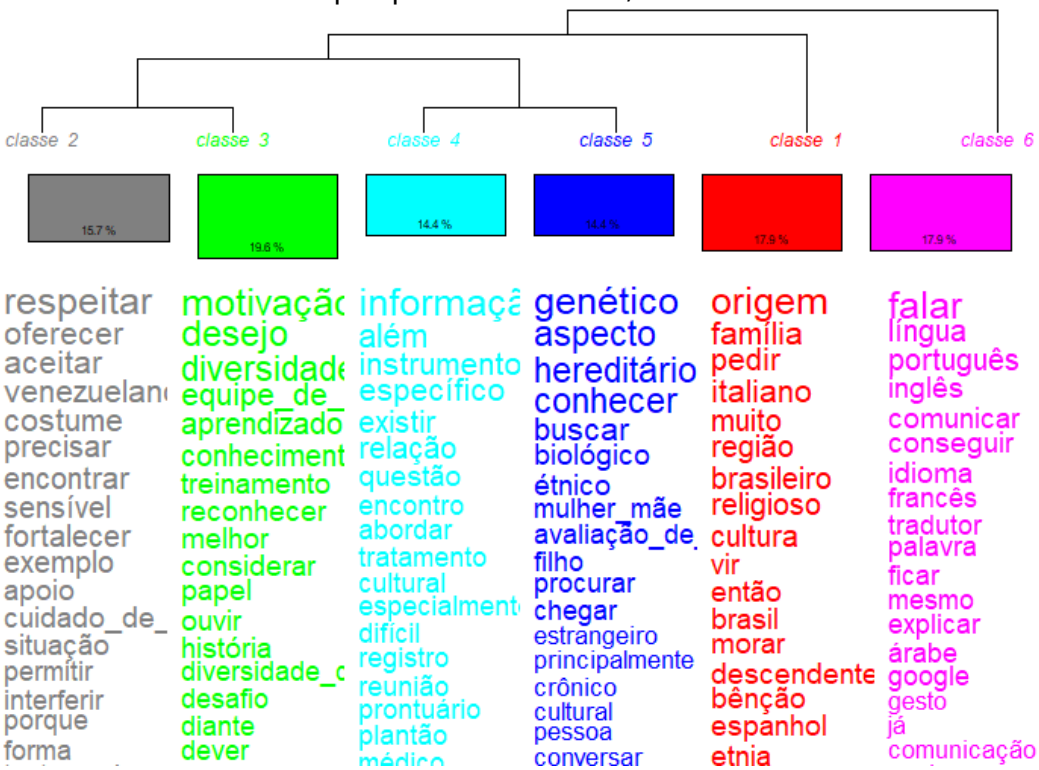


O dendrograma apresentado foi analisado da direita para a esquerda, evidenciando que, em um primeiro momento, houve uma partição do *corpus* gerando a classe 6. Em seguida, uma segunda partição gerou a classe 1. Posteriormente, as classes 2 e 3 e as classes 4 e 5 se formaram.

Conforme observado na CHD, as classes 4 e 5 apresentaram relação entre si, assim como as classes 2 e 3. A proximidade entre as classes 4 e 5 indica que o desenvolvimento da habilidade cultural se fundamenta no conhecimento cultural previamente adquirido. De maneira semelhante, as classes 2 e 3 refletem o desejo cultural e o encontro cultural, evidenciando que, para que ocorra o encontro cultural, é necessário que exista previamente o desejo. A classe 1, por sua vez, não se relaciona diretamente com o contato com o paciente, mas representa a autorreflexão sobre as próprias origens do entrevistado, influenciando sua atuação profissional. Por fim, a classe 6 aparece ascendendo às demais, sinalizando que barreiras comunicacionais e estruturais podem impedir a consolidação da competência cultural.

Na Figura 3, são apresentados os conteúdos lexicais com maiores valores de qui-quadrado, ou seja, com maior associação entre as classes.

Figura 3 – Dendograma com a distribuição das classes e os conteúdos lexicais com os maiores valores de qui-quadrado. Brasil, 2024



No dendrograma encontra-se a seleção das primeiras 17 palavras dos segmentos de texto típicos de cada classe, tendo como critério de seleção a ordem decrescente de associação baseada no valor de X2 e a classe.

A partir das seis classes identificadas, emergiram seis grandes temas. O primeiro, representado pela Classe 6, denominou-se "Barreiras Comunicacionais e Estruturais", por retratar os desafios práticos e estruturais no processo comunicativo intercultural, bem como as dificuldades linguísticas, a ausência de tradutores e as limitações institucionais como barreiras à efetivação do cuidado culturalmente responsivo, conforme demonstram os depoimentos dos enfermeiros entrevistados:

> *Eu não falo outras línguas e isso me deixa insegura como enfermeira. Recorro a recursos como a escrita, gestos e falas pausadas para me comunicar com a mulher-mãe e seu filho. (Enf_11)*

> *Já realizei o cuidado à mulher-mãe árabe e seu filho, e foi um grande desafio, porque ela não falava português, e foi necessário utilizar o aplicativo de tradução do celular. (Enf_16)*

> *Já passamos por situações desafiadoras, como um paciente que falava mandarim e não havia intérprete disponível. Usamos o Google Tradutor para conseguir nos comunicar. Em outro caso, paciente haitiano, em que pude contar com um colega enfermeiro que falava francês. Às vezes, a própria família atua como tradutora. (Enf_9)*

> *A mulher-mãe e seu filho indígena possuem rituais, crenças e práticas próprias. Como enfermeira tive dificuldade de comunicação ao internarem, pois falavam apenas guarani. Com o passar do tempo e a convivência diária conseguimos melhorar a comunicação, uma aprendendo a língua da outra. (Enf_17)*

O segundo tema, representado pela Classe 1, denominou-se "Consciência Cultural". Esta classe expressa a autorreflexão sobre os próprios valores, crenças e preconceitos dos entrevistados. Essa consciência é descrita como o ponto de partida para a competência cultural, de acordo com o Modelo de Cuidado de Competência Cultural.[10]

> *Quanto à minha origem, minha família é portuguesa, meus pais vieram adolescentes de Portugal. A minha cultura é bem religiosa, ao chegar em casa, devo pedir a bênção aos mais velhos. (Enf_20)*

> *Minha origem étnica e cultural é italiana e africana, o que me faz compreender e valorizar as diferenças culturais de forma mais ampla. (Enf_4)*

> *Sou descendente de italiano e de pessoas escravizadas, portanto, sou uma mistura de muitas raças e etnias. (Enf_18)*

O terceiro tema, representado pela Classe 5, denominou-se “Conhecimento Cultural”. Esta classe refere-se ao conhecimento teórico e científico sobre fatores culturais, étnicos e biológicos que influenciam no cuidado.

> *Quando a mulher-mãe e o filho chegam, realizamos a Avaliação de Enfermagem e solicitamos exame genético. (Enf_18)*

> *Eu busco conhecer os aspectos étnicos, culturais, genéticos e hereditários da mulher-mãe e seu filho, pois acredito que eles interferem na visão de mundo e no cuidado de Enfermagem. (Enf_1)*

O quarto tema, representado pela Classe 4, denominou-se “Habilidade Cultural”. Esta classe reflete a aplicação prática do conhecimento e das habilidades adquiridas e o uso de estratégias e instrumentos para lidar com situações culturalmente diversas.

> *Não existe um instrumento formal para registrar os aspectos culturais, a comunicação é o principal meio de obter essas informações. (Enf_9)*

> *Como enfermeira, utilizo um instrumento específico para essas informações sobre os aspectos culturais, com perguntas hereditárias, genéticas e culturais, que ficam em anexo ao prontuário do paciente. (Enf_3)*

> *Não há um instrumento para identificar os aspectos culturais durante a avaliação de enfermagem, mas as informações são registradas no prontuário do paciente. A avaliação de enfermagem realizada pela enfermeira é um momento valioso para identificar a diversidade cultural na internação, evitando dificuldades ao longo do tratamento. (Enf_1)*

A Classe 2, por sua vez, denominou-se “Encontros Culturais”. Esta classe representa o contato direto com a mulher-mãe e seu filho com diversidade étnica e cultural, de diferentes origens e valores culturais.

> *Já encontrei dificuldade na comunicação com uma mulher-mãe e seu filho indígena em relação a medicamentos, horários e doses. Fiz uma reunião com eles e, a partir deste encontro, surgiu a ideia de produzirmos [a enfermeira e a equipe de enfermagem] uma cartilha lúdica, organizada por tipo de remédio, horários e refeições, para facilitar a comunicação. (Enf_17)*

> *Acredito que, quando nos dispomos ao encontro cultural, criamos conexão com a mulher-mãe e seu filho. A equipe já está conectada com os valores do hospital e atende à mulher-mãe e seu filho brasileiro com a mesma empatia que atende a mulher-mãe e seu filho com diversidade étnica e cultural. (Enf_19)*

> *Para certas culturas, o tratamento não é o caminho de cura, mas sim a fé, a oração, o chá natural, o padre, o pastor ou o ritual religioso, que representam esperança. Nos encontros culturais, é comum, como enfermeira, precisar lidar com esse aspecto cultural. (Enf_13)*

O quinto tema, representado pela Classe 3, denominou-se “Desejo Cultural”. Esta classe expressa a vontade genuína dos enfermeiros de compreenderem a mulher-mãe e seu filho diante da diversidade étnico-cultural e se aprimorarem, partindo da motivação pessoal e do engajamento coletivo. O desejo cultural apresenta-se como um potente promotor do desenvolvimento da competência cultural, a partir de um movimento interno de disposição diante das diferenças étnico-culturais.

> *Não diria que existe motivação ou desejo em atender a mulher-mãe e seu filho com diversidade cultural, no sentido de algo que nos inspira. Mas há uma necessidade concreta. A diversidade étnica e cultural é uma realidade, e a Enfermagem precisa lidar com ela todos os dias. (Enf_9)*

> *Eu tenho desejo em trabalhar com a mulher-mãe e seu filho considerando seus aspectos sociais, culturais e socioeconômicos. Reconheço que nem todos os membros da equipe de enfermagem estão abertos a compreender o outro, e muitas vezes é necessário criar espaços de comunicação clara e direta, evitando constrangimentos ou julgamentos. (Enf_6)*

As classes apresentadas refletem o processo de desenvolvimento da competência cultural vivenciado pelos(pelas) enfermeiros(as) no cuidado à mulher-mãe e seu filho hospitalizado, caracterizando os constructos apresentados pelo Modelo de Cuidado de Competência Cultural.[10]

Discussão

O cuidado de enfermagem no contexto materno-infantil e pediátrico se constitui como uma resposta às necessidades da mulher-mãe e seu filho, com vistas à integralidade. Em um mundo cada vez mais globalizado e em sociedades intrinsecamente multiculturais, os profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros, são desafiados a prestar um cuidado que transcenda as barreiras linguísticas e as diferenças sociodemográficas.[3,9-10,18-19]

Barreiras comunicacionais retratam os desafios práticos e estruturais no processo comunicativo intercultural, bem como as dificuldades linguísticas, a ausência de tradutores e as limitações institucionais influenciam diretamente na efetivação do cuidado culturalmente responsivo por enfermeiros, resultando em incompreensões, limitações, recusa ou não aderência à proposta de cuidados.[18] Portanto, atuar em estratégias que visem minimizar o impacto das barreiras comunicacionais é imperativo

para se compreender o significado do cuidado atribuído pelas mulheres-mães e seus filhos, visando responder às suas necessidades, angústias e desejos.[2,10]

A autorreflexão de enfermeiros sobre os próprios valores, crenças e preconceitos, ou seja, sua consciência como um ser cultural, é apresentada e descrita como o ponto de partida para o processo de desenvolvimento da competência cultural.[10,20] A Consciência Cultural é crucial porque, sem ela, o enfermeiro tende a impor seus próprios valores e crenças (conscientemente ou não) sobre a mulher-mãe e seu filho, reduzindo a eficácia e a responsividade do cuidado. Não se trata de aprender sobre a cultura dos outros, mas sim de um processo de introspecção e autoconhecimento do próprio profissional.[10]

No processo de desenvolvimento da competência cultural, o constructo Conhecimento Cultural se apresenta como o conhecimento teórico e científico do enfermeiro sobre fatores culturais, étnicos e biológicos que influenciam no cuidado à mulher-mãe e ao seu filho. Para tanto, o Processo de Enfermagem,[21] por meio da Avaliação de Enfermagem, se torna um instrumento fundamental para a coleta destas informações, conforme apresentado pelos enfermeiros entrevistados. Apoiar-se na legislação vigente e desenvolver estratégias para a busca de informações que potencializem o cuidado diante da diversidade étnico-cultural torna-se, portanto, uma evidência para o processo contínuo de se tornar culturalmente competente.

A Habilidade Cultural é o terceiro constructo do Modelo de Competência Cultural de Enfermeiros[10] e representa a dimensão prática e de ação do processo de se tornar culturalmente competente. Reflete a aplicação prática da consciência, dos conhecimentos e habilidades adquiridos e o uso de estratégias e instrumentos para lidar com situações culturalmente diversas. Embora os enfermeiros entrevistados tenham apresentado diferentes formas de agir para esta busca, mencionaram o prontuário do paciente e a avaliação de enfermagem como fontes de informações, e a discussão com a equipe multiprofissional como um momento de troca de saberes.[21]

Trata-se, portanto, da capacidade do enfermeiro de coletar dados relevantes sobre o problema de saúde e de realizar avaliação de enfermagem que englobe a integralidade da mulher-mãe e seu filho quanto aos aspectos físico, psicológico, espiritual e cultural, de forma sensível e precisa. Envolve habilidades técnicas, linguísticas e o raciocínio clínico diante do planejamento das intervenções a serem realizadas.

O Encontro Cultural se configura como o quarto constructo no processo contínuo de desenvolvimento da competência cultural[10,20] e foi apresentado pelos enfermeiros entrevistados como o contato direto com a mulher-mãe e seu filho com diversidade étnica e cultural, de diferentes origens e valores culturais. Ou seja, é a experiência prática e direta que o enfermeiro tem ao interagir com mulheres-mães e seus filhos de diferentes culturas. O encontro cultural é um constructo fundamental e a "fonte de energia" para o processo de desenvolvimento da competência cultural, momento em que a consciência, conhecimento e habilidades culturais são aplicados, desafiados e aprimorados.[10]

O quinto constructo para o desenvolvimento da competência cultural é o Desejo Cultural,[10,19] apresentado como a vontade genuína, o desejo que transforma a técnica em cuidado humanizado e eficaz de enfermeiros para compreenderem a mulher-mãe e seu filho diante da diversidade étnico-cultural, partindo da motivação pessoal e promovendo o engajamento coletivo.

No entanto, o desejo pode partir da necessidade de cuidar, percebida pelos enfermeiros diante da mulher-mãe e seu filho com diversidade cultural. A necessidade pode despertar, impulsionar, potencializar o olhar humanizado e empático, promovendo o desejo cultural diante da diversidade.

O desejo cultural apresenta-se como um potente promotor do desenvolvimento da competência cultural, a partir de um movimento interno de prontidão diante das diferenças étnico-culturais.[10,19] Segundo a autora, no Modelo de Competência Cultural de Enfermeiros, o desejo cultural é considerado "a chave para desbloquear" o desenvolvimento da competência cultural, pois fornece a motivação necessária para engajar-se com os demais constructos, sendo eles a consciência, conhecimento, habilidade e encontros culturais.

Como limitações, embora o estudo se tenha proposto a descrever o processo de desenvolvimento da competência cultural de enfermeiros, ressalta-se que os resultados refletem as experiências de um grupo específico de 20 enfermeiros, de forma intencional, portanto, a generalização dos dados deve considerar a similitude de contexto, posto que a profundidade da análise foi priorizada em detrimento da amplitude de participantes. Ainda que se tenha buscado a saturação das informações coletadas por meio das entrevistas, é possível que a inclusão de participantes com perfis sociodemográficos ou profissionais

distintos pudesse trazer novas classes de análise. Por fim, as informações e experiências dos participantes estão profundamente enraizadas nos contextos cultural e organizacional, que podem influenciar nos resultados.

O desenvolvimento da competência cultural de enfermeiros por meio do Modelo de Cuidado de Competência Cultural[10] se apresenta como um importante contributo para a promoção de serviços de saúde culturalmente responsivos, no contexto materno-infantil e pediátrico. A competência cultural emerge não apenas como um diferencial, mas como um imperativo ético e profissional que representa a capacidade do enfermeiro de reconhecer, compreender e respeitar as crenças, valores e práticas de saúde de mulheres-mães pertencentes a culturas diversas, adaptando o Processo de Enfermagem para garantir relevância e aceitação. O Modelo de Cuidado de Competência Cultural de Enfermeiros tem o potencial para o aprimoramento das ações de cuidado diante da diversidade étnica e cultural, promovendo cuidados acessíveis e responsivos, colaborativos e interprofissionais, contribuindo com a redução das disparidades em saúde.

Conclusão

O presente estudo descreveu o processo de desenvolvimento da competência cultural de enfermeiros atuantes no contexto materno-infantil e pediátrico, à luz do Modelo de Cuidado de Competência Cultural. A análise lexical dos discursos dos enfermeiros permitiu identificar seis classes temáticas, que não apenas validaram os cinco construtos do modelo teórico – Consciência Cultural, Conhecimento Cultural, Habilidade Cultural, Encontros Culturais e Desejo Cultural –, mas também revelaram uma sexta classe de igual ou maior relevância prática, relacionada às barreiras comunicacionais e estruturais enfrentadas pelos participantes.

Os resultados demonstraram que o desenvolvimento da competência cultural é um processo contínuo, complexo e não linear. Embora o Desejo Cultural (Classe 3) e a Consciência Cultural (Classe 1) sejam promotores internos para o profissional, sua aplicação prática, materializada no Encontro Cultural (Classe 2) e na Habilidade Cultural (Classe 4), é diretamente mediada pelo Conhecimento Cultural (Classe 5). Contudo, houve a constatação de que Barreiras Comunicacionais e Estruturais (Classe 6) atuam como um obstáculo transversal, podendo impactar o desejo e a habilidade cultural do

enfermeiro. A falta de tradutores formais, a dependência de tecnologias (como aplicativos de celular) e a ausência de instrumentos institucionais para a avaliação de enfermagem intercultural interferem na obtenção de informações essenciais sobre os aspectos culturais da mulher-mãe e seu filho e, consequentemente, no processo de desenvolvimento da competência cultural do enfermeiro.

Conclui-se que, embora os enfermeiros demonstrem desejo e busquem ativamente desenvolver a competência cultural, muitas vezes impulsionados pela própria necessidade percebida no cuidado, eles estão limitados por um sistema que não oferece o suporte estrutural necessário. O cuidado culturalmente responsivo, portanto, não pode ser apenas meta individual, deve ser uma política institucional.

Referências

1. Taminato M, Fernandes H, Barbosa DA. Nursing and the Sustainable Development Goals (SDGs): an essential commitment. Rev Bras Enferm. 2023;76(6):e760601. doi: 10.1590/0034-7167.2023760601pt.

2. Campinha-Bacote J. Promoting health equity among marginalized and vulnerable populations. Nurs Clin North Am. 2024 Mar;59(1):109-20. doi: 10.1016/j.cnur.2023.11.009.

3. Hall S. A identidade cultural na pós-modernidade. 10ª ed. Rio de janeiro: DP&A; 2005.

4. Agrazal García J, McLaughlin de Anderson M, Gordón de Isaacs L. Beneficios del cuidado de enfermería con congruencia cultural en el bienestar y satisfacción del paciente. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2022 [acceso 2026 jul 31];38(2):e4218. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2022/cnf222n.pdf.

5. Coutinho E, Amaral S, Parreira MVBC, Chaves CB, Amaral O, Nelas P. Nurses-puerperal mothersinteraction: searchingfor cultural care. Rev Bras Enferm. 2019 jul;72(4):910-7. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0216.

6. Byrne D. Evaluating cultural competence in undergraduate nursing students using standardized patients. Teach Learn Nurs. 2020;15:57-60. doi: 10.1016/j.teln.2019.08.010.

7. Chen HC, Jensen F, Chung J, Measom G. Exploring faculty perceptions of teaching cultural competence in nursing. Teach Learn Nurs. 2020;15;1-6. doi: 10.1016/j.teln.2019.08.003.

8. Persaud S. Culturally congruent care in radiology nursing. J Radiol Nurs. 2021;40(3):227-31. doi: 10.1016/j.jradnu.2021.06.005.

9. Ogradowski KRP, Silva DP, Trigueiro TH, Wall ML. Competência cultural de enfermeiros(as): uma revisão de escopo. Rev Enferm UFSM. 2024;14:e29. doi: 10.5902/2179769287759.

10. Campinha-Bacote J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. J Transcult Nurs. 2002;13(3):181-4. doi: 10.1177/1045960201300300.

11. Tavallali AG, Jirwe M, Kabir ZN. Cross-cultural care encounters in paediatric care: minority ethnic parents' experiences. Scand J Caring Sci. 2017;31(1):54-62. doi: 10.1111/scs.12314. doi: https://doi.org/10.1111/scs.12314.

12. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. Acta Paul Enferm. 2021;34:1-9. doi: 10.37689/acta-ape/2021AO02631.

13. Newsweek Digital LLC. World's Best Specialized Hospitals 2025 [Internet]. 2026 [cited 2025 Oct 29]. Available from: https://rankings.newsweek.com/worlds-best-specialized-hospitals-2025/pediatrics.

14. Creswell JW, Creswell JD. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Penso; 2021. 398 p.

15. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad Saúde Pública. 2011 Feb;27(2):388-94. doi: 10.1590/S0102-311X2011000200020.

16. Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ [Internet]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2013 [acesso em 2025 out 31]. Disponível em: http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais.

17. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: CNS, 2012. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view. Acesso em: 10 set. 2025.

18. Leininger MM, McFarland MR. Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice. Vol. 3. New York: McGraw-Hill, Medical Pub. Division; 2002.

19. Campinha-Bacote J. Cultural desire: 'Caught' or 'taught'? Contemp Nurse. 2008;28(1-2):141-8. doi: 10.5172/conu.673.28.1-2.141.

20. Campinha-Bacote A, Campinha-Bacote J. Extending a model of cultural competence in health care delivery to the field of health care law. J Nurs Law. 2009;13(2):36-44. doi: 10.1891/1073-7472.13.2.36.

21. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília, DF: COFEN, 2024. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/. Acesso em: 22 jan. 2024.

Contribuições de autoria

1 – Karin Rosa Persegona Ogradowski
Autor Correspondente
Enfermeira, Doutora – karin.ogradowski@fpp.edu.br
Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito; Revisão e aprovação da versão final

2 – Davi Paula da Silva
Enfermeiro – davi.silva@ufpr.br
Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito; Revisão e aprovação da versão final

3 – Tatiane Herreira Trigueiro
Enfermeira, Doutora – tatiherreira@ufpr.br
Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito; Revisão e aprovação da versão final

4 – Marilene Loewen Wall
Enfermeira, Doutora – wall@ufpr.br
Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito; Revisão e aprovação da versão final

Editor-Chefe: Cristiane Cardoso de Paula
Editor Associado: Rosane Cordeiro Burla de Aguiar

Como citar este artigo

Ogradowski KRP, Silva DP, Trigueiro TH, Wall ML. Cultural competence of nurses in caring for women-mothers and their hospitalized children. Rev. Enferm. UFSM. 2026 [Access at: Year Month Day]; vol.16, e15:1-18. DOI: https://doi.org/10.5902/2179769294239