



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO**

**Dificuldades no atendimento a pacientes estrangeiros em  
Roraima: Na perspectiva da saúde do trabalhador**

**Stéfanie Angélica Gimenez Jarochinski Silva**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Joanir Pereira Passos**

**Rio de Janeiro - RJ**

**Novembro / 2017**

**STÉFANIE ANGÉLICA GIMENEZ JAROCHINSKI SILVA**

**Dificuldades no atendimento a pacientes estrangeiros em  
Roraima: Na perspectiva da saúde do trabalhador**

**Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Joanir Pereira Passos**

**Rio de Janeiro - RJ**

**Novembro / 2017**

S587 Silva, Stéfanie Angélica Gimenez Jarochiski  
Dificuldades no atendimento a pacientes  
estrangeiros em Roraima: Na perspectiva da saúde do  
trabalhador / Stéfanie Angélica Gimenez Jarochiski  
Silva. -- Rio de Janeiro, 2017.  
76f

Orientadora: Joanir Pereira Passos.  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do  
Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação  
em Enfermagem, 2017.

1. Enfermagem. 2. Comunicação. 3. Estrangeiros.  
I. Passos, Joanir Pereira, orient. II. Título.

**STÉFANIE ANGÉLICA GIMENEZ JAROCHINSKI SILVA**

**Dificuldades no atendimento a pacientes estrangeiros em  
Roraima: Na perspectiva da saúde do trabalhador**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito final para  
obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Joanir Pereira Passos**  
Presidente (UNIRIO)

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Patrícia Xavier Hommerding Frasson**  
1º Examinador (UVA)

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Nébia Maria Almeida de Figueiredo**  
2º Examinador (UNIRIO)

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza**  
Suplente (UERJ)

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Inês Maria Meneses dos Santos**  
Suplente (UNIRIO)

*Dedicatória*

*Para meus filhos Caio e Eric.*

## *Agradecimentos*

*Ao Júnior, meu marido e sustentáculo, agradeço por sempre estar ao meu lado, por sonhar meus sonhos, e por juntos conseguimos alcançá-los.*

*Aos meus pais, agradeço pelo apoio e por terem cultivado em mim o amor ao conhecimento.*

*À minha irmã, por todo o carinho e cuidados, especialmente nos momentos mais puxados dessa caminhada.*

*À minha querida orientadora, Professora Joanir, por ter acreditado nessa empreitada, me aceitado e embarcado na difícil tarefa de orientar à distância.*

*À todos os Professores do mestrado que contribuíram para minha formação.*

*Aos colegas do mestrado/ doutorado da Turma de Roraima pelo apoio e torcida.*

## RESUMO

SILVA, Stéfanie Angélica Gimenez Jarochinski. **Desafios e dificuldades no atendimento a pacientes estrangeiros em Roraima: Na perspectiva da saúde do trabalhador**. 2017. 76 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, Rio de Janeiro, 2017.

Este estudo teve por objeto discutir as dificuldades encontradas pelos enfermeiros do Hospital Geral de Roraima (HGR) quando do atendimento ao paciente estrangeiro, tendo em vista que se trata de um hospital de referência localizado em uma região fronteira, na qual o atendimento de pessoas oriundas de outros países é comum. Os objetivos foram descrever as dificuldades existentes na prestação de cuidados na visão do enfermeiro no atendimento ao paciente estrangeiro; discutir as dificuldades encontradas pelos enfermeiros na prestação do cuidado ao paciente estrangeiro na perspectiva da saúde do trabalhador. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. Os participantes da pesquisa foram 25 enfermeiros, de ambos os sexos, lotados no Hospital Geral de Roraima, na cidade de Boa Vista, momento em que havia um significativo aumento do atendimento de estrangeiros. Para a coleta dos dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada. Os dados selecionados foram avaliados segundo a análise de conteúdo de Bardin. Após análise dos dados foi possível identificar que a comunicação entre enfermeiro e paciente foi a principal dificuldade relatada pelos enfermeiros, além de se observarem uma série de sentimentos negativos em relação ao atendimento desse grupo de pacientes, tais como estresse, angústia, ansiedade, os quais podem afetar a saúde do trabalhador e a qualidade no cuidado. Conclui-se que os enfermeiros não estão preparados para assistir pacientes estrangeiros, dada as dificuldades encontradas no processo de cuidar de pacientes com diferenças culturais e linguísticas, fato este que tende a se tornar cada vez mais presentes na realidade do atendimento à saúde no estado de Roraima, o que pode colaborar com o surgimento de um sofrimento laboral, caso estratégias de apoio não sejam criadas.

**Descritores:** Enfermagem; Comunicação; Estrangeiros.

## ABSTRACT

SILVA, Stéfanie Angélica Gimenez Jarochinski. **Challenges and difficulties in the care of foreign patients in Roraima: From the worker health perspective**. 2017. 76 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, Rio de Janeiro, 2017.

This study aimed at discussing the difficulties encountered by nurses at the General Hospital of Roraima (HGR) when attending to the foreign patient, considering that this is a reference hospital located in a border region, in which the care of people from the from other countries is common. The objectives were to describe the difficulties in providing care in the nurse's perspective in the care of the foreign patient; to discuss the difficulties encountered by nurses in providing care to the foreign patient in the perspective of the health of the worker. This is a descriptive study with a qualitative approach. The participants of the study were 25 male and female nurses at the General Hospital of Roraima, in the city of Boa Vista, at which time there was a significant increase in the number of foreigners. A semi-structured interview script was used to collect the data. The selected data were evaluated according to the Bardin content analysis. After analyzing the data, it was possible to identify that the communication between nurse and patient was the main difficulty reported by nurses, in addition to observing a series of negative feelings regarding the care of this group of patients, such as stress, anxiety and anxiety, which can affect worker health and quality of care. It is concluded that nurses are not prepared to attend foreign patients, given the difficulties encountered in caring for patients with cultural and linguistic differences, a fact that tends to become increasingly present in the reality of health care in the state of Roraima, which may contribute to the emergence of labor pain if support strategies are not created.

**Descriptors:** Nursing; Communication; Foreigners.

**LISTA DE QUADROS**

<b>Quadro 1</b> - Nacionalidades dos pacientes estrangeiros citados pelos entrevistados, Boa Vista, 2017.....	<b>43</b>
<b>Quadro 2</b> - Número de citações de palavras relacionadas à prestação de cuidados de enfermagem ao estrangeiro, Boa Vista, 2017.....	<b>44</b>
<b>Quadro 3</b> - Distribuição unidades de significação e categorias temáticas, Boa Vista, 2017.....	<b>44</b>

**LISTA DE FIGURAS**

<b>Figura 1</b> - Mapa do Estado de Roraima .....	<b>15</b>
<b>Figura 2</b> - Modelo Sunrise .....	<b>27</b>

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Comparação do número de migrantes no Estado de Roraima por mês nos anos de 2015 e 2016.....	<b>16</b>
<b>Gráfico 2</b> – Distribuição dos entrevistados quanto ao sexo, Boa Vista, 2017.....	<b>38</b>
<b>Gráfico 3</b> - Distribuição dos entrevistados por idade, Boa Vista, 2017.....	<b>39</b>
<b>Gráfico 4</b> - Distribuição dos entrevistados por setor de atuação, Boa Vista, 2017.....	<b>39</b>
<b>Gráfico 5</b> - Distribuição dos entrevistados conforme turno de trabalho, Boa Vista, 2017.....	<b>40</b>
<b>Gráfico 6</b> - Distribuição dos entrevistados segundo tempo de atuação no setor, Boa Vista, 2017.....	<b>40</b>
<b>Gráfico 7</b> - Distribuição dos enfermeiros por vínculo empregatício, Boa Vista, 2017.....	<b>41</b>
<b>Gráfico 8</b> - Distribuição dos enfermeiros por idioma, Boa Vista, 2017.....	<b>41</b>

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>GT</b>	Grande Trauma
<b>HGR</b>	Hospital Geral de Roraima
<b>OIM</b>	Organização Internacional para Migrações
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>PAAR</b>	Pronto Atendimento Airton Rocha
<b>PENSAT</b>	Laboratório de Pesquisa: Enfermagem, Tecnologias, Saúde e Trabalho
<b>SAE</b>	Sistematização da Assistência de Enfermagem
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TFD</b>	Tratamento Fora Domicílio
<b>TUDCC</b>	Teoria da Universalidade e Diversidade Cultural do Cuidado
<b>UNIRIO</b>	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
<b>UTI</b>	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO</b>	
1.1. Contextualização .....	14
1.2. Objetivos .....	17
1.3. Justificativa .....	17
1.4. Relevância do Estudo .....	18
 <b>CAPÍTULO 2 – REFERENCIAL TEÓRICO</b>	
2.1. A Importância da Comunicação na Atenção à Saúde .....	20
2.2. A Multiculturalidade: Conceito .....	22
2.3. A Migração e Direitos Humanos .....	28
 <b>CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA</b>	
3.1. Característica do Estudo .....	32
3.2. Cenário do Estudo .....	32
3.3. Participantes do Estudo .....	33
3.4. Instrumento / Coleta de Dados .....	34
3.5. Aspectos Éticos da Pesquisa .....	35
3.6. Análise de Dados .....	36
 <b>CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	
4.1. Caracterização dos Participantes da Pesquisa .....	38
4.2. Categorias de Análise dos Dados .....	44
 <b>CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	
59	
 <b>REFERÊNCIAS</b> .....	
62	
 <b>APÊNDICES</b>	
Apêndice 1 – Instrumento de Coleta de Dados .....	70
Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	71
 <b>ANEXOS</b>	
Anexo 1 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) .....	74
Anexo 2 – Carta de Anuência para Autorização da Pesquisa .....	77

## CAPÍTULO 1- INTRODUÇÃO

### 1.1. Contextualização

As migrações internacionais estão no centro das preocupações da maioria dos Estados. O fato de tais movimentos trazerem ao centro do debate diversas questões, como, por exemplo, o tema da diversidade cultural, faz com que os países tenham, em um contexto globalizado e de grande movimentação de pessoas, dificuldades na forma como se relacionam com as pessoas.

Nos dias atuais, em quase todo o mundo, movimentam-se milhões de pessoas provenientes de diversas localidades, a maioria de países com baixos índices de desenvolvimento, para outros locais, os quais podem ou oferecem alguma oportunidade na busca por trabalho e de melhores condições de vida.

O número dos migrantes internacionais no mundo é estimado em mais de 200 milhões, cerca de 3,3% da população mundial. Em termos absolutos, esses números cresceram bastante e rapidamente nos últimos quarenta anos, passando de 82 milhões em 1970, para atingir a cifra de 175 milhões em 2000 e, estima-se, que esses indivíduos sejam quase 300 milhões em 2050, segundo dados da Organização Internacional para Migrações (OIM), (MILESI, 2005).

Quando passa-se desse cenário mundial para o Brasil, visualizamos que os números não são tão expressivos quanto os do restante do globo, mas que nos últimos anos também cresceu. No Brasil, atualmente, vivem cerca de um milhão de imigrantes, segundo os dados do Ministério da Justiça em 2015.

Segundo Carballo, Grocutt, Hadzihasanovic (1996), o fenômeno migratório constitui-se hoje como uma realidade cada vez mais complexa, que se originam em virtude de sistemas sócio-político-econômicos injustos, de guerras, de conflitos, perseguições, explorações de várias naturezas, violência e de violações de direitos humanos.

No contexto das migrações, as regiões de fronteira adquirem especial atenção, pois a população circula de um país a outro na tentativa de suprir as necessidades não atendidas no local de origem e, entre elas está o cuidado de saúde.

Nas fronteiras, convivem cotidianamente sistemas políticos, culturais, linguísticos, monetários e de proteção social diferentes. A intensificação de fluxos de pessoas, decorrentes dessa integração gera tensões e novos desafios para os sistemas de saúde dos estados fronteiriços, como no caso de Roraima, exigindo políticas específicas direcionadas à garantia do direito universal à saúde nestas regiões. A garantia de acesso à saúde de forma gratuita e

universal no Brasil tem atraído significativo fluxo da população fronteiriça, em busca da assistência no Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo, pelo déficit de serviços e ações oferecidos nos países de origem (DAL PRÁ; MENDES; MIOTO, 2007).

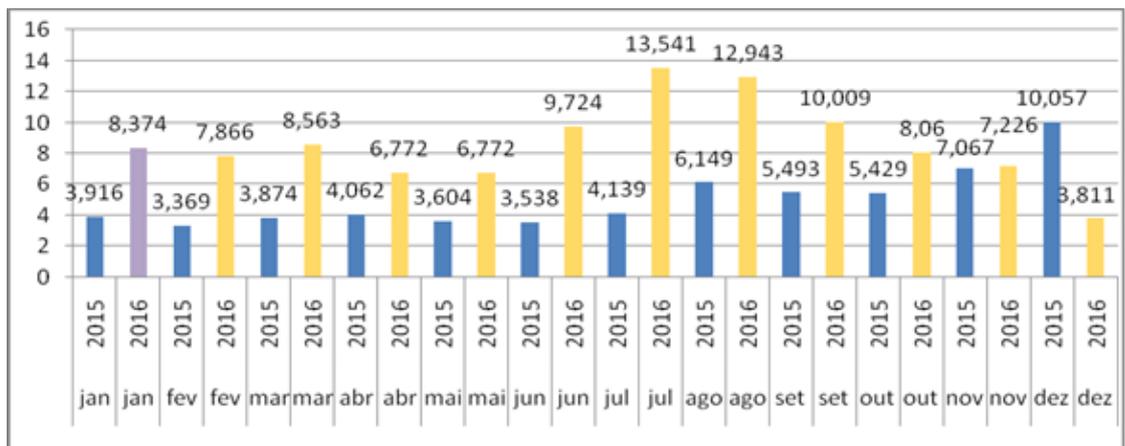
A presença de pessoas em sociedades que não são as suas de origem gera uma série de questões, como a dificuldade do acesso aos serviços de saúde. É nesse campo que surge um dos maiores obstáculos ao processo de integração dos imigrantes, pois, por possuírem diferentes origens, a sua adaptação a diferente forma do cuidado em saúde do novo território, pode criar situações de conflito que vão além das dificuldades inerentes à prestação de cuidados. Esse fato pode ser potencializado quando não há formação adequada da equipe de saúde para lidar com essas especificidades, repercutindo diretamente na qualidade da assistência prestadas a esse grupo especial.

A cidade de Boa Vista, Roraima, é a capital brasileira mais próxima das fronteiras nacionais, como podemos observar na Figura 1, localizando-se a 120 quilômetros da República Cooperativa da Guiana, e a aproximadamente 220 quilômetros da República Bolivariana da Venezuela. Essa posição geográfica próxima às fronteiras impacta no cotidiano das pessoas que moram nessas localidades, pois, há de se destacar que essas regiões que fazem fronteira com o estado de Roraima, tanto Venezuela, quanto Guiana são regiões distantes das suas capitais nacionais, situação semelhante à de Boa Vista. Portanto, essa tríplice fronteira é marcada pelo isolamento em relação aos seus centros federais, transformando Boa Vista e sua estrutura de serviços, principalmente o hospitalar, na referência para uma região muito maior que a do próprio estado de Roraima.



**Figura 1- Mapa do Estado de Roraima**  
Fonte: IBGE, 2010.

No Estado de Roraima, é notório o fenômeno de movimentos migratórios nos últimos anos, que tem transformado o estado em um local de encontro de raças e etnias como podemos observar no Gráfico 1. Nessa concepção de sociedade transcultural, torna-se importante que o profissional de saúde esteja preparado para trabalhar com todos os tipos de pacientes, procurando estabelecer uma relação interpessoal, compreendendo e aceitando as diferenças de crenças e valores.



**Gráfico 1 - Comparação do número de migrantes no Estado de Roraima por mês nos anos de 2015 e 2016.**  
Fonte: Ministério da Justiça - Polícia Federal de Roraima, 2017.

Os hospitais de Roraima recebem uma grande demanda de pessoas que vêm de outros países em busca de atendimento médico/saúde. De acordo com o Governo de Roraima, até o mês de abril de 2017, o Hospital Geral de Roraima (HGR) recebeu 3.827 pacientes estrangeiros, o que corresponde a um aumento de 200% nos atendimentos em relação ao ano anterior. Além disso, o índice de internações aumentou de 72 em 2014 para 376 em 2016. Os países vizinhos Venezuela e Guiana são responsáveis pela maior demanda no atendimento aos estrangeiros (DOURADO, 2016).

Segundo Leininger (1998), a enfermagem é uma profissão de cuidados transculturais, a única que se centra na promoção do cuidado humano para pessoas de uma forma significativa, respeitando os valores culturais e estilos de vida. Uma abordagem de cuidado global implicaria no desenvolvimento de uma competência social, cultural, pedagógica e comunicacional exigindo que os profissionais de saúde possuam conhecimentos sobre cultura, valores e a diversidade cultural dos cuidados e desenvolvam atitudes e práticas adequadas. Os enfermeiros que são capazes de aceitar as crenças culturais dos outros serão, então, capazes de prestar um cuidado culturalmente competente.

Em termos de atendimento em saúde, as dificuldades trazidas por esses grupos de imigrantes são muito semelhantes às dificuldades encontradas pelos profissionais no exercício das suas atividades laborais. O impacto cultural, que se manifesta em termos linguísticos e frente aos procedimentos de enfermagem, demora um bom tempo para ser amenizado. Vários desses estrangeiros têm dificuldade em conversar em português e a maioria dos enfermeiros não domina uma língua estrangeira, como o inglês e o espanhol, que são as duas que possibilitariam a comunicação com a maioria das pessoas a serem assistidas. Além disso, eles trazem uma carga cultural distinta em termos de cuidado, o que gera um forte estranhamento frente aos procedimentos e padrões da saúde brasileira.

Essa ineficiência na relação entre paciente e o profissional gera um quadro de dificuldade na prestação do cuidado, além de ser gerador de possíveis conflitos, o que não é benéfico para nenhuma das partes.

Neste contexto, traçam-se os seguintes questionamentos:

- Que dificuldades são encontradas pelos enfermeiros na prestação de cuidados à pacientes estrangeiros?
- Essas dificuldades encontradas podem ocasionar algum dano à saúde do trabalhador?

## **1.2. Objetivos**

Esta pesquisa teve por objetivos:

- Descrever as dificuldades existentes na prestação de cuidados na visão do enfermeiro no atendimento ao paciente estrangeiro;
- Discutir as dificuldades encontradas pelos enfermeiros na prestação do cuidado ao paciente estrangeiro na perspectiva da saúde do trabalhador.

## **1.3. Justificativa**

Este trabalho exprime o desejo de propor um espaço para a reflexão sobre a experiência de interação entre pessoas que se percebem como estrangeiros um para o outro, no âmbito dos serviços de saúde.

A presença de estrangeiros em minha vida começou muito cedo, dentro da minha própria família. Avós, bisavós, ambiente que me fez refletir sobre as fronteiras por nós criadas, entre países e entre pessoas.

Estrangeiros nos serviços de saúde passei a conhecer através da minha experiência como enfermeira do centro cirúrgico do Hospital Geral de Roraima, estado este, que também sou reconhecida como “estrangeira”, pois sou migrante. A atividade profissional contribuiu para que eu pudesse reconhecer o esforço do profissional de saúde em atender essa população, bem como a necessidade de refletir esta vivência, pois pouco se tem publicado sobre a presença de estrangeiros nos serviços públicos de saúde no Brasil.

Durante minha trajetória pude evidenciar algumas situações onde o enfermeiro e o paciente não se relacionavam dentro do ambiente hospitalar. O não relacionamento que me refiro era, resultado de fenômenos socioculturais aos quais estão inseridos ou expostos estes personagens, somado a dificuldades encontradas ao longo da trajetória de hospitalização. Muitas vezes foi necessário o uso de um interlocutor para estabelecer-se um cuidado, o uso de um intérprete. Na busca por dados que me auxiliassem a compreender esse cenário, busquei estudos nas bases de dados científicas. A carência de dados acerca de como ocorre essa interação torna dificultosa a criação de estratégias de facilitação. Surgiu deste modo, o interesse em estudar sobre o atendimento a pacientes estrangeiros em Roraima.

#### **1.4. Relevância do Estudo**

O Brasil, sendo tradicionalmente um país de emigração tem vindo ao longo dos anos a transformar-se num país de imigrantes. Atualmente, os indivíduos que recorrem aos serviços de saúde são oriundos das mais diversas culturas e etnias. É pertinente alertar que a problemática da diversidade cultural implica em buscar uma forma diferente de enxergar o cuidado, colocando novos desafios à saúde pública, no que diz respeito à gestão da comunicação, bem como à gestão das interações entre o enfermeiro e seu paciente (RAMOS, 2008).

Segundo Ramos (2008), o acolhimento e a hospitalização do doente originário de outras culturas torna-se mais difícil quando o profissional de saúde, em vez de adotar uma atitude de compreensão, impõe ao doente condutas e atitudes, das quais ele não compreende a lógica e o sentido ou que são, por vezes, contraditórias com os seus hábitos, costumes ou crenças. Isto aumenta a ansiedade e os conflitos, originando diferenças, preconceitos, estereótipos e incompreensão e dificuldades de comunicação.

É incontestável que esse tipo de investigação é essencial para o avanço da enfermagem e para seu reconhecimento científico. Os enfermeiros, para além da responsabilidade da atitude técnica e decisões terapêuticas, têm a responsabilidade de criar um clima de confiança com o paciente/cliente para que haja qualidade e satisfação nos cuidados de saúde.

Reconhecendo que a localização geográfica do estado de Roraima é fonte geradora de encontros multiculturais, a pesquisa torna-se relevante, pois, se compromete em identificar os fatores que são vistos como barreiras ao correto cuidar na perspectiva do profissional enfermeiro. Assim, este estudo abordará temas que subsidiarão as reflexões sobre a enfermagem, as migrações, a multiculturalidade, a comunicação e como a interação entre os temas está relacionada com o processo de trabalho do enfermeiro.

Ressaltando o baixo número de pesquisas sobre essa temática, principalmente no estado, e que o resultado desta investigação virá beneficiar futuras pesquisas que contemplem a mesma temática, disponibilizando dados capazes de fomentar discussões quanto ao atendimento a pacientes estrangeiros e as dificuldades encontradas para se estabelecer um cuidado competente. Principalmente no sentido de discutir quais as principais barreiras encontradas no cuidado direto e quais sentimentos os enfermeiros vivenciam na presença desses pacientes.

E ainda, almeja-se fortalecer a produção científica da Linha de Pesquisa: Enfermagem: Saberes e Práticas de Cuidar e Ser Cuidado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Laboratório de Pesquisa: Enfermagem, Tecnologias, Saúde e Trabalho (PENSAT), da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), contribuir no fundamento de novas pesquisas e no estado da arte em relação à temática.

## CAPÍTULO 2 - REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1. A Importância da Comunicação na Atenção à Saúde

Para a enfermagem exercer sua profissão ela precisa primariamente relacionar-se com o cliente e com a equipe multidisciplinar, e para tanto, um dos pilares para que isso ocorra é a comunicação. Sendo esta a principal característica do relacionamento interpessoal.

Littlejohn (1988), considera que a comunicação é um processo de natureza complexa e multidisciplinar, que se constituem em numerosos aglomerados de comportamentos que afetam, cotidianamente, nossas comunicações com os outros.

A comunicação faz com que as pessoas se relacionem, compartilhando experiências, ideias e sentimentos e, ao se relacionarem, influenciam-se modificando a realidade em que estão inseridas. As relações são sempre marcadas por interferências ou reações voluntárias, intencionais ou não, e compreendem o processo de interação humana em que uma pessoa não fica indiferente na presença de outra (BORDENAVE, 2004).

Desse modo, a comunicação é algo que conhecemos logo na primeira infância, sentimos e vivenciamos ao longo da vida e aprendemos que a mensagem expressa deve ter um conteúdo bem estruturado para ser compreendida pelo outro.

Pode-se classificar a comunicação em dois tipos principais, segundo (Silva, 2003): a **comunicação verbal** quando é associada às palavras expressas, por meio da linguagem escrita ou falada. E a **comunicação não verbal** que é aquela que ocorre na interação pessoa-pessoa, obtida por meio de gestos, posturas, expressões faciais e orientações do corpo.

Podendo ser determinada ainda por (ARAUJO, 2000):

- **Proxêmica** - relacionada com a posição mantida entre as pessoas na interação. Pode ser de aproximação ou de afastamento dos corpos;
- **Tacésica** - refere-se ao toque afetivo e terapêutico durante a realização de procedimentos ou ações de enfermagem;
- **Paralinguagem** - todo som que é emitido pelo órgão fonador, mas que não se traduzem palavras;
- **Cinésica** - envolve os movimentos e está relacionada não só ao corpo, mas individualmente a cada uma das regiões que compõem;
- **Sinais estáticos** - não mudam ou mudam pouco durante a vida das pessoas;
- **Sinais lentos** - estão relacionados à idade, como as rugas;

- **Sinais rápidos** - mudanças que ocorrem rapidamente no rosto, como um movimento;
- **Sinais artificiais** - que interferem nos veículos dos sinais estáticos e lentos.

Em sua forma verbal, a linguagem carrega nossa cultura, crenças e preconceitos que podem ser exacerbados por meio da forma não verbal. Os estímulos não verbais de comunicação são usados para tornar mais clara a mensagem ao cliente por meio da postura corporal, contato dos olhos, expressões faciais, volume e ritmo de voz, distância interpessoal e o uso do toque (SILVA, 2003).

Para Stefanelli e Carvalho (2005), a comunicação é um processo de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas. As próprias mensagens e o modo como se dá seu intercâmbio, exercem influência no comportamento das pessoas nele envolvidas, a curto, médio ou longo prazos. Esta mudança pode ocorrer no ambiente em que a comunicação é efetuada ou quando as pessoas estão isoladas, distantes uma das outras ou do contexto. Isto permite afirmar que estas se encontram, constantemente, envolvidas por um campo intencional.

A habilidade do profissional na tarefa de se comunicar de maneira efetiva é notadamente um ponto a mais para o sucesso do processo, o enfermeiro deve estar ciente que seu papel exige muito mais do que procedimentos técnicos, é preciso exercitar a escuta e a atenção adequada (LUCENA; GÓES, 1999).

Na relação com o paciente, a enfermeira comunica-se enquanto desempenha suas funções assistenciais, fazendo com que o paciente mova-se da dependência para interdependência e independência, isto é, para o reconhecimento de suas potencialidades e aceitação de suas limitações, tornando-o participante ativo no seu cuidado (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

Para a enfermagem, a comunicação é fundamental, e deve ser desenvolvida como tantas outras habilidades que são facilitadoras da prática do cuidar em saúde. E mesmo que não se consiga obter uma conversa prévia, a comunicação entre o profissional e o cliente se dá por meios previamente estabelecidos como a fala, o olhar, a expressão facial e o contato manual, como o toque (FIGUEIREDO, 2012).

Os códigos culturais e linguísticos diferem segundo as culturas e, deste modo, o desconhecimento destas diferenças nos diversos contextos gera problemas comunicacionais e pode reforçar os preconceitos. As variáveis culturais afetam a comunicação, a percepção dos

olhares, as representações e estereótipos sobre o outro, tanto nos processos verbais como nos não verbais.

Numerosos estudos como o de Ramos (2006) e Ramos (2008), evidenciam que uma parte da insatisfação no atendimento em saúde, está relacionada com problemas de comunicação, principalmente na recepção das informações e nos desempenhos comunicacionais dos profissionais de saúde, algumas destas dificuldades estão diretamente relacionadas com a falta de conhecimentos dos profissionais sobre as representações e as crenças de saúde e doença do cliente e sobre as relações deste com o seu mundo social, espiritual, cultural e comunitário.

O desconhecimento da língua do país de acolhimento origina dificuldades na comunicação e no relacionamento com as diferentes estruturas de apoio dentro da rede de assistência à saúde e com a enfermagem, tornando, por vezes, as formalidades administrativas quase impossíveis e suscitando medo e vergonha por não conseguirem se comunicar, assim como, desencorajamento e dificuldades de acesso aos serviços.

As dificuldades em estabelecer uma relação compreensiva, empática e afetiva conduzem os profissionais a um distanciamento da situação e a refugiarem-se numa atitude mais técnica e impessoal com o cliente. A dificuldade do profissional em compreender aumenta os preconceitos enquanto no cliente, gera ansiedade e angústia, particularmente de grupos minoritários (RAMOS, 2008).

A qualidade da comunicação e dos cuidados de saúde ao cliente exige a participação de todos os envolvidos no processo e para que esta seja realizada de maneira efetiva, é necessário que o profissional de saúde desenvolva um conjunto de habilidades, técnicas e estratégias com o objetivo de informar, acolher, e promover a saúde e o bem-estar na prevenção das situações de doença, de risco e vulnerabilidade e, ainda, na melhoria da humanização dos cuidados.

## **2.2. A Multiculturalidade: Conceito**

Em várias partes do mundo têm surgido discussões sobre como lidar com um paciente que traz em sua bagagem a experiência de um contexto sociocultural diferente, principalmente em lugares com maior presença de estrangeiros, consequência da globalização no mundo atual e de fronteiras mais permeáveis à mobilidade humana.

Na sociedade em que vivemos, existe um número abrangente de culturas e, conseqüentemente, emerge a ideia da diversidade cultural ou multiculturalidade.

Pode-se definir multiculturalidade como sendo a diferença visível entre pessoas de diferentes grupos populacionais, relativa aos seus valores, crenças, linguagem, características físicas e padrões gerais de comportamento (CONTENTE, 2001).

A multiculturalidade que existente na atual sociedade leva à formação de subculturas. Bolander (1998) define subcultura como o que é vivido por um menor grupo dentro de uma cultura. As subculturas têm, assim, diferentes formas de viver a vida, distinguindo-as da cultura dominante.

A diversidade cultural é o conceito utilizado para demonstrar que existem diferenças entre as culturas, assim como entre as subculturas e a cultura dominante. Na diversidade cultural está subentendido a existência de grupos étnicos. Por etnia/etnicidade/grupo étnico entende-se um grupo de pessoas que dentro de uma sociedade alargada, partilham heranças culturais que foram transmitidas de geração em geração (BOLANDER, 1998).

Este grupo de indivíduos possui um conjunto de características: aparência física, língua que utilizam na comunicação intergrupar, tipo de vestuário e adornos, hábitos e costumes, regras e normas de conduta por que se regem e tipo de estratificação social que desenvolvem, permitindo distinguir este grupo de outro existente (SOARES, 2003).

É sobretudo, devido a essas diferenças culturais existentes que se pode criar incompatibilidades e até mesmo desenvolver ideias estereotipadas e preconceitos perante determinados grupos étnico-culturais.

A Teoria da Universalidade e Diversidade Cultural do Cuidado (TUDCC) foi desenvolvida por Madeleine Leininger, pioneira da enfermagem transcultural. Essa teoria centra-se em fenômenos como o cuidado humano, valores da antropologia e os aspetos culturais, tendo por base a descoberta e explicação do que é “universal”, comum ou semelhante e do que é “diverso” na prestação de cuidados (LEININGER, 1995).

A TUDCC tem como objetivo proporcionar conhecimentos capazes de produzir cuidados sensíveis, responsáveis e culturalmente congruentes que conduzam à saúde e bem-estar dos indivíduos, famílias, grupos e/ou comunidades culturais. Para isso, procura descobrir práticas de cuidados de enfermagem “culturalmente específicos” com recurso a três componentes que identificariam as competências multiculturais subjacentes, como exemplifica Leininger (2001):

1. Consciência cultural,
2. Conhecimento cultural,
3. Competências culturais.

A **consciência cultural** refere-se às atitudes e crenças do profissional relativo a indivíduos de minorias étnicas e raciais, bem como sobre a própria origem cultural. É essencial que os trabalhadores da saúde estejam despertos para a forma como a autoconsciência cultural e a sensibilidade à herança cultural do outro são fundamentais.

Deste modo, se faz necessário compreender de que forma as suas origens culturais e experiências influenciam valores, atitudes e viesamentos relativos aos processos de saúde/doença. O profissional precisa ser capaz de reconhecer a limitação no que diz respeito à sua competência cultural, assim como, às diferenças que existem entre ele próprio e seus pacientes, relativos à raça, etnia, cultura e idioma.

O **conhecimento cultural** representa a compreensão que o enfermeiro tem em relação à sua visão do mundo, o conhecimento sobre os grupos culturais com quem trabalha e a compreensão das influências sociopolíticas exercidas sobre esses grupos. Isto implica que os profissionais tenham também um conhecimento específico sobre a sua etnia e herança cultural, e a forma como esse background cultural afeta pessoal e profissionalmente as suas definições sobre o processo terapêutico.

Os enfermeiros devem conhecer os diferentes estilos de comunicação e o modo como o seu próprio estilo de comunicar-se, culturalmente delimitado, pode ou não facilitar o processo terapêutico com os pacientes pertencentes a minorias. O conhecimento cultural permite também, compreender de que forma a cultura e a identidade étnica podem contribuir com a formação da personalidade, as escolhas vocacionais, as manifestações psicológicas, os comportamentos de procura de ajuda, e a eficácia e não eficácia das abordagens terapêuticas.

Por último, as **competências culturais** referem-se a técnicas específicas de avaliação, intervenção e estratégias utilizadas no trabalho com grupos minoritários que possam ser sensíveis à cultura. Considera-se pertinente que haja uma familiarização com a investigação respeitante à saúde dos vários grupos étnicos e raciais. É recomendado que estes profissionais se envolvam ativamente com indivíduos de minorias, fora do contexto terapêutico, por exemplo em eventos comunitários, para que a sua visão das minorias seja mais do que a baseada na sua formação académica e profissional.

A identificação de semelhanças ou características universais entre culturas diversas e semelhantes é fundamental para o desenvolvimento do saber na profissão de enfermagem, focalizando a enfermagem científica e humanística (LEININGER, 1995).

O cuidado cultural busca perceber a diversidade e universalidade do cuidado humano em relação à visão de mundo, estrutura social e outras dimensões e, então, descobrir o modo

de prover cuidados culturalmente congruentes para diferentes pessoas, família ou grupo cultural (LEININGER, 2001).

Atualmente, os enfermeiros precisam ser sensíveis aos antecedentes culturais dos pacientes ao criar um plano de cuidados. Isto é especialmente importante, uma vez que a cultura do paciente reflete em quem são como indivíduos, e é essa cultura que pode afetar sua saúde, bem como suas reações a tratamentos e cuidados. Com isso, a consciência das diferenças permite que a enfermeira crie intervenções de enfermagem específicas a cada paciente.

Nesta perspectiva, o cuidado humano é universal e é vivenciado de forma diferente em diferentes culturas. No seu modelo teórico, Leininger propôs também o conceito de enfermagem transcultural, definindo-o como sendo um termo de comparação e análise da cultura em relação às práticas de cuidado em enfermagem, tendo como objetivo uma prestação de cuidados significativos e eficazes de acordo com os valores culturais e o contexto de saúde/doença de cada indivíduo.

O modelo de Madeleine Leininger passou a ser uma das linhas orientadoras das práticas de enfermagem, valorizando a necessidade de se perceber pessoas que estão inseridas em uma nova cultura, mas que nunca perderam a sua cultura de origem, afirmando que:

*A cultura influencia fortemente as expressões humanas e padrões de vida; a cultura está onipresente embora seja compreendida de forma limitada; a cultura é um fenômeno complexo que inclui conhecimento sobre a religião, parentesco, tecnologia, educação, valores culturais, economia e aspectos político-legais; a cultura influencia a saúde, a doença e incapacidades ou a morte em contextos ambientais e ético-históricos (LEININGER, 1995, p.34).*

### **Principais conceitos segundo Leininger (1995):**

1. **O cuidado congruente cultural de enfermagem** é definido como os atos ou decisões de apoio, facilitação ou capacitadores baseados em habilidades cognitivas, que são feitos sob medida para se adequarem aos valores, crenças e vidas culturais individuais, grupais ou institucionais, a fim de fornecer ou apoiar cuidados de saúde significativos, benéficos e satisfatórios, ou serviços de bem-estar.
2. **O cuidado da cultura** é definido como valores subjetivamente e objetivamente aprendidos e transmitidos, crenças e modos de vida padronizados que auxiliam, apoiam, facilitam ou permitem que outro indivíduo ou grupo mantenha seu bem-

estar, saúde, melhora sua condição humana e vida, ou para lidar com doenças, deficiências ou morte.

3. **A diversidade do cuidado da cultura** indica as variações e/ou diferenças nos significados, padrões, valores, vidas ou símbolos de cuidados dentro ou entre coletivos que estão relacionados a expressões de cuidados assistenciais, de suporte ou habilitantes.
4. **A universalidade do cuidado da cultura** indica os significados, padrões, valores, vidas ou símbolos de cuidados comuns, semelhantes ou dominantes que se manifestam entre muitas culturas e refletem formas assertivas, favoráveis, facilitadoras ou habilitadoras para ajudar as pessoas.

O *Modelo Sunrise* é um mapa cognitivo que permite descrever e orientar os conceitos centrais, os fatos, os componentes e as dimensões da teoria de Leininger, proporcionando uma perspectiva integrada dos mesmos.

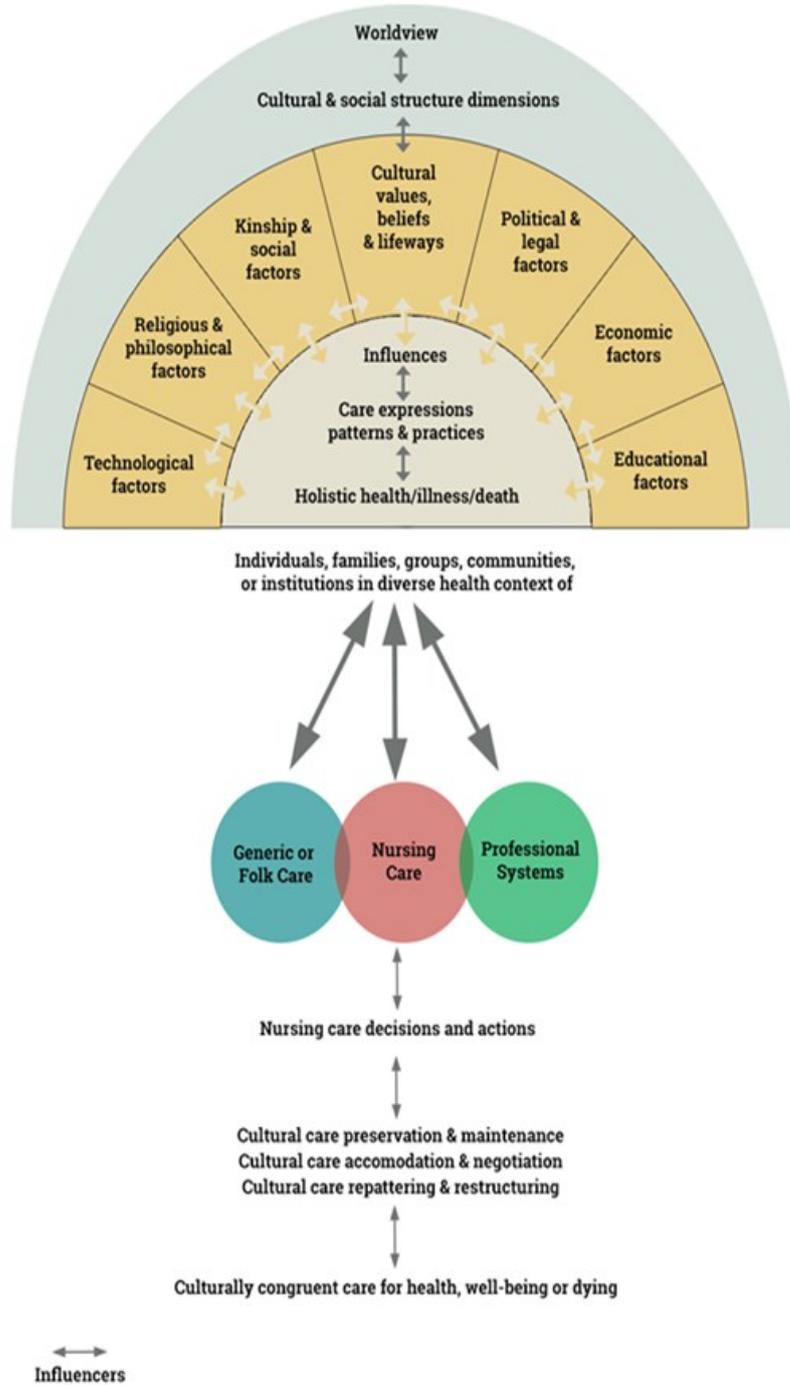
*O modelo Sunrise é a base dos cuidados de orientação cultural. Explica a interação entre as estruturas culturais e sociais, o meio ambiente, a linguagem e a etnicidade. Estas interações determinam as expressões e as expectativas face aos cuidados, os padrões cuidadosos e as práticas assistenciais. Os enfermeiros têm necessidade de considerar a informação suscitada a nível dos sistemas oficiais e populares de assistência (LEININGER, 2001, p.49).*

Esse modelo torna-se relevante porque permite que os enfermeiros desenvolvam pensamentos críticos e complexos sobre a prática de enfermagem. Esses pensamentos devem considerar e integrar as dimensões da estrutura cultural e social em cada contexto específico, além dos aspectos biológicos e psicológicos envolvidos nos cuidados de enfermagem. Pode-se ver como é desenvolvido o cuidado cultural congruente por meio de ações e decisões que envolvem: preservação, negociação do cuidado cultural, acomodação, repadronização e reestruturação cultural (LEOPARDI, 1999).

Neste modelo, a autora faz uma descrição dos componentes da teoria, mostrando como estes influenciam o estado de saúde e o atendimento prestado aos clientes de uma determinada cultura.

Leininger recomenda que ele não seja olhado como um modelo linear e que controla variáveis, mas sim de forma aberta, flexível e naturalista, de modo a ser possível obter informações subjetivas e objetivas do cuidado cultural (SOARES, 2003).

## Madeleine Leininger's Transcultural Nursing The Sunrise Enabler to Discover Culture Care Sunrise Model



A cultura do paciente é de extrema importância para estabelecer um cuidado de qualidade. Se a sociedade de hoje é multicultural, deve-se então procurar entender quais são as concepções de saúde e doença desse grupo especial de pacientes e assim, ajustar os procedimentos a essa nova realidade, criando uma relação terapêutica e garantindo a maximização da individualidade.

### **2.3. A Migração e Direitos Humanos**

As Migrações são fenômenos humanos e durante muito tempo não receberam qualquer forma de limitação que não fosse à oposição da própria natureza ou de outros humanos que já ocupavam um determinado espaço ou que os impediam a deixar uma localidade.

Entretanto, quando do surgimento dos Estados Nacionais, esses começaram a estabelecer a demarcação de seus territórios, estabelecendo fronteiras para definir o seu espaço em contraposição aos de outros países. Além disso, essa demarcação de um espaço fez com que os Estados pudessem estabelecer as pessoas que estão sob o seu comando, o seu povo, que também necessita passar por um processo no qual se criam laços entre as pessoas de uma mesma nacionalidade e se procuram distinguir esses laços em relação a pessoas de outros países (SAYAD,1998).

Nesse aspecto, os países começaram a querer controlar quem entrava e permanecia em seu território, buscando por meio da soberania definir os selecionados para isso. Por esse motivo, os países reforçaram seus controles migratórios e fronteiriços, pois isso significa, ainda hoje, reforçar a sua nacionalidade.

A obsessão pelas fronteiras que invade a representação contemporânea do mundo se faz de acordo com os lugares em imperativo de segurança estratégica, em ações unilaterais de apropriação de áreas contestadas, em marcação de territórios nos Estados, antigos ou recentes, ou em dispositivos de proteção do que é estabelecido contra o que é marginal e os fluxos considerados indesejáveis. As fronteiras se transformaram em “membranas assimétricas”, autorizando a saída, mas protegendo a entrada de indivíduos vindos do outro lado (FOUCHER, 2009).

Fronteira não é tão somente o que separa ou limita, mas também o que permite o encontro com o outro. Para Silva e Oliveira (2015), a fronteira é lugar de passagem de pessoas e de intercâmbio de bens materiais e simbólicos. Para eles, as fronteiras nacionais podem ter distintos sentidos, dependendo da expectativa de quem as atravessa, seja na condição de turista ou como morador de alguma cidade fronteira. As fronteiras, porém, também se

transformam na condição de periferia em relação aos centros de decisão e de desenvolvimento do país. Por outro lado, uma fronteira demarca a abrangência e a forma como as relações de troca entre populações passam a se constituir.

Apesar dos Estados procurarem reforçar o controle sobre os que desejam entrar e permanecer em seu território, o avanço dos direitos, principalmente no sistema internacional que consolidou os chamados direitos humanos, gerou garantias para as pessoas por meio da limitação das ações estatais, na qual a soberania não pode ser sobrepor a dignidade da pessoa.

Migrar é um direito humano fundamental, que consta na Declaração Universal de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas, de 10 de dezembro de 1948. De acordo com os artigos 13º e 14º:

- Artigo 13º
  - I. Toda a pessoa tem o direito de livremente circular e escolher a sua residência no interior de um Estado.
  - II. Toda a pessoa tem o direito de abandonar o país em que se encontra, incluindo o seu, e o direito de regressar ao seu país.
- Artigo 14º
  - I. Toda a pessoa sujeita a perseguição tem o direito de procurar e de se beneficiar de asilo em outros países.
  - II. Este direito não pode, porém, ser invocado no caso de processo realmente existente por crime de direito comum ou por atividades contrárias aos fins e aos princípios das Nações Unidas. (OHCHR, 1948)

Observa-se do artigo 13, que dentro do seu território a pessoa é livre para migrar, assim como também é livre para poder deixar o seu território, não importando o motivo pelo qual deseja fazer isso. A circulação de pessoas é um direito, pois, mesmo que se argumente que a declaração nada fala no sentido de que as pessoas têm direito de morar em outro país, o fato de poderem circular demonstra, quando se complementa esse artigo com o restante da declaração, a exigência de que os Estados tratem as pessoas de acordo com os demais direitos estabelecidos no texto, já que essa circulação é permitida e protegida. Portanto, os Estados possuem obrigações com relação aos migrantes, principalmente no sentido de garantir a dignidade dessas pessoas.

Em relação ao artigo 14, ele faz menção ao direito de refúgio. Esses refugiados circulam em função de fatos que ocorrem em seus países de origem, no sentido de vivenciarem uma realidade que os obriga a migrarem, em virtude do medo da perseguição.

Nesse direito, o Estado não pode impedir que a pessoa solicite seu refúgio, a não ser quando encaixe nas hipóteses do inciso II, e além disso não poderá devolvê-lo para o local de onde ele está fugindo.

O imigrante é aquele que se enquadra no cenário de dominação e vulnerabilidade. Assim, nem todo estrangeiro é considerado um imigrante, porque ser imigrante parte também de uma condição social, do papel que ele assume na estrutura hierárquica da sociedade, que o torna muitas vezes um não possuidor de direitos (GUILD, 2009).

Enquanto o indivíduo é considerado um “estrangeiro”, parte-se do pressuposto de que ele é responsabilidade de outro Estado. Mas quando recebe o status de imigrante, é iniciada a relação com o Estado receptor. A realidade que se impõe, no entanto, muitas vezes desconsidera esses direitos e trata o imigrante como um elemento ameaçador e criminoso (SILVA, 2012).

No mundo globalizado e aberto de hoje, os indivíduos continuam a migrar, para dentro ou para fora dos seus territórios, em busca de melhores perspectivas e condições de vida. Estas deslocamentos estão em aumento crescente e deverão ser consideradas como um direito humano.

As autoridades públicas deverão promover a comunicação intercultural nas instituições, nos espaços físicos e na organização da vida cívica de forma a impedir o desenvolvimento de guetos religiosos e étnico-culturais e a promover políticas e espaços onde os indivíduos possam encontrar e partilhar costumes culturais e religiosos e exercer os seus direitos (RAMOS, 2006).

Ainda segundo Ramos (2006), com a crescente multiculturalidade que se verifica nas regiões fronteiriças, diferentes contextos da vida exigem esforços na reformulação de estratégias e políticas públicas com o objetivo de melhorar a saúde, a qualidade de vida, o acesso aos serviços públicos e a comunicação entre os diferentes grupos que coabitam no mesmo espaço.

As problemáticas sociais, culturais e sanitárias decorrentes das migrações, exigem novos modelos conceituais e novas políticas e estratégias de intervenção, capazes de gerir a diversidade cultural e de promover e harmonizar os direitos humanos com a qualidade de vida e o bem-estar dos indivíduos migrantes, como estipula a Organização das Nações Unidas em sua conferência sobre população e desenvolvimento (ONU, 1994), em seu artigo 12: “Os países deverão garantir a todos os migrantes os direitos humanos fundamentais integrados na Declaração Universal dos Direitos Humanos”.

Um exemplo de adequação dos serviços de saúde a nova realidade migratória é a da cidade de São Paulo, que se afirmou historicamente como polo nacional de recepção de fluxos migratórios (BAENINGER, 2005). Segundo dados da Prefeitura estima-se que residam no município atualmente mais de 370 mil imigrantes, cuja presença impacta na administração local, em especial no que se refere à oferta de serviços públicos aos contingentes migrantes socialmente mais vulneráveis. Apesar do volume e da persistência dos fluxos migratórios nas últimas décadas, pode-se afirmar que são muito recentes as iniciativas do poder público – e mesmo inéditas, se levarmos em conta o contexto brasileiro – de conceber políticas públicas locais eficientes para essa população.

Em 2013, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e a Pastoral do Imigrante, preocupadas com o aumento dos casos de tuberculose, principalmente entre os bolivianos, decidiram promover algumas medidas nos serviços de saúde das regiões com maior presença destes, criando a possibilidade de contratação de agentes públicos imigrantes, inclusive por concursos públicos, além da criação do cargo de “mediador cultural nos equipamentos públicos com maior afluxo de imigrantes”. Isso pôde representar um avanço considerável nas áreas de maior presença dessa população, cujas lacunas de comunicação com as equipes de saúde se tornaram menos expressivas a partir da contratação de agentes comunitários imigrantes (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2014).

A contratação de agentes públicos, em especial os agentes comunitários de saúde, constitui uma ponte valiosa entre o serviço e seus usuários, modificando positivamente a relação entre a população imigrante e a equipe de saúde, ao prover informação e diminuir as barreiras provocadas pelas diferenças culturais e linguísticas (NUNES, 2002).

A iniciativa da cidade de São Paulo reconhece como “dever da Secretaria Municipal de Saúde promover o acesso à saúde culturalmente adequado para toda a população imigrante, independentemente de sua situação imigratória e documental”. Tal redação reforça o princípio da universalidade do SUS e reafirma o compromisso em não restringir o direito à saúde ao migrante sob qualquer circunstância (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2017).

## **CAPÍTULO 3 - METODOLOGIA**

### **3.1. Característica do Estudo**

Trata-se de uma pesquisa que utilizou um método qualitativo, buscando dessa forma o recurso adequado para o alcance dos objetivos propostos. Minayo (2010, p.57) caracteriza a abordagem qualitativa como um método de escolha para o “estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”.

Nesse aspecto, a pesquisa qualitativa contribui para o entendimento desses fenômenos, buscando relação entre o atendimento de estrangeiros, a presença destes no ambiente laboral e como essa realidade pode afetar a saúde e o trabalho do enfermeiro.

Para atender aos objetivos propostos, o estudo teve uma abordagem descritiva, que segundo Polit e Beck (2011), o propósito desse tipo de estudo consiste em observar, descrever e documentar aspectos de uma determinada situação, buscando estabelecer relações entre as variáveis existentes, sem tentar inferir conexões causais. Isso proporciona ao pesquisador um conhecimento mais aprofundado a respeito dos fatos e fenômenos estudados, acrescenta Triviños (2009).

Este estudo se propôs a descrever e discutir as dificuldades encontradas pelo enfermeiro no atendimento a pacientes estrangeiros. Para tanto, a natureza do estudo e a abordagem escolhida foram as mais adequadas, já que conseguimos extrair dos protagonistas dados satisfatórios que subsidiaram, com clareza, a identificação, caracterização e discussão do problema apresentado.

### **3.2. Cenário do Estudo**

O cenário selecionado para o estudo foi o Hospital Geral de Roraima (HGR), localizado no município de Boa Vista, Roraima. Fundado em 1991, é o único hospital público do estado que atende pacientes adultos para atendimentos de média e alta complexidade, não contando com serviço de obstetrícia, que fica a cargo do Hospital Estadual Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth. O atendimento infantil é realizado no Hospital Municipal Santo Antônio.

O HGR conta com 220 leitos, dos quais 20 são de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). É a unidade de referência para os 15 municípios do Estado e para os países vizinhos como Venezuela e Guiana.

Nas especialidades cirúrgicas, o HGR é credenciado para realizar procedimentos de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial, Cirurgia Geral, Gastroenterologia, Urologia, Neurocirurgia, Oftalmologia, Oncologia, Ortopedia e Traumatologia Otorrinolaringologia e Cirurgia Vascular. Caso o paciente necessite de procedimento não realizado no HGR, este será encaminhado para outro Estado mediante protocolo de TFD (Tratamento Fora Domicílio).

O HGR possui gestão direta do Estado de Roraima, sendo a principal unidade hospitalar do estado em número de leitos e na capacidade para realizar atendimentos de emergência. O grande volume de atendimentos concentra-se em Traumatologia e Cirurgia Geral.

A estrutura do hospital é construída em plano único, sendo bastante rudimentar, dividindo-se em Pronto Atendimento Airton Rocha (PAAR), que atende a grande parte das urgências, o Pronto Socorro Francisco Elesbão (Grande Trauma), que atende a pacientes que estejam em estado de emergência, um Centro Cirúrgico com seis salas de operação, um Centro de Materiais e Esterilização, farmácia central, laboratório, sala de hemoterapia, serviço de nutrição e dietética, sala de apoio e manutenção e as unidades de internação que se dividem em:

- Bloco A: Pacientes Clínicos/Cirúrgicos Ortopédicos;
- Bloco B: Pacientes da Cirurgia Geral;
- Bloco C: Pacientes Oncológicos e Psiquiátricos;
- Bloco D: Pacientes da Infectologia;
- Bloco E: Pacientes Clínicos;
- UTI 1: 10 leitos;
- UTI 2: 10 leitos.

### **3.3. Participantes da Estudo**

Para fins deste estudo foram selecionados enfermeiros que estavam lotados nos setores do PAAR, Grande Trauma, Centro Cirúrgico e Bloco B, o estudo concentrou-se nos enfermeiros destes setores, pois acreditava-se que estes seriam os locais de maior contato com os pacientes estrangeiros, devido a porta de entrada destes ser o Pronto Socorro / Pronto

Atendimento e pela observação da pesquisadora, como enfermeira do Centro Cirúrgico do hospital cenário, cuja percepção identificou que a maioria dos casos de internação de estrangeiros eram casos cirúrgicos de média complexidade.

A limitação dos participantes aos enfermeiros foi pelo suposto que este lidera a equipe de enfermagem e tem como estratégia de cuidado a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), sendo o principal agente da SAE e sua atividade privativa a coleta do histórico de saúde do paciente. Assim, supostamente deva ter contato com todos os pacientes internados em seu setor, o que não ocorreria com os auxiliares / técnicos de enfermagem, que ficariam com um número limitado de pacientes, não tendo conhecimento do todo.

Os participantes da pesquisa foram, em sua totalidade, funcionários estaduais e estatutários que exerciam carga horária de 30 horas semanais. Seis equipes de trabalho, divididas em turnos da manhã e tarde, de segunda a sexta-feira e quatro equipes noturnas, que trabalham em regime de plantão de 12 horas de trabalho com 72 horas de descanso, sendo essa equipe responsável pela cobertura dos finais de semana e feriados realizando 12 horas de trabalho, também, durante o dia em regime de escala.

O estudo teve como critérios de inclusão enfermeiros com mais de seis meses no serviço e estivessem presentes no setor no momento da coleta de dados.

Como critérios de exclusão foram desconsiderados os enfermeiros que eventualmente prestassem serviços a esses setores, ou que no momento da coleta de dados, estavam afastados por férias ou licença médica.

Para aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa, como forma de apresentação e de respeito à hierarquia, foi solicitado à apreciação do estudo a direção geral do hospital e a autorização para a realização das entrevistas.

Dos 30 enfermeiros lotados nos setores selecionados, três estavam de férias, um de licença médica no momento da entrevista e um enfermeiro recusou-se a responder as questões, totalizando 25 entrevistas.

Os participantes foram identificados através de um código alfanumérico (E1, E2, E3...), ou seja, a identificação dos participantes foi feita de acordo com a ordem das entrevistas e de forma a manter o caráter confidencial e o anonimato.

### **3.4. Instrumento de Coleta de Dados**

Como instrumento para coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado (APÊNDICE A) elaborado pela pesquisadora. A entrevista semiestruturada é

utilizada pelos pesquisadores como guia, de maneira que permite com que o pesquisador encoraje seu entrevistado a falar mais livremente, explorando mais profundamente os tópicos listados (POLIT; BECK, 2011).

O roteiro da entrevista contempla 10 questões relacionadas ao tema estudado e foi dividido em duas etapas. A primeira etapa foi composta por seis perguntas com o objetivo de caracterizar os participantes da pesquisa, a segunda foi composta por quatro perguntas abertas. As entrevistas foram gravadas na íntegra através de gravador de voz digital, transformada em arquivo MP3 identificado de acordo com o codinome dado para cada entrevistado. Após gravação da entrevista, estas foram transcritas de maneira literal, com o intuito de captar o discurso do entrevistado em sua íntegra. Os depoimentos duraram entre 20 e 38 minutos.

Utilizou-se este instrumento com a finalidade de dar mais confiabilidade e uma maior riqueza de detalhes aos dados da pesquisa. Posteriormente, esses dados foram analisados através da técnica de análise de dados proposta por Bardin (2010).

Todos os profissionais que aceitaram participar do estudo ofereceram disponibilidade imediata para a realização da entrevista. As entrevistas foram realizadas no ambiente laboral, tendo sido a escolha do local pelo próprio entrevistado.

As entrevistas foram realizadas individualmente, no período de abril de 2017. Cabe salientar as dificuldades encontradas no percurso da coleta de dados, como a ausência de um local adequado para a entrevista no ambiente hospitalar que fosse livre de ruídos e interrupções, a dificuldade do profissional de se ausentar do local de trabalho e ainda a falta de uma tradição em pesquisa no cenário escolhido, o que a princípio levou a um estranhamento dos profissionais perante as questões apresentadas e aos procedimentos de confidencialidade do Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE.

### **3.5. Aspectos Éticos da Pesquisa**

Por envolver pesquisa com seres humanos, o presente estudo só foi realizado após ser submetido à apreciação e autorização, no cenário, pela direção geral do hospital. O projeto foi submetido à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição proponente (UNIRIO), sendo aprovado em 15 de março de 2017, Parecer nº 1.966.775 (Anexo 1).

Todo o processo de obtenção dos dados atendeu rigorosamente a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre as Diretrizes e Normas

Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos; buscando atender aos princípios de bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e da justiça (BRASIL, 2013).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) foi assinado, e somente após explicações detalhadas sobre o estudo proposto e em concordância, neste caso o participante da pesquisa, é que a coleta de dados foi realizada.

### **3.6. Análise dos Dados**

Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo descrita por Bardin (2010), através da categorização dos dados obtidos por meio de entrevista semiestruturada.

Minayo (2010, p. 304), cita que a análise de conteúdo “possui a mesma lógica das metodologias quantitativas, uma vez que busca a interpretação cifrada do material de caráter qualitativo”, pois a representatividade dos dados será dada a partir da sua codificação.

Segundo Bardin (2010, p. 33), “a codificação é o processo pelo qual os dados em bruto são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo”. E possui como etapas, o recorte – escolha das unidades; a enumeração – escolha das regras de contagem; a classificação e a agregação – escolha das categorias.

Para a organização e análise dos dados que foram obtidos, utilizou-se os seguintes procedimentos (Bardin, 2010):

Na pré-análise as ideias principais foram organizadas; foi feita uma detalhada leitura do conteúdo dos discursos dos participantes, foram extraídas todas as informações pertinentes para pesquisa; após a leitura exaustiva das entrevistas foram determinadas as unidades de significação, através do recorte dos depoimentos, a fim de orientar a análise do conteúdo.

A fase de exploração do material consistiu essencialmente em operações de codificações, decomposição ou enumeração das informações. Os dados brutos foram transformados para atingir a representação do conteúdo e agregados em unidades que permitiram a descrição das características dos conteúdos.

O tratamento dos resultados e a interpretação se deram quando os dados brutos foram tratados de maneira significativa, tornando-se significativo, estes resultados proporcionaram à pesquisadora condições para interpretar de forma consistente, a realidade encontrada.

Neste momento, o conjunto das respostas foi organizado pela regra da exaustividade, onde todas as palavras são consideradas, todos os verbos no procedimento de exploração. Os resultados foram tratados a partir do texto bruto, produzidos nas respostas. Cabe ressaltar que o conjunto de 25 entrevistas constituiu o corpus da análise.

Considerando os dados emergidos das entrevistas foram criadas duas categorias, a saber:

- **Categoria 1 - Dificuldades encontradas no atendimento das necessidades de cuidado ao paciente estrangeiro.**
- **Categoria 2 - Sentimentos percebidos na prestação de cuidados de enfermagem.**

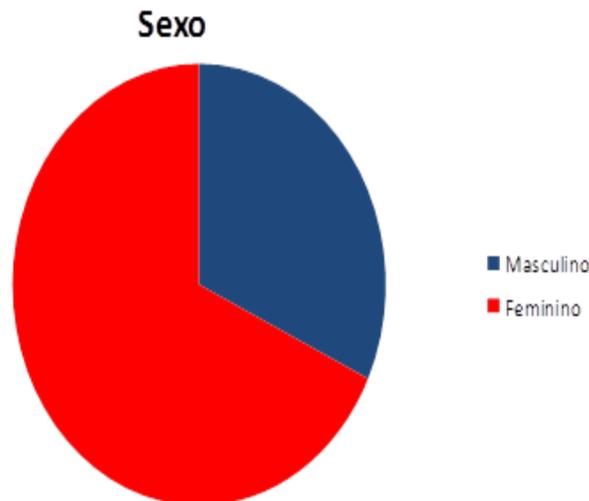
## CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1. Caracterização dos Participantes da Pesquisa

Iniciaremos a apresentação dos resultados e da discussão a partir da caracterização do grupo de participantes que compôs esta pesquisa. As informações foram obtidas através da aplicação do instrumento de coleta de dados que continha questões para a caracterização dos participantes, tais como: sexo, idade, setor de atuação, turno de trabalho, tempo de atuação no setor e se tinham outro vínculo profissional.

Foram entrevistados 25 enfermeiros, sendo oito do sexo masculino (32%) e 17 do sexo feminino (68%). Apesar do aumento significativo da inserção masculina no campo da enfermagem, é notório o predomínio de enfermeiras mulheres, considerando que há uma relação histórica entre o sexo feminino e o cuidar - atividade referencial da profissão e os referenciais da história da enfermagem serem figuras femininas como Florence Nightingale e Ana Neri (RODRIGUES, 2001).

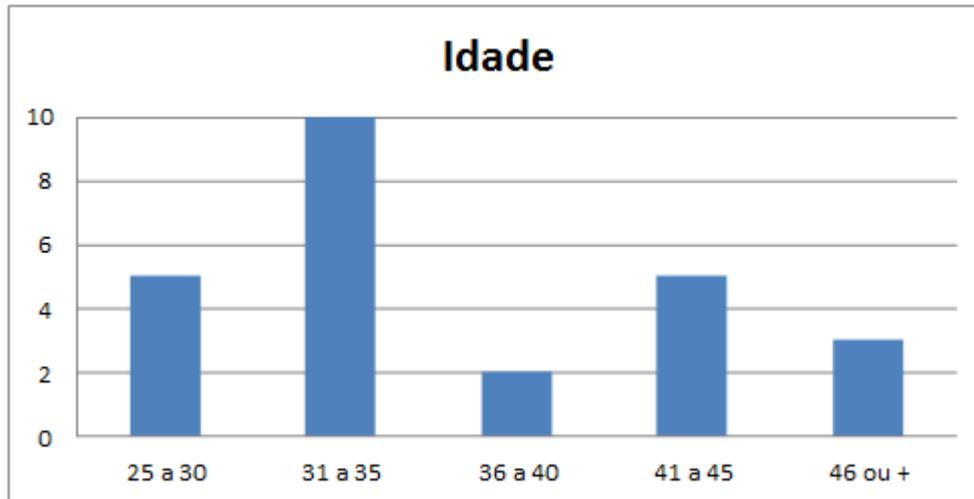
Os dados coletados são demonstrados no gráfico abaixo. (Gráfico 2).



**Gráfico 2 – Distribuição dos entrevistados quanto ao sexo, Boa Vista, 2017.**

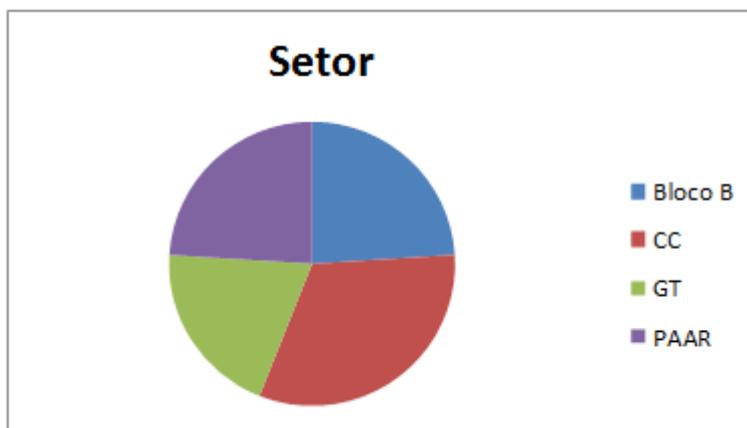
De acordo com o Gráfico 3 em relação à idade, cinco apresentavam entre 25 e 30 anos (20%), dez entre 31 e 35 (40%), dois entre 36 e 40 (8%), cinco de 41 a 45 (20%) e três tinham 46 ou mais anos (12%). A idade dos entrevistados variou de 25 a 64 anos, a maior predominância foi encontrada na faixa etária entre 31 a 35 anos. Sendo a média de idade de

37 anos. O que vem a reforçar estudos como o de Silva e Marziale (2006) apontando a força de trabalho da enfermagem predominantemente jovem e feminina.



**Gráfico 3 - Distribuição dos entrevistados por idade, Boa Vista, 2017.**

Conforme o Gráfico 4, a distribuição nos setores de atuação ficou desta forma: oito eram lotados no Centro Cirúrgico (32%), seis no Bloco B (24%), seis no PAAR (24%) e cinco no GT (20%).



**Gráfico 4 - Distribuição dos entrevistados por setor de atuação, Boa Vista, 2017.**

Quanto ao turno de trabalho, conseguiu-se atingir um quadro equilibrado entre os estes, com dez entrevistados trabalhando no período matutino (40%), oito no vespertino (32%) e sete (28%) em plantões noturnos. O contato com o paciente estrangeiro não variou conforme o turno de trabalho do enfermeiro no hospital, estando presente em 100% dos entrevistados independente do período.

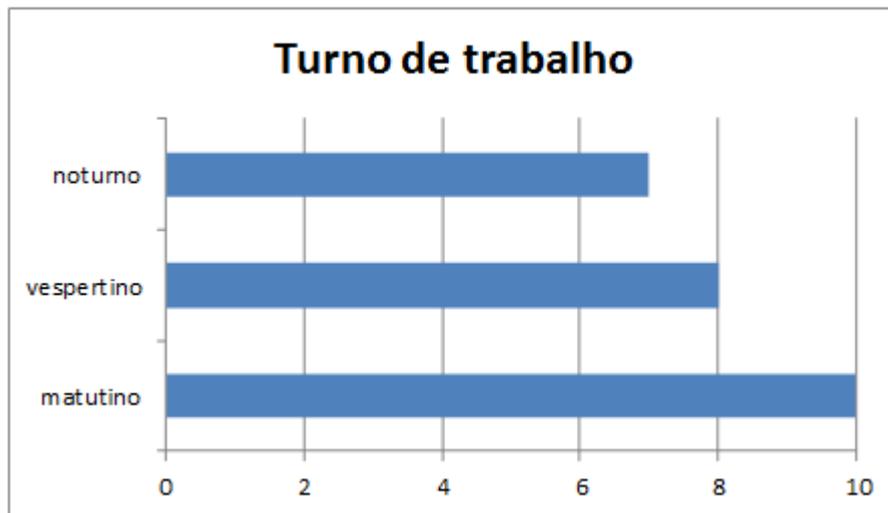


Gráfico 5 – Distribuição dos entrevistados conforme turno de trabalho, Boa Vista, 2017.

O tempo de atuação dos entrevistados no setor, de acordo com os depoimentos, registra uma variação de seis meses a 16 anos. Com o maior percentual (44%) no período de prática entre seis e dez anos. A média ficou em seis anos e meio, o que demonstra experiência laboral por parte dos enfermeiros. Conforme estudos de Magnago et al (2010), quanto mais tempo de experiência profissional, maior conhecimento de todos os trâmites laborais, levando o trabalhador a ter uma maior segurança no desempenho de suas funções.

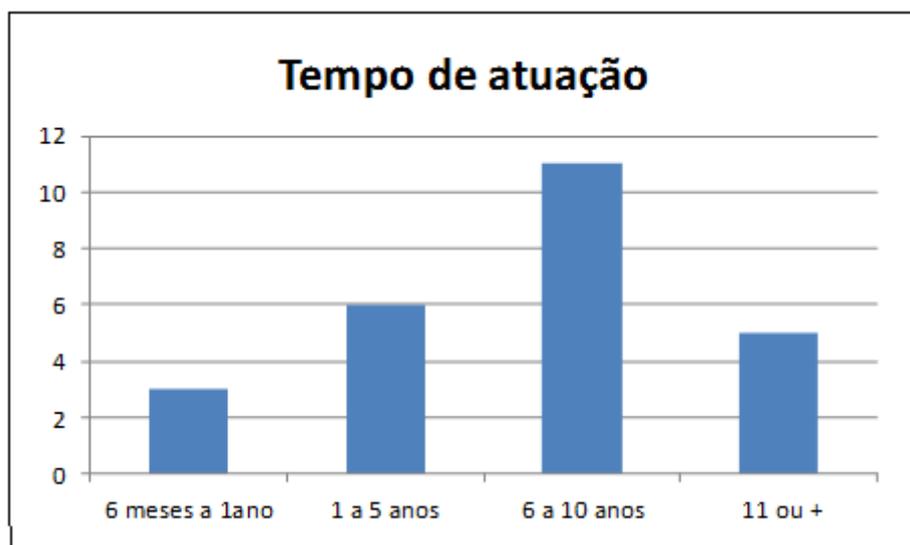


Gráfico 6 – Distribuição dos entrevistados segundo tempo de atuação no setor, Boa Vista, 2017.

Com os dados obtidos dos participantes, constatou-se que 10 enfermeiros (40%) entrevistados neste hospital trabalham em duas instituições e que os demais participantes, 15 enfermeiros (60%) possuem um único vínculo laboral. (Gráfico 7).

Este resultado difere do achado de Pafaro e Martino (2004) onde a minoria dos entrevistados possuía vínculo único (27%). O que possivelmente pode justificar este resultado é que o salário pago aos enfermeiros do Estado de Roraima é maior do que é pago em outras instituições da região. Além disso, trata-se de um hospital com vínculo público que oferece possibilidade de realização de horas extras, permitindo aos funcionários acréscimo em termos salariais.

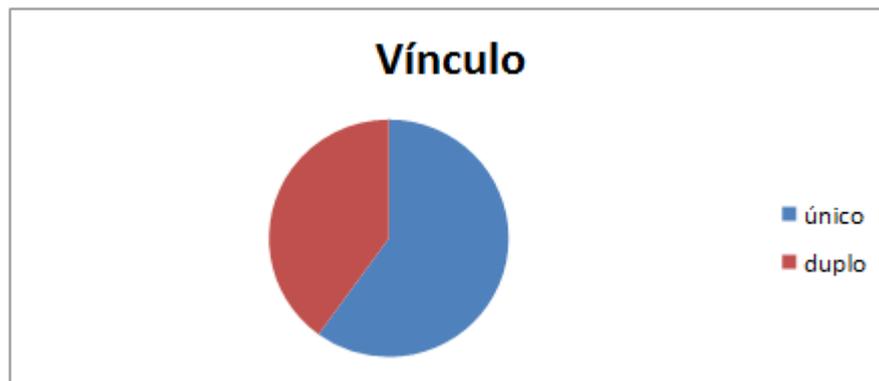


Gráfico 7 – Distribuição dos enfermeiros por vínculo empregatício, Boa Vista, 2017.

No decorrer do relato, os entrevistados foram questionados sobre a comunicação com os pacientes estrangeiros e se conseguiam compreender/falar outro idioma além do português. 15 enfermeiros (60%) relataram que não falavam nem compreendiam outros idiomas e 10 (40%) que conseguiam se comunicar em outras línguas, entre esses, seis dominavam a língua espanhola, três a língua inglesa e um enfermeiro falava/compreendia ambos os idiomas.

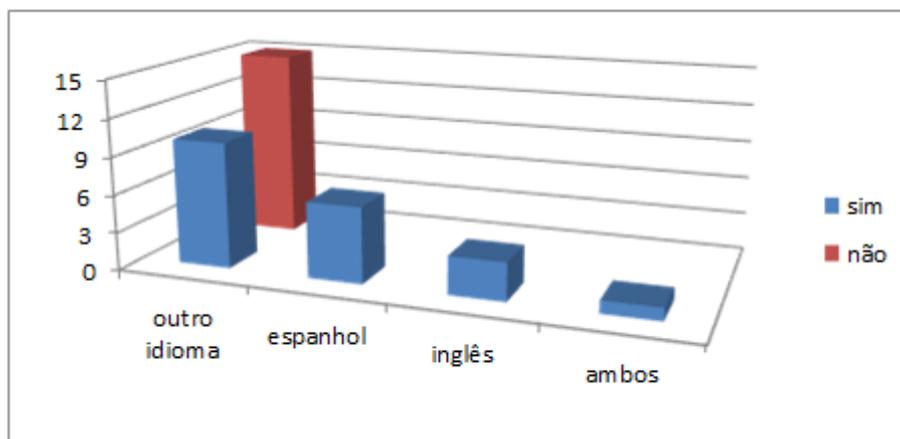


Gráfico 8 – Distribuição dos enfermeiros por idioma, Boa Vista, 2017.

Correlacionando os dados da média de idade dos enfermeiros (37 anos), com a média do tempo de atuação no setor (6,5 anos) e a porcentagem dos que não falam/compreendem outro idioma (60%) podemos associar que o aprendizado de outra língua pode não ter sido primordial em suas formações.

Há décadas o domínio de outro idioma se tornou uma condição básica para progredir na profissão. Como cita Camacho-Bejarano (2013, p.3), em seu estudo sobre a necessidade do ensino de uma segunda língua no ensino da enfermagem.

*O perfil de nova competência dos profissionais de enfermagem, o desenvolvimento científico e médico, a livre circulação de profissionais de saúde em todo o mundo, e a crescente diversidade social e cultural requer que os enfermeiros têm habilidades específicas em outras línguas.*

A mesma autora ainda reforça que com o potencial de crescimento da enfermagem, esta vai requerer a adaptação do perfil profissional às novas necessidades e demandas da sociedade, aproximando a realidade acadêmica e profissional.

A heterogeneidade no ensino de enfermagem também reflete a necessidade de unificar critérios, especialmente aqueles relacionados com a pesquisa e o uso de evidências científicas. Neste sentido, e por causa das diferenças linguísticas encontradas em todo o mundo, é fundamental estabelecer mecanismos de transmissão de novos conhecimentos contribuindo para um melhor desenvolvimento da enfermagem.

A crescente diversidade cultural em nossa sociedade requer que os serviços de saúde e seus profissionais tenham a capacidade de responder a uma população muito diversificada, com as barreiras linguísticas importantes, o que torna difícil e até impossível uma boa comunicação entre usuários e profissionais.

A aprendizagem de línguas no campo da saúde está ligada à abordagem holística pessoal, incluindo aspectos socioculturais, que se baseia no conhecimento de outras línguas como o fundamento do processo de comunicação, com o contexto cultural da pessoa que identifica o seu conjunto de valores e crenças.

Desta forma, falar e compreender outro idioma tornou-se imprescindível para o sucesso profissional em grandes empresas hospitalares.

Entretanto, como o hospital cenário da pesquisa é composto por funcionários admitidos através de concurso público, onde outro idioma não foi requisito para seleção, isso nos leva a pensar que essa possa ser uma explicação para o quadro exposto, ou ainda como Fonseca e Lopes Neto (2013), descrevem, que sendo a atividade laboral da enfermagem

considerada desgastante e vista como estressora, devido à sobrecarga de atividades, essa pode também ser um dos pressupostos que leva o profissional enfermeiro a não buscar capacitação.

Os 25 enfermeiros entrevistados confirmaram que já haviam realizado em algum momento da sua atuação profissional pelo menos um atendimento a pacientes estrangeiros. As nacionalidades desses pacientes foram listadas no Quadro 1.

**Quadro 1 – Nacionalidades dos pacientes estrangeiros citados pelos entrevistados, Boa Vista, 2017.**

<b>Nacionalidade</b>	<b>Nº de citações</b>
<b>Venezuelanos</b>	25
<b>Guianenses</b>	21
<b>Bolivianos</b>	15
<b>Africanos</b>	13
<b>Peruanos</b>	10
<b>Cubanos</b>	07
<b>Colombianos</b>	05
<b>Norte Americanos</b>	03

As regiões fronteiriças têm como característica o trânsito expressivo de pessoas vindas dos mais diversos lugares em busca de serviços de saúde.

O Quadro 1 demonstra o encontro multicultural existente no Estado de Roraima e mais particularmente dentro do HGR. Não se pode esquecer o fato desse ser o hospital de referência em uma região de fronteira entre três países, em um raio de 500 km a partir de Boa Vista.

Os enfermeiros relataram também como foi a experiência de prestar cuidados aos pacientes estrangeiros. As palavras mais citadas nessa experiência foram compiladas no Quadro 2, posteriormente organizado por cores, as palavras citadas relacionadas a uma experiência boa foram colocadas em verde, indiferente em azul e a ruim em vermelho.

**Quadro 2 - Número de citações de palavras relacionadas à prestação de cuidados de enfermagem ao estrangeiro, Boa Vista, 2017.**

Palavras citadas	Nº de citações
<b>Difícil</b>	127
<b>Estressante</b>	108
<b>Rotina</b>	86
<b>Desgaste</b>	79
<b>Transtorno</b>	53
<b>Constrangedor</b>	42
<b>Angustia</b>	36
<b>Impotência</b>	31
<b>Incomodo</b>	27
<b>Tristeza</b>	24
<b>Aflição</b>	17
<b>Indiferença</b>	13
<b>Gratificante</b>	07
<b>Satisfação</b>	05

#### 4.2. Categorias de Análise dos Dados

**Quadro 3 - Distribuição unidades de significação e categorias temáticas, Boa Vista, 2017**

UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	UNIDADES DE UR	CATEGORIAS
Comunicação	206	<b>Dificuldades encontradas no atendimento das necessidades de cuidado ao paciente estrangeiro</b>
Idioma	231	
Exigência de tratamento diferenciado	56	
Recusa	29	
Diferença Cultural	57	
Dar retorno às queixas	15	
Permanência prolongada	09	
Relacionamento	142	
Barreira linguística	189	
Arrogância	26	
Falta de respeito	06	
Constrangimento	75	
Ansiedade	61	
Estresse	138	
Angustia	49	
Tristeza	34	
Impotência	53	
Aflição	48	
Gratidão	18	
Empatia	09	

- **Categoria I - Dificuldades encontradas no atendimento das necessidades de cuidado ao paciente estrangeiro**

Segundo Carballo, Grocutt, Hadzihasanovic (1996), o acesso aos serviços de saúde e a diferença linguística surgem como um dos maiores obstáculos ao processo de integração dos imigrantes. Essas diferenças e dificuldades se relacionam diariamente no cotidiano hospitalar do HGR, tanto que os enfermeiros entrevistados corroboram com essa visão, pois para eles as dificuldades encontradas no atendimento desses pacientes estão, em quase sua totalidade, relacionadas a comunicação ineficiente entre o profissional e o paciente.

Portanto, dentre as fontes geradoras de dificuldades citadas pelos entrevistados, a falha na comunicação ganha destaque, realçando aspectos como o desconhecimento do idioma do paciente como uma barreira difícil de ser transposta. Nas falas, podemos perceber que os depoentes se referem a **comunicação**, ao **idioma** e a **barreira linguística**:

*A dificuldade maior é verbalizar com eles, já que não domino o espanhol, tão pouco o inglês. (E1)*

*Entender o que eles falam é a maior dificuldade, eles falam rápido, ansiosos pela resolução dos problemas deles. (E5)*

*A comunicação com eles é péssima, eu não entendo o que eles falam, nem eles me entendem. Eu acho isso uma barreira. (E17)*

*Tenho dificuldade em me comunicar, como vou saber quais as necessidades do paciente se não falo a língua dele? (E21)*

*A comunicação é a pior parte, saber o que o paciente está dizendo, sentindo e como avisar pra ele sobre os procedimentos que ele necessita? Fica tipo uma barreira entre nós. (E25)*

A comunicação é o processo de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas. As próprias mensagens e o modo como se dá seu intercâmbio exercem influência no comportamento das pessoas envolvidas, tanto no curto, no médio ou no longo prazo (STEFANELLI; CARVALHO 2005).

Desde o início desta pesquisa assumimos que uma comunicação de qualidade deve constituir um aspecto central nos cuidados de saúde. Segundo Teixeira e Trindade (2000), estudos efetuados em outros países referem que uma parte considerável da insatisfação dos pacientes relativos à qualidade dos serviços prestados está relacionada com os comportamentos comunicacionais.

Como forma de realizar um cuidado de enfermagem aprimorado, destaca-se a importância do diálogo, pois através dele cria-se uma aproximação entre as pessoas, inicia-se um contato mais próximo, uma relação de integração de culturas, uma troca de experiências e vivências (BARRA et al, 2010).

Há de se refletir sobre uma prática na qual a comunicação é, em grande parte do tempo, ausente, pois as enfermeiras não conseguem falar com quem cuida. Estes fatos podem estar relacionados ao comportamento humano, no qual a comunicação tem sido um desafio para o cuidado.

*O idioma diferente acaba sendo até uma desculpa para às vezes não se fazer a assistência, ahhh não entende o que eu falo?, então nem tento falar mais. (E13)*

O fato de existir o pensamento de que o imigrante não compreende a língua nem as explicações dadas, estabelecendo-se um pré-conceito, gera pouco ou nenhum esforço no sentido de se estabelecer um diálogo efetivo, sendo a comunicação reduzida a um muro de silêncio entre o enfermeiro e o paciente.

Vale aqui ressaltar que com o intuito de promover uma assistência adequada e integral, o Código de Ética de Enfermagem, no seu art. 14º estabelece que:

*É responsabilidade e dever dos profissionais de enfermagem aprimorar seus conhecimentos técnicos, científicos, éticos e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão, além de prestar uma assistência de enfermagem sem discriminação de qualquer natureza [...]. (COFEN, 2007)*

Percebe-se pelas entrevistas que alguns profissionais têm conhecimento parcial da língua, ou, ao menos conhecimento de algumas palavras-chaves, mas, ao realizarem o atendimento, notam que a complexidade é maior que simplesmente o conhecimento básico da língua, existe também um sentido diferente para as palavras.

*Eu tento falar portunhol, fazer mímica, mas falo uma palavra e eles entendem em outro sentido e acabam não fazendo o que eu peço. (E07)*

Um gesto ou uma palavra que no Brasil possuem um significado pode ter outro significado para outras culturas, muitas vezes até num sentido completamente diferente. Nesse aspecto, também existem várias maneiras de enfrentar e considerar o processo saúde-doença, necessita-se, portanto, a adoção de novas atitudes de aproximação com esse tipo particular de paciente.

Corroborando a tese de que a comunicação tem suma importância nas relações com o paciente estrangeiro, acreditamos que é preciso o desenvolvimento de novas habilidades comunicacionais na formação dos enfermeiros, em particular em áreas de fronteira, como em Roraima, pois essa temática emerge como um aspecto dificultador na interação com esse tipo de paciente. Não temos dúvidas de que o profissional de saúde precisa transmitir confiança ao paciente, ajudando a constituir uma nova dimensão do cuidado.

Quando as pessoas se comunicam, partilham experiências, pensamentos, impressões, conceitos e por meio dela podem modificar seus comportamentos e ajudar ao outro na construção de seu ser. Dessa forma, compartilhar, transmitir, anunciar, trocar, reunir e ligar são expressões variantes ou usos figurados de um sentido primordial e mais geral que exprime relação (MARTINHO, 2010). Ou seja, há um quadro relacional.

No que tange ao relacionamento com o outro, tal atitude requer narrar, expor, descrever, travar conhecimento, conseguir fazer amizade e isso só é possível quando se interage um com outro. Sendo assim, a interação é estabelecida por meio de relações entre os membros de um grupo ou entre grupos de uma sociedade, sendo uma ação recíproca entre ambos (SILVA, 2003).

Além disso, o trabalho do enfermeiro tem como base as relações humanas, seja para com os pacientes, seja com a equipe de enfermagem, estabelecendo o processo de comunicação como primordial para o estabelecimento dessas interações.

No processo de comunicação, a fonte e o receptor se influenciam mutuamente e cada um é em parte criado pelo outro, o que causa uma relação de interdependência entre ambos, onde o nível mais complexo dessa relação é a interação. A interação ocorre quando dois indivíduos tiram inferências sobre os próprios papéis e assumem a posição um do outro ao mesmo tempo, e se o seu comportamento de comunicação depende dessa adoção recíproca de papéis, momento em que eles estão em comunicação (BERLO, 2003).

Nesse aspecto, os enfermeiros relataram também a dificuldade de **relacionamento** profissional – paciente, como podemos observar nas falas:

*[...] a assistência fica prejudicada, não consigo estabelecer um cuidado, uma relação com ele, o paciente fica isolado na enfermaria. (E18)*

*Tenho disposição para atuar e resolver seus problemas, mas existe uma dificuldade no relacionamento com esse tipo de paciente, não é igual a um paciente brasileiro. (E11)*

A relação interpessoal é, em geral, um dos instrumentos por meio do qual os profissionais de saúde conseguem entrar em contato com o paciente, estabelecendo um relacionamento de confiança, de empatia.

No âmbito intercultural, isso pode ser muito complexo, podendo ocasionar problemas de relacionamento, em uma situação onde não é possível considerar como óbvio que o paciente compartilhe iguais conceitos de doença, de dor e de cura (RAMOS, 2008).

A importância da relação entre enfermeiro e paciente é vista como um desafio, para que se possa produzir um cuidado de forma qualificada. A humanização dessa relação traz a melhora na forma de se conseguir lidar com as singularidades dos imigrantes.

O processo de enfermagem é a principal metodologia para a prática laboral desses profissionais. É caracterizado por cinco etapas interrelacionadas (histórico, diagnóstico, prescrição, implementação e evolução) e acrescenta qualidade ao cuidado além de possibilitar a avaliação da assistência de enfermagem, aumentando o reconhecimento profissional (HERDMAN, 2015).

Para os enfermeiros, o próprio diagnóstico torna-se difícil dada a dificuldade do paciente, originário de outra cultura, verbalizar os sintomas e descrever os seus males e queixas. Assim, as dificuldades em compreender as queixas e as crenças do doente, assim como os problemas comunicacionais e linguísticos, podem originar dificuldades e erros ao nível da própria avaliação/diagnóstico e na apreciação do estado de saúde.

Os entrevistados relatam dificuldades em realizar a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), **dar retorno às queixas dos pacientes** o que pode acarretar o **prolongamento do tempo de internação** do paciente:

*[...] teve um paciente que ficou dois dias no leito gemendo, ninguém conseguia entender o que ele tinha, estava sem acompanhantes, só quando a esposa chegou e falava português, que ficamos sabendo que ele estava com cefaleia pós raqui. (E03)*

*Eu não consigo fazer a SAE com eles, como vou fazer o histórico de enfermagem sem falar a língua? (E09)*

Destaca-se que a interdependência da equipe de enfermagem é do nível de ação e reação, ou seja, cada integrante do processo comunicativo envia a mensagem, a recebe e reage a essas mensagens (BERLO, 2003).

Ainda segundo Berlo (2003), ao comunicar, tem-se um objetivo, que é colocado em ação quando se inicia esse processo e espera-se um resultado do outro com quem

comunicamos: a reação. É o *feedback*. Ele proporciona a quem emite informações referentes ao seu sucesso na realização de um objetivo.

Na enfermagem, o *feedback* é muito importante para verificar se alguma informação transmitida para o paciente está sendo compreendida, o *feedback* serve para avaliar se as mensagens transmitidas foram entendidas pelo receptor. A importância do *feedback* também pode ser observada quando os profissionais relataram que às vezes não se recebe a resposta que se espera.

*Eu perguntava pra ele se ele tinha me entendido, que não poderia comer nada, nem água, jejum de 12 horas, eu virava as costas e o paciente que estava no leito ao lado falava que ele tinha tomado o suco que o acompanhante trouxe. (E23)*

A comunicação em contexto de saúde tem de estar adaptada às capacidades cognitivas, ao nível cultural, às representações e crenças de saúde, às necessidades individuais, emocionais, sociais, culturais e linguísticas do paciente (RAMOS, 2008).

Neste contexto, a instalação de um clima de confiança e de compreensão entre o paciente e o enfermeiro passa por gestos, atitudes e palavras acessíveis e simples, pelo diálogo e pela comunicação com o outro, exigindo o conhecimento, não só da cultura e do respeito pela diversidade, mas também exigindo atenção, sensibilidade, disponibilidade e empatia, em relação ao indivíduo e às situações, na sua singularidade e especificidade.

É importante acentuar que uma ética de cuidados implica ter em conta a cultura do doente e dar a este explicações sobre a sua doença, sobre as medidas protetoras, sobre as restrições às quais se deve submeter, quais os medicamentos que deverá tomar, tudo em uma linguagem acessível à sua compreensão.

Os entrevistados também relatam que por diversas vezes perceberam atitudes agressivas e arrogantes por parte dos estrangeiros.

*[...] Eles acham que é nossa obrigação entender o que eles estão falando, gritam com a gente e exigem um tratamento diferenciado. (E25)*

*A maioria dos pacientes não querem saber se entendemos ou não, são arrogantes, ignorantes e se acham cheios de direitos, tratam mal toda a equipe de enfermagem. (E12)*

*Eles nos tratam como lixo, como empregados, sempre arrogantes e cheios de exigências. (E06)*

Os códigos culturais e linguísticos, assim como os rituais de interação diferem segundo as culturas e sub culturas e, deste modo, o desconhecimento ou não respeito por estas

diferenças nos diversos contextos gera problemas comunicacionais e pode reforçar os estereótipos e os preconceitos (RAMOS, 2008).

Com efeito, as variáveis culturais afetam a comunicação ao nível da percepção, dos olhares, das representações e estereótipos sobre o outro, sobre os acontecimentos, ao nível dos processos verbais e não verbais (ABREU, 2012).

A cultura tende a produzir percepções diferentes do mundo exterior, os nossos sistemas de valores, as nossas crenças, atitudes, a nossa visão do mundo e dos outros, a nossa organização social e política exercem influência sobre as nossas percepções.

Como resultado disto, encontramos representações de saúde, de doença, crenças, práticas de proteção e de saúde que variam, segundo os indivíduos, os grupos culturais, as classes sociais, as culturas e os contextos de desenvolvimento.

O enfermeiro deverá adotar estratégias que respondam às necessidades culturais dos clientes. Assim é necessário que desenvolva competência cultural que lhe permita prestar cuidados adequados aos pacientes com diferentes culturas, principalmente as quais possui grande potencial de se deparar ao longo da sua vida profissional, o que é o caso de contextos fronteiriços. O desenvolvimento desta competência é um processo lento, exigindo que o enfermeiro mude o seu modo de pensar e de atua (LEININGER, 1998).

Corroborando com estes achados, esta realidade exige que os profissionais sejam treinados para adquirir competências que lhes permitam lidar, de forma positiva, com as “exigências” dos pacientes estrangeiros.

Do mesmo modo, as dificuldades de compreensão linguística do indivíduo migrante, as quais podem, por exemplo, gerar dificuldades em compreender a medicação a longo prazo ou as medidas de prevenção poderão conduzir a uma ineficácia dos cuidados, a uma recusa ou confusão na administração dos medicamentos, a níveis baixos de adesão a comportamentos preventivos, à realização de exames médicos e a medidas protetoras de saúde. (RAMOS, 2008)

*Muitos se recusam a receber a medicação, por mais que eu tente explicar o que é, eles não deixam aplicar. (E01)*

*[...] Teve um que se recusou a deixar passar a sonda naso-gástrica. [...] Eu desisti de tentar, ninguém vai pagar por esse material desperdiçado, fica tudo nas costas do SUS. (E04)*

*Eles vem fazer tratamento no HGR, ficam ocupando leito, não deixam a gente fazer nosso trabalho, recusa a medicação e os brasileiros ficam lá no corredor, na maca dura, sofrendo. (E21)*

A presença de imigrantes tem provocado questionamentos sobre o princípio da universalidade do SUS, o que ficou evidente em algumas falas dos questionários. Nesse sentido, os estrangeiros estariam ou não contemplados por essa universalidade de atendimento?

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 afirma a saúde como “Direito de Todos e Dever do Estado” e a Lei nº. 8080/1990 ao regulamentar o texto constitucional, reitera no seu artigo 2º, que a “Saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis para seu pleno exercício”.

Assim, ainda que a legislação em saúde não se refira especificamente ao acesso de estrangeiros ao SUS, depreende-se do texto legal que o direito universal à saúde transcende os cidadãos brasileiros natos ou naturalizados, pois se refere a todos os seres humanos, e que o acesso universal ao SUS deve ser garantido às pessoas independente de nacionalidade.

De outra parte, o artigo 5º da Constituição Federal reza 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...”, donde se conclui que estrangeiros residentes no Brasil têm os mesmos direitos sociais dos brasileiros.

O que é também afirmado pelo Estatuto do Estrangeiro (Lei nº. 6.815, de 19 de agosto de 1980) que em seu artigo 95 rege: “O estrangeiro residente no Brasil goza de todos os direitos reconhecidos aos brasileiros, nos termos da Constituição e das leis”.

Nesse sentido, qualquer cuidado, independente das emergências e necessidades de longo prazo, de acordo com o princípio da equidade da lei que institucionalizou o SUS, e da característica universal do cuidar, o paciente estrangeiro precisa ser visto como ser humano necessitando de cuidados, independente da sua nacionalidade, a enfermagem não pode criar fronteiras para o cuidar.

A saúde é um bem público que deve ser gerida de forma independente de fronteiras físicas ou administrativas, de culturas ou língua, em verdadeira diplomacia global da saúde (ABREU, 2012).

Muitos imigrantes nunca se beneficiaram de cuidados de saúde em seus lugares de origem, reagindo com desconfiança e estranheza à nossa abordagem de tratamento, que se torna ainda mais exacerbada no caso da hospitalização.

Muitas dificuldades se levantam para os enfermeiros, relativamente à comunicação. Se a doença, e a hospitalização são por si só, sinônimos de mal estar, ansiedade e estresse, esta situação é ainda maior quando o enfermeiro se confronta com um código linguístico e cultural

diferente. Esses problemas geram demora no atendimento, diminuição da qualidade da assistência prestada e consequente insatisfação de ambas as partes.

Cabe aqui ressaltar que dos 25 enfermeiros, 13 (52%) relatam que a presença de intérpretes no ambiente laboral ajudaria na prestação de cuidados aos estrangeiros como demonstra as falas a seguir:

*Entendo que se houvesse alguém na unidade, um tradutor para ajudar nesse tipo de atendimento, evitaria muitos inconvenientes. (E1)*

*Deveríamos ter intérpretes presentes 24 horas no hospital para facilitar o atendimento. (E16)*

Desses 13 enfermeiros, 10 entendem que é função estatal, pela localização geográfica do Estado, fornecer cursos de capacitação, sobretudo na questão cultural e linguística.

*Se nós profissionais fossemos capacitados, seria um ganho para ambas as partes, principalmente para os clientes. (E25)*

*[...] devido estarmos em uma região de fronteira deveríamos receber um treinamento específico quanto à diferença cultural e principalmente ao idioma. (E11)*

Assim como é ofertado auxílio no atendimento da saúde indígena na região, estrangeiros em seu próprio território, que é organizado por diretrizes específicas do Estado, o que inclui dentro dos hospitais, uma coordenação indígena, fornecendo auxílio aos profissionais de saúde incluindo intérpretes no atendimento e nas prestações de cuidados a essa população.

## **Categoria II – Sentimentos percebidos na prestação de cuidados de enfermagem**

O encontro com a “diferença cultural” nos cuidados de saúde pode levar a fortes reações emocionais ou a atitudes de rejeição por parte dos enfermeiros, sobretudo quando não há um bom conhecimento sobre a cultura do paciente.

Desta maneira, mediante os depoimentos, observaram-se sentimentos e reações durante as atividades exercidas pelos enfermeiros no cuidado ao paciente estrangeiro.

*Atender esses pacientes é péssimo, fico ansiosa só de pensar em passar visita no leito deles [...] fico aflita quando o paciente me solicita, não sei se ele está se queixando de dor ou qualquer outro sintoma. (E01)*

*A comunicação é difícil [...] me sinto estressada com essa situação. (E07)*

*Sinto aflição de não conseguir prestar uma assistência adequada. (E13)*

*Fica difícil estabelecer o cuidado sem a comunicação [...] fico ansiosa quando tenho que explicar alguma coisa pra eles. (E 21)*

*Algumas vezes me estresso com certos pacientes, eles se irritam por não entendermos a língua deles. (E24)*

Percebe-se que a representação acerca dos fatores desencadeadores do estresse, da angústia e de aflições dos enfermeiros são atribuídos a um elemento principal: a falta de comunicação. Nesta situação, podemos verificar que as barreiras culturais e linguísticas geram grandes problemas, não apenas aos pacientes, como também aos enfermeiros.

A comunicação tem indicadores geradores de desconforto, causados, provavelmente, por inadequações desse ato, comprovando que ela pode causar adoecimentos e mudanças no estado emocional que podem interferir no corpo físico e no psicológico dos profissionais (RAMOS, 2008).

O enfermeiro é uma das categorias profissionais que mais sofre os impactos do estresse ocupacional, visto que é a profissão que mais tempo permanece em atividade dentro do hospital, estando exposto aos riscos ocupacionais e ainda a situações desgastantes físicas e emocionais, as quais repercutem diretamente no cuidar de si e dos outros (CAMELO, 2006; MEZANI; BIANCHI, 2009; OLIVEIRA; SOUZA, 2012).

Sabe-se que os níveis excessivos de estresse não interferem somente no corpo físico de uma pessoa, mas também em aspectos relacionados à sua saúde mental. O estresse desencadeia uma série de outros sentimentos, tais como ansiedade, que foi um elemento bastante presente nos relatos dos depoentes.

Essa situação torna-se ainda mais problemática quando o ambiente hospitalar também apresenta deficiências, como a nossa observação *in loco* permite atestar. O ambiente hospitalar influencia a saúde do paciente e também a saúde do enfermeiro quando este faz o seu trabalho, pois o profissional já enxerga o hospital, na maioria das vezes, como um ambiente duro e estressante. Na situação do HGR, o ambiente não satisfaz as necessidades de quem o utiliza, resultando numa desestruturação nas relações laborais, não contribuindo para um comportamento humano adequado, causando degradação, perda de identidade e dificuldade nas relações desenvolvidas neste ambiente (OLIVEIRA; CHAVES-MAIA, 2008).

A estrutura organizacional dos hospitais públicos revela uma carência de pessoal e, devido a essa insuficiência de recursos humanos, os enfermeiros constantemente executam atividades que não são de sua competência.

Quanto à organização do trabalho, estudos como o de Calderero, Miasso e Corradi-Webster (2008) apontam fontes de estresse do profissional de enfermagem o funcionamento organizacional deficitário, os relacionamentos interpessoais e a sobrecarga de trabalho.

Silva e Marziale (2006, p.170) explicam que as inadequadas condições de trabalho são “provenientes do ambiente de trabalho, da forma de organização e das atividades insalubres executadas, caracterizadas pela exposição dos trabalhadores de enfermagem, aos fatores de risco aos agentes biológicos, químicos, físicos” que contribuem para o adoecimento do profissional.

Calderero, Miasso e Corradi-Webster (2008) também citam a falta de recursos humanos e de recursos materiais, aliada a falta de organização do trabalho, como fonte de desgaste físico e mental dos profissionais de enfermagem.

Verifica-se que esse profissional é impelido a privilegiar algumas atribuições em detrimento de outras e que, às vezes, as escolhas não são as mais adequadas, conduzindo-o a um distanciamento do seu objeto de trabalho e, por sua vez, do paciente, surgindo o desgaste e o sentimento de inutilidade, o que incide sobre o modo operatório do enfermeiro, e por sua vez, repercute na percepção do sentido do trabalho, na subjetividade do mesmo e no processo saúde-doença dos pacientes e dos enfermeiros.

Para Schmoeller et al (2011) as condições de trabalho às quais os profissionais de enfermagem estão submetidos nos ambientes hospitalares refletem-se na qualidade da assistência prestada ao usuário e no sofrimento psíquico dos profissionais.

Os enfermeiros sentem-se estressados, aflitos e ansiosos e não confortáveis no ambiente hospitalar em que atuam. Aliado a esses fatores, eles ainda reconhecem elementos externos a interferência na qualidade da interação profissional-paciente, por conta da questão do idioma e da cultura diferente, os quais, na visão deles, impossibilitaria realizar o atendimento como gostariam.

Neste contexto, é fundamental conhecer a realidade multicultural em que nos encontramos para podermos prevenir consequências negativas, tanto físicas quanto psicológicas, seja para quem cuida, seja para quem é cuidado.

Nestas falas podemos identificar os sentimentos de **tristeza, impotência e angústia** nos profissionais:

*Com o impacto da presença deles no meu setor, vem a angústia em como atender da melhor forma. (E03)*

*Enquanto profissional, sinto-me impotente. (E07)*

*[...] sinto tristeza e impotência quando não consigo resolver os problemas em relação à saúde deles. (E19)*

A presença de sentimentos ligados à impotência pode ser um indício de sofrimento, pois a presença desses sentimentos configura-se um agravante para o trabalhador no desenvolvimento de suas atividades laborais, assim como, para sua saúde (DEJOURS, 2001).

Este possível sofrimento ocorre, principalmente, pela autocobrança desse profissional, já que diante de suas exigências pessoais, as atividades estariam sendo desenvolvidas com uma qualidade inferior a qual este profissional estaria disposto a realizar (SANTOS et al, 2013).

Mediante a necessidade de improvisar uma comunicação efetiva, o processo de cuidar torna-se uma possível fonte de sofrimento para o enfermeiro, o profissional enxerga uma barreira impossibilitando prestar, com qualidade, a assistência.

*Diante desse problema, os profissionais tentam fazer o melhor que podem, porém isso implica a perda de tempo, que poderia ser destinado à assistência, resultando em prejuízo para a qualidade do cuidar. Surge, então, a irritação e cansaço do profissional. (RODRIGUES, 2012, p. 459)*

Apesar do esforço para entender o paciente, assim como para se fazer entender, a falta de *feedback* na comunicação entre paciente e enfermeiro quanto à compreensão das orientações para a continuidade do tratamento assume um significado de sentimento de impotência, pela ideia de que o tratamento não é o adequado.

Nas falas também podemos verificar a presença de constrangimento ao atender o estrangeiro em detrimento de pacientes nacionais:

*Acho que devia ser melhor verificado a entrada de estrangeiros no hospital, pois existe atualmente uma sobrecarga desses pacientes, o que dificulta e impossibilita o atendimento aos brasileiros e prejudica o serviço dos profissionais. Me constrange ter leito para estrangeiro e não ter para brasileiro. (E16)*

*Temos que entender a política deles lá, por que eles vêm pra cá? Não temos condições de atender nem os nossos pacientes, e ainda fica tudo na conta do estado. É constrangedor essa situação. (E24)*

*[...] Por vezes temos uma superlotação do setor e com isso presenciamos brasileiros não tendo como ser melhor instalados, por termos pacientes estrangeiros ocupando leitos, isso muitas vezes me deixa constrangida. (E25)*

A fala dos profissionais realça uma ideia de distinção entre os pacientes, no aspecto da nacionalidade. O constrangimento alegado reforça sentimentos de identidade do enfermeiro com o paciente brasileiro, para o qual, no entendimento desses profissionais, o sistema de saúde deveria estar focado, ainda mais em um hospital público.

Evidencia-se nas falas o desconhecimento dos textos legais que regem o SUS, o que deve ser regido pela universalidade e equidade no atendimento. Percebe-se, também, nessa atitude, mesmo em uma região com intensa mobilidade humana entre fronteiras, que o profissional não está preparado para uma atitude compreensiva para com uma realidade cada vez mais marcada pela multiculturalidade.

Segundo Neves (1999), a rápida transformação da nossa sociedade, exige que os enfermeiros se formem cada vez mais para a multiculturalidade e se livrem definitivamente de etnocentrismos, por meio de atitudes abertas à diversidade dos pacientes que deles dependem para o cuidar.

Apesar da pesquisa de campo ressaltar fatores como o problema de comunicação entre o paciente e o enfermeiro, não há como se desconsiderar que o alegado constrangimento traz em si a presença de uma argumentação xenofóbica, por mais que se esses indivíduos forem indagados sobre isso, eles provavelmente não admitam tal conduta.

*Percebo que na minha profissão alguns companheiros enxergam esses pacientes com indiferença, devido a sua origem. (E17)*

*Esses pacientes são discriminados por muitos profissionais. (E22)*

Em primeiro lugar, devemos destacar que xenofobia é um conjunto de discursos e ações que vislumbram o estrangeiro como uma ameaça para a sociedade na qual ele chegou, o que faz com que a sociedade procure deixá-lo fora dela, pois o vê como um problema (VENTURA, 2017).

A ausência de uma capacidade de comunicação entre os enfermeiros torna-se mais um fator a reforçar o elemento xenofóbico, pois, não se pode esquecer o fato de o HGR ser o hospital de referência em uma região de fronteira entre três países, o que faz com que sua estrutura, inclusive em termos de recursos humanos, deva estar adequada a essa realidade. Ele é o principal local de atendimento de saúde de média e alta complexidade nessa extensa área.

Objetivamente, o HGR deve ser pensado como um local de atendimento de pacientes de três nacionalidades e, portanto, devendo estar preparado para se comunicar em, pelo menos, três idiomas, português, espanhol e inglês.

Porém, essa realidade não gerou nos profissionais o interesse pelo conhecimento do idioma e nem motivou os setores públicos para que incentivassem seus funcionários a buscarem uma qualificação em termos comunicacionais e de tolerância para o estabelecimento de uma boa relação entre os enfermeiros e os pacientes.

A explicação para isso pode vir do fato de que a própria ideia de fronteira, sempre foi vista de forma marginal pelos Estados Nacionais, o que não é diferente no norte do Brasil, reforçando a ideia de que o que atravessa a fronteira é um “problema”.

Em um contexto no qual a grande maioria dos serviços públicos é de má qualidade, a ideia de que a culpa pelo mau funcionamento é da pessoa que veio de fora, que cruzou a fronteira, é bastante útil para o poder público e também para o enfermeiro justificar sua ineficiência.

Tal situação se torna ainda mais problemática quando a realidade apresenta um evento crítico, no sentido de um fluxo singular nunca antes experimentado em determinada região, como o caso atual de Roraima, onde o aumento da entrada de venezuelanos trouxe um volume maior de atendimentos a partir do final de 2015 no estado (VERAN; NOAL; FAINSTAT, 2014).

Dessa forma, o discurso xenofóbico se torna bastante útil, tendo em vista o fato de a maioria dos imigrantes que se dirigiram para Boa Vista possuir grande vulnerabilidade social, criando o estigma de que esses indivíduos são um problema para a sociedade roraimense, principalmente em termos de saúde, pois estariam, numa interpretação cheia de senso comum, numa condição em que provavelmente sua saúde não é adequada, o que aumentaria os fatores de risco para a sociedade de destino (GOFFMAN, 1975).

Esse discurso também reverbera nos enfermeiros, os quais, apesar de apresentarem conhecimento técnico sobre o quadro de saúde e de doenças, acabam recorrendo a generalizações para falarem sobre a ameaça que esses imigrantes significam, reforçando o sentimento classificado como Veran, Noal e Fainstat (2014), como medo sanitário.

*Eu tenho receio de atender no PAAR, não sei se eles podem trazer alguma doença nova pra cá, não se vacinam, não se cuidam lá, você sabe [...] ouvi falar que vão criar uma barreira sanitária. (E24)*

Não restam dúvidas de que em um contexto no qual a circulação de pessoas é característica do mundo contemporâneo e de uma região no qual essa circulação parece ser um quadro que não diminuirá no curto prazo, o hospital de referência regional e internacional, como o caso do HGR, é fundamental que os enfermeiros estejam melhor qualificados e menos sujeitos a sentimentos xenofóbicos, pois, a ausência de um quadro mais compreensivo da realidade social e em especial da saúde podem reforçar atitudes contrárias aos compromissos que a enfermagem deve possuir.

No entanto, apesar da maioria dos entrevistados apresentarem sentimentos/ reações negativas em relação a presença do paciente estrangeiro, é importante destacar depoimentos que revelam sentimentos de gratidão e empatia.

*Eu sei que quem procura atendimento aqui é porque precisa muito, são extremamente sofridos, né? Eu fico grata em poder ajudar de alguma forma. (E06)*

*Eu sou de fora sabe? [...] sofri preconceito quando cheguei aqui, acho que por isso tento ajudar da melhor forma, tratar com simpatia mesmo. (E08)*

*Sinto gratidão de poder ajudar, eles sofrem muito lá. (E22)*

Desta forma, valores como empatia e gratidão no ato de cuidar do paciente puderam ser observados e foram expressos pelos depoentes como forma de valorizar as atividades realizadas. Isso ocorre porque o ato de cuidar do outro que está em estado de vulnerabilidade, comumente possibilita aos enfermeiros experiências agradáveis, sobretudo a de estar sendo útil a quem necessita.

Demonstra também, que mesmo que a enfermagem venha sendo fortemente impactada pelas transformações e exigências do mundo contemporâneo, como afirmam Traesel e Merlo (2009), os valores altruístas e de caridade que regeram a prática da enfermagem, ainda se faz presente e permanece em sua prática laboral.

Entretanto, esse sentimento de empatia deve vir acompanhado pela construção de conhecimento sobre o outro, no qual valores como a tolerância e a abertura multicultural sejam regidos, não por sentimentos de caridade, mas por conhecimentos técnicos e científicos que melhorem a formação dos enfermeiros, o qual é uma exigência da enfermagem contemporânea.

## CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para trabalhar em contextos multiculturais e os compreender, os profissionais têm necessidade de dissecar e trabalhar diversos conceitos. A preparação dos enfermeiros em aspectos relacionados à ética, valores, especificidades e tradições culturais é imprescindível para prestar cuidados culturalmente competentes.

A possibilidade de aprender a respeitar os hábitos e costumes diferentes pode ser construída por meio do conhecimento do significado da experiência que o outro possui e de seu modo de ser e de agir. Por isso, a importância da forma de se aproximar e se relacionar com o paciente, considerando-o com todas as suas características e peculiaridades e respeitando sua identidade.

Cabe a todos os enfermeiros manter ou melhorar as condições de saúde, e compreender que os migrantes não são “problemas”, são pessoas que migram em busca de melhores condições de vida, devendo ser respeitadas na sua qualidade de seres humanos. O direito à saúde é um direito universal que respeita a cultura e as crenças individuais.

Os enfermeiros, embora estejam sensíveis aos cuidados culturalmente competentes, sentem que os seus conhecimentos são insuficientes e por isso necessitam de formação em questões multiculturais, notadamente em termos de idioma.

O conseguir se comunicar de forma plena favorece, por um lado, o acolhimento do paciente, dando-lhe alguma segurança e fazendo-o sentir-se compreendido e, por outro lado, proporciona aos enfermeiros a possibilidade de descobrirem e compreenderem que, por detrás de um comportamento considerado anormal, inadequado e estranho, está um comportamento e um ritual que obedecem a uma determinada lógica.

É importante sensibilizar os enfermeiros para a importância da comunicação em saúde, como forma de melhorar a qualidade dos cuidados prestados, de promover a equidade, de fomentar a satisfação do paciente, de melhorar a sua adesão ao tratamento e, ainda, de reduzir o sofrimento, a ansiedade e o estresse nos profissionais. É indispensável, para diminuir as dificuldades de comunicação, para combater o fosso existente entre modelos explicativos e culturais diferentes, para um melhor acolhimento e compreensão das concepções e práticas de saúde e doença das populações a quem presta cuidados, que os enfermeiros tenham uma formação sociocultural capaz de garantir a comunicação e a tolerância com os pacientes.

A integração de conhecimentos antropológicos, sociológicos e de valorização da tolerância na formação dos enfermeiros pode ajudar a melhorar a comunicação e a combater os estigmas e os estereótipos, evidenciando e ajudando na compreensão dos processos de

comunicação e das lógicas individuais e culturais dos comportamentos. Necessário, também, ter em conta que entre imigrantes podem existir grupos particularmente vulneráveis em questões de saúde.

Torna-se, portanto, indispensável o desenvolvimento de estratégias e intervenções socioeducativas para que os profissionais possam situar-se e fazer face de uma forma responsável e refletida às diversidades individuais e culturais que encontram nas instituições, assim como aos problemas complexos colocados pela comunicação entre indivíduos cujas referências culturais são diferentes, para, dessa forma, desenvolver em todos, tanto uma maior compreensão da sua própria cultura e das outras culturas, quanto uma maior capacidade de comunicação com os membros da sua cultura ou pertencentes a outros grupos e culturas.

O número crescente de pacientes de diferentes culturas e nacionalidades cria um grande desafio para os enfermeiros ao exigir que prestem uma assistência individualizada e holística baseada nas necessidades culturais de cada um. Isso impele os enfermeiros à compreensão das diferenças culturais em termos de conceito de saúde, crenças e costumes.

Os enfermeiros devem ter uma mente aberta e interesse para aprender e tolerar outras formas de cultura. O conhecimento multicultural é importante, para que possam se tornar sensíveis às necessidades dos pacientes de várias culturas, especialmente em nossa sociedade cada vez mais global e complexa, já que os enfermeiros têm o contato íntimo com o paciente e são responsáveis pela formulação da assistência de enfermagem, que ajuda a satisfazer as necessidades individuais dos pacientes.

No reconhecimento do direito à liberdade de movimento condena-se qualquer ato discriminatório, os imigrantes têm o direito de tratamento justo e com equidade. Realidades diferentes requerem respostas ajustadas. A deficiente comunicação foi a maior dificuldade encontrada no cuidado, sendo necessário encontrar estratégias para diminuir essa barreira e aproximar os enfermeiros dos pacientes para a promoção da multiculturalidade dentro do hospital, evitando assim discriminação.

Sendo o cuidar do ser humano o processo de atenção dos enfermeiros, pensamos ser necessário subsidiar a formação destes com referenciais e conhecimento sobre a multiculturalidade, de forma a podermos contribuir com a minimização dos problemas decorrentes da presença do imigrante no ambiente hospitalar. Faz-se necessário apostar em lideranças sensíveis a culturas diferentes, assim como garantir o acesso ao conhecimento de outros idiomas, para que os enfermeiros estejam preparados para mediação na interpretação clínica.

Recomenda-se que os serviços de saúde tornem acessíveis intérpretes para o acolhimento desses pacientes. Ressalta-se também a importância do incentivo dos gestores quanto à capacitação dos profissionais atuantes nesses cenários e com isso conscientizar os profissionais sobre a importância da multiculturalidade dentro do ambiente hospitalar.

No que diz respeito ao ensino da enfermagem, deveriam ser integrados no currículo disciplinas ou conteúdo que ensinem a compreender o significado da multiculturalidade, a sua importância para a compreensão e enfrentamento das dificuldades encontradas no cuidar.

Salientamos que desta forma é possível aumentar a consciência e competência cultural dos enfermeiros, contribuindo para uma maior humanização dos serviços, além de ultrapassar barreiras na prestação dos cuidados, permitindo satisfação tanto do enfermeiro quanto do paciente.

Na perspectiva da saúde do trabalhador as emoções/ sentimentos percebidos pelos enfermeiros na prestação de cuidados ao paciente estrangeiro torna-se algo preocupante, pois mostra um número significativo de profissionais com risco potencial para o adoecimento. O resultado deste estudo sugere que estresse, ansiedade, aflição, tristeza, impotência, angústia e constrangimento que afloram no profissional durante suas atividades laborais poderá interferir na sua saúde física e emocional e conseqüentemente, poderá refletir também na qualidade da assistência prestada ao paciente.

O descompasso no trabalho reflete diretamente no processo de cuidar, visto que o enfermeiro necessita estar livre de uma sobrecarga cognitiva, sobrecarga esta, que pôde ser identificada na fala dos depoentes, como ao relatarem que acham que o atendimento desses pacientes estrangeiros não deveria ser executado no hospital cenário do estudo. Esses questionamentos aliados às dificuldades encontradas no processo de cuidar de pacientes com diferenças culturais e linguísticas pode colaborar com o surgimento de um sofrimento laboral, caso estratégias de apoio não sejam criadas.

Ademais, os resultados desta pesquisa são relevantes em termos de contribuição acadêmica, pois os dados produzidos e suas considerações poderão ser utilizados como fontes de informação para futuras pesquisas mais profundas e abrangentes sobre a temática.

## REFERÊNCIAS

ABREU, W. **Saúde, doença e diversidade cultural**. 2. ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2012.

ARAÚJO, S. T. C. **Os sentidos corporais dos estudantes no aprendizado da comunicação não verbal do cliente na recepção pré-operatória: uma semiologia da expressão através da sociopoética**. 2000. 241p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BARRA, D. C. C et al.. Hospitalidade como expressão do cuidado em enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n.2, p. 203-8, 2010.

BERLO, D. K. **O processo da comunicação: introdução à teoria e à prática**. 10. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

BAENINGER, R. São Paulo e suas migrações no final do século 20. **São Paulo em Perspectiva**, v. 19, n. 3, p. 84-96, 2005.

BOLANDER, V. R. **Enfermagem fundamental: Abordagem psicofisiológica**. 3. ed. Lisboa: Lusodidacta, 1998.

BORDENAVE, J. E. D. **O que é comunicação**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras estabelecidas em pesquisas e testes em seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

CALDERERO, A. R. L.; MIASSO, A. I.; CORRADI-WEBSTER, CM. Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de Pronto Atendimento. **Rev. Eletr. Enferm** [Internet], v.10, n.1, p.51-62, 2008.

CAMACHO-BEJARANO, R. et al . Inglês no grau de enfermagem: um assunto pendente. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 641-648, abr. 2013.

CAMELO, S. H. H. Estresse e atividade ocupacional do enfermeiro hospitalar. **Rev. Baiana enferm**, Salvador, v. 20, n. 1/3, p. 69-77, 2006.

CARBALLO, M.; GROCUIT, M.; HADZIHASANOVIC, A. Women and migration: a public health issue. **World Health Statistics Quarterly**, v. 49, n. 2, p. 158-64, 1996.

COFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2007. Disponível em: <<http://portal.coren-sp.gov.br/node/35326>. Acesso em: 09 ago. 2017.

CONTENTE, A. **A multiculturalidade na relação enfermeiro-utente**. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa, 2001.

DAL PRÁ, K. R.; MENDES, J. M. R; MIOTO, R. C. T. O desafio da integração social no MERCOSUL: uma discussão sobre a cidadania e o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 2, p. S164-73, 2007.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5. ed., São Paulo: Cortez - Oboré, 2001.

DOURADO, A. MP abre procedimento para apurar causas da superlotação nos hospitais. **Folha de Boa Vista**, Boa Vista, 23 nov. 2016. Cidade, p. 8.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Tratado de Cuidados de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 2012.

FONSECA, J. R. F.; LOPES NETO, D. **Níveis de estresse ocupacional e atividades estressoras em enfermeiros de emergência**. In: 17º Seminário Nacional de Pesquisa em

Enfermagem, 2013, Anais... Natal: ABEn, 2013. Disponível em: <[http://www.abeneventos.com.br/anais\\_senpe/17senpe/pdf/0773co.pdf](http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/0773co.pdf)>. Acesso em: 12 ago. 2017.

FOUCHER, M. **Obsessão por fronteiras**. São Paulo: Radical Livros, 2009.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: LTC, 1975.

GUILD, E. **Security and migration in the 21st century**. New Jersey: Polity Press, 2009.

HERDMAN, T. H. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação, 2015-2017**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

LEININGER, M. **Culture care diversity and universality: A theory of nursing**. Boston: Jones and Bartlett Publishers, 2001.

LEININGER, M. Enfermagem Transcultural: Imperativo da Enfermagem Mundial. **Revista de Enfermagem**, Lisboa, n. 10, p. 32-36, 1998.

LEININGER, M. **Transcultural nursing: concepts, theories, research & practices**. 2ed. New York: McGraw-Hill, 1995.

LEOPARDI, M. T. **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

LITTLEJOHN, S. W. **Fundamentos teóricos da comunicação humana**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

LUCENA, A. F.; GOES, M. O. O processo de comunicação no cuidado do paciente submetido ao eco-stress: algumas reflexões. **R Gaúcha de Enferm.**, Porto Alegre, v. 20, n. esp, p. 37-48,1999.

MAGNAGO, T. S. B. S. et al. Condições de trabalho de profissionais da enfermagem: avaliação baseada no modelo demanda-controle. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 811-17, 2010.

MARTINHO, L. C. **De qual comunicação estamos falando? - Teorias da comunicação: Conceitos, escolas e tendências.** 9. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

MENZANI, G.; BIANCHI, E. R. F. Stress dos enfermeiros de pronto socorro dos hospitais brasileiros. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, Goiânia, v. 11, n. 2, p. 327-33, 2009.

MILESI, R. **Migrações internacionais fluxos e desafios.** Brasília: Allience, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde.** 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NEVES, L. G. Enfermagem e Multiculturalidade. **Revista Informar**, Porto, n.19, p.21-4, 1999.

NUNES, M. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 1639-46, 2002.

OHCHR Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948. Disponível em: <<http://www.ohchr.org/EN/> Acesso em: 05 ago. 2017.

OLIVEIRA, E. B.; SOUZA, M. V. M. Estresse e inovação tecnologia em unidade de terapia intensiva de cardiologia: tecnologia dura. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 457-62, out./dez. 2012.

OLIVEIRA, L. C. B.; CHAVES-MAIA, E. M. Saúde psíquica dos profissionais de saúde em hospitais públicos. **Rev. salud pública**, Bogotá, v. 10, n. 3, p. 405-13, 2008.

ONU - Organização das Nações Unidas. **Programa de Ação da Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento**. ONU: Cairo, 1994.

PAFARO, R. C.; MARTINO, M. M. F. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 152-60, 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed., Porto Alegre: Artmed, 2011.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. **Saiba mais sobre a CPMig**. Disponível em: <[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/direitos\\_humanos/migrantes/coordenacao/index.php?p=156223](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/direitos_humanos/migrantes/coordenacao/index.php?p=156223)>. Acesso em: 10 out. 2017.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. 3. ed., São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, Prefeitura de São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/planomunicipaldesaudeaterceiraedicao.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.

RAMOS, N. Migração, aculturação, estresse e saúde. Perspectivas de investigação e de intervenção. **Psychologica**, n. 41, p. 329-350, 2006.

RAMOS, N. **Saúde, migração e interculturalidade**. João Pessoa: EDUFPB, 2008.

RODRIGUES, R. M. Enfermagem compreendida como vocação e sua relação com as atitudes dos enfermeiros frente às condições de trabalho. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 6, p. 76-82, 2001.

RODRIGUES, T. D. F. Fatores estressores para a equipe de enfermagem da unidade de terapia intensiva. **REME rev. min. enferm.**, Belo Horizonte, v. 16, n. 3, p. 454-62, 2012.

SANTOS, J. L. G. et al. Prazer e sofrimento no exercício gerencial do enfermeiro no contexto hospitalar. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 97-103, 2013.

SAYAD, A. **A Imigração**. São Paulo: EDUSP, 1998.

SCHMOELLER, R.; TRINDADE, L. L.; NEIS, M. B.; GELBCKE, F. L.; PIRES, D. E. P. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Gauch. Enferm**, Porto Alegre, v.32, n.2, p.368-77, 2011.

SILVA, D. M. P. P.; MARZIALE, M. H. P. Condições de trabalho versus absenteísmo – doença no trabalho de enfermagem. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v.5, n. supl, p.166-72, 2006.

SILVA, J. C. J. A situação do imigrante ilegal hoje: o ressurgimento do homo sacer. **Universitas Relações Internacionais**, Brasília, v. 10, n. 2, p. 79-89, jul./dez. 2012.

SILVA, J. C. J.; OLIVEIRA, M. M. Migrações, fronteiras e direitos na Amazônia. **REMHU – Rev. Interdiscip. Mobil. Hum.**, Brasília, v. 23, n. 44, p. 157- 169, jan./jun. 2015.

SILVA, M. J. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. São Paulo: Loyola, 2003.

SOARES, P. F. E. **A Promoção da saúde na infância em contexto multicultural**. 2003.

STEFANELLI, M. C., CARVALHO, E. C. **A comunicação nos diferentes contextos de Enfermagem**. São Paulo: Manole, 2005.

TEIXEIRA, C. ; TRINDADE, I. **Problemas de comunicação em saúde e suas consequências. Psicologia nos cuidados de saúde primários.** Lisboa: Climepsi Editores, 2000.

TRAESEL, E. S.; MERLO, A. R. C. A psicodinâmica do reconhecimento no trabalho de enfermagem. **Psico PUCRS**, Porto Alegre, v. 40, n. 1, p. 102-9, 2009.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 2009.

VENTURA, D. Migração e trabalho. **Friedrich Ebert Stiftung Brasil**, n.27, p 29-33, jun 2017. Disponível em:< <http://library.fes.de/pdf-files/buero/brasilien/13454.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

VERAN, J. F.; NOAL, D. S.; FAINSTAT, T. Nem refugiados, nem migrantes: a chegada dos haitianos à cidade de Tabatinga (Amazonas). **Dados**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 4, p. 1007-41, dez. 2014.

# *APÊNDICES*



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO

### **Roteiro de Entrevista**

#### **1. CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

- 1) **Sexo:**
- 2) **Idade:**
- 3) **Setor de atuação:**
- 4) **Turno de trabalho:**
- 5) **tempo de atuação no setor:**
- 6) **Outro vínculo profissional?**

#### **2. ASSISTÊNCIA AO PACIENTE ESTRANGEIRO**

- 7) **Você já fez atendimento a pacientes estrangeiros? De qual nacionalidade?  
Como foi essa experiência para você?**
- 8) **Você sentiu algum tipo de dificuldade neste atendimento? Qual? Você fala ou compreende algum outro idioma?**
- 9) **Essa situação de atender pacientes estrangeiros provoca em você algum tipo de reação?**
- 10) **Você gostaria de fazer alguma consideração sobre esse tipo de atendimento?**



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Título: Atendimento a pacientes estrangeiros em Roraima: Desafios e impactos na saúde do trabalhador.**

**OBJETIVO DO ESTUDO:** O objetivo deste projeto é descrever as dificuldades existentes na prestação de cuidados na visão do enfermeiro no atendimento ao paciente estrangeiro e discutir as dificuldades encontradas pelos enfermeiros na prestação do cuidado ao paciente estrangeiro na perspectiva da saúde do trabalhador.

**ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO:** Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para dissertação de mestrado. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida profissional/estudantil.

**PROCEDIMENTO DO ESTUDO:** Se você decidir integrar este estudo, você participará de uma entrevista individual que durará aproximadamente 1 hora, bem como utilizaremos seu trabalho final como parte do objeto de pesquisa.

**GRAVAÇÃO EM ÁUDIO:** Todas as entrevistas serão gravadas em áudio. As fitas serão ouvidas por mim e por uma entrevistadora experiente e serão marcadas com um número de identificação durante a gravação e seu nome não será utilizado. O documento que contém a informação sobre a correspondência entre números e nomes permanecerá trancado em um arquivo. As fitas serão utilizadas somente para coleta de dados. Se você não quiser ser gravado em áudio, você não poderá participar deste estudo.

**RISCOS:** Você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado.

**BENEFÍCIOS:** Sua entrevista ajudará a elaboração da dissertação, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos para própria instituição em questão.

**CONFIDENCIALIDADE:** Como foi dito acima, seu nome não aparecerá nas fitas de áudio, bem como em nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu

consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

**DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES:** Esta pesquisa está sendo realizada no Hospital Geral de Roraima. A pesquisadora **Stéfanie Angélica Gimenez Jarochinski Silva** possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem sendo a aluna do Mestrado em Enfermagem, a pesquisadora principal, sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Joanir Pereira Passos. As investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contate Stéfanie Angélica Gimenez Jarochinski Silva no telefone (95) 99158-9673, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone (21) 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail. Você terá uma via deste consentimento para guardar com você.

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura:

---

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura (Pesquisador):

---

Comitê de Ética em Pesquisa CEP-UNIRIO  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO  
Avenida Pasteur, 296 – Urca – Rio de Janeiro – RJ – Cep: 22290-240.  
Telefones: 21- 25427796 - e-mail: cep.unirio09@gmail.com

# ***ANEXO***

UNIRIO - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESTADO DO RIO  
DE JANEIRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Atendimento a estrangeiros em Roraima

**Pesquisador:** Stéfanie Angélica Gimenez Jarochinski Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 64902717.4.0000.5285

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

**Fornecedor Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.966.775

**Apresentação do Projeto:**

Esta pesquisa (curso de pós-graduação em enfermagem) tem como objeto o estudo na visão dos enfermeiros das dificuldades no atendimento ao paciente estrangeiro e o impacto dessas em sua saúde, articulando ao campo da saúde do trabalhador. No recorte proposto, o objeto de estudo refere-se aos enfermeiros em contato direto com os pacientes estrangeiros em um hospital geral do Estado de Roraima. Pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. Os participantes serão enfermeiros que trabalham no Hospital Geral de Roraima, nos setores de pronto socorro, pronto atendimento, centro cirúrgico e unidade de pós-operatório.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:** Descrever as dificuldades existentes na prestação de cuidados na visão do enfermeiro no atendimento ao paciente estrangeiro;

**Objetivo Secundário:** Discutir as dificuldades encontradas pelos enfermeiros na prestação do cuidado ao paciente estrangeiro na perspectiva da saúde do trabalhador.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** A pesquisa oferece risco mínimo, como desconforto durante a entrevista, devido ao tempo gasto para a mesma, podendo também apresentar algum tipo de constrangimento referente a lembranças de situações penosas e desagradáveis vivenciadas pelos profissionais na prática clínica.

**Endereço:** Av. Pasteur, 296

**Estado:** Uruçu

**CEP:** 22.290-240

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2542-7798

**E-mail:** cep.unirio03@gmail.com

**UNIRIO - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESTADO DO RIO  
DE JANEIRO**



Continuação do Parecer: 1.958.713

**Benefícios:** Justifica-se pela importância do benefício esperado, ou seja, a construção do conhecimento no campo da saúde do trabalhador e de enfermagem. Dado ser uma pesquisa sem benefício direto ao indivíduo assegura-se condições suportáveis aos sujeitos da pesquisa, considerando sua situação física, psicológica, social e educacional.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante na área de saúde do trabalhador e imigrantes.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos de apresentação obrigatória foram apresentados

**Recomendações:**

não há

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

aprovado

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_058701.pdf	31/01/2017 12:07:57		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA.pdf	31/01/2017 12:07:31	Stéfanie Angélica Gimenez Jarochinski Silva	Aceito
Outros	COMPROMISSO.pdf	31/01/2017 12:07:08	Stéfanie Angélica Gimenez Jarochinski Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA.pdf	31/01/2017 12:06:19	Stéfanie Angélica Gimenez Jarochinski Silva	Aceito
Outros	INSTRUMENTO.pdf	31/01/2017 11:58:26	Stéfanie Angélica Gimenez Jarochinski Silva	Aceito
TGLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Anuência	TGLE.pdf	31/01/2017 11:48:21	Stéfanie Angélica Gimenez Jarochinski Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	PLATAFORMA.pdf	31/01/2017 11:47:45	Stéfanie Angélica Gimenez	Aceito

**Endereço:** Av. Pasteur, 296

**Cidade:** Urca

**CEP:** 22.250-340

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2542-7793

**E-mail:** cep.unirio09@gmail.com

UNIRIO - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESTADO DO RIO  
DE JANEIRO



Certificação de Parecer: 1.058.775

Investigador	PLATAFORMA.pdf	31/01/2017 11:47:45	Jarochinski Silva	Acerto
--------------	----------------	------------------------	-------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovação

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 15 de Março de 2017

---

**Assinado por:**  
**Paulo Sergio Marcellini**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Pasteur, 296

**Distrito:** Urca

**CEP:** 22.260-340

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2542-7788

**E-mail:** cap.unirio03@gmail.com

**CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA**  
(Elaborado de acordo com a Resolução 466/2012-CNS/CONEP)

À Direção do Hospital Geral de Roraima,

Eu, **Stéfanie Angélica Gimenez Jarochinski Silva**, mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem – PPGENF do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro - UNIRIO, solicito autorização para desenvolver a pesquisa intitulada: **“Atendimento a pacientes estrangeiros em Roraima: Desafios e impactos na saúde do trabalhador.”**, com os seguintes objetivos: descrever as dificuldades existentes na prestação de cuidados na visão do enfermeiro no atendimento ao paciente estrangeiro e discutir as dificuldades encontradas pelos enfermeiros na prestação do cuidado ao paciente estrangeiro na perspectiva da saúde do trabalhador, serão realizadas entrevistas com os de enfermeiros, nos setores do PAAR, GT, CC e Bloco B, sob orientação da Professora **Drª Joanir Pereira Passos**. Ciente dos objetivos e da metodologia da pesquisa supracitada, eu concedo a anuência para seu desenvolvimento, desde que me sejam assegurados os requisitos abaixo:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº 466/2012 CNS/CONEP;
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa;
- No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento sem qualquer penalização.

Contando com a autorização desta instituição, coloco-me a disposição para qualquer esclarecimento.

Fone (95) 991589673 e-mail: stefaniegimenez@hotmail.com

Atenciosamente,

*Stéfanie Gimenez*

Mestranda/Pesquisadora Principal

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/ UNIRIO

Concorda com a solicitação

Não Concorda com a solicitação

*Luis Omar*

Direção – HGR

*10/06/2013*  
Direção - HGR  
Dr. Roraima