

# ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO DO ENFERMEIRO COM PACIENTE ESTRANGEIRO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Rulio Glécias Marçal da Silva<sup>1</sup>  
Celia Regina da Silva Sales Possas<sup>2</sup>  
Marli Reinado Barbosa<sup>3</sup>  
Haroldo Ferreira Araujo<sup>4</sup>  
Maria Socorro Cardoso dos Santos<sup>5</sup>

SILVA, R. G. M. da; POSSAS, C. R. da S. S.; BARBOSA, M. R.; ARAUJO, H. F.; SANTOS, M. S. C. dos. Estratégias de comunicação do enfermeiro com paciente estrangeiro: relato de experiência. *Arq. Cienc. Saúde UNIPAR*, Umuarama, v. 20, n. 2, p. 145-148, maio/ago. 2016.

**RESUMO:** Esse relato teve como objetivo compartilhar a vivência de enfermeiros no atendimento de paciente oriundos de países do Mercosul e dividir suas estratégias de comunicação. Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência. Pautados de que a comunicação se expressa de várias formas, os resultados observados e percebidos, ao longo de 15 anos, dentro de um centro cirúrgico, foi de que o enfermeiro, assim como o restante da equipe assistencial, não tinha fluência em idioma estrangeiro e que, para estabelecer uma forma de comunicação com o paciente, usaram com frequência estratégias verbais associadas a não verbais, tais como uso de papel e caneta, mímica facial, movimentação das mãos, posturas corporais, tom e volume da voz e toque técnico. Conclui-se que as instituições de saúde precisam proporcionar a capacitação não só do enfermeiro, mas toda equipe de saúde, provendo meios facilitadores para a comunicação com paciente estrangeiro.

**PALAVRAS-CHAVE:** Comunicação. Enfermagem. Imigrantes.

## NURSE COMMUNICATION STRATEGIES WITH FOREIGN PATIENTS: EXPERIENCE REPORT

**ABSTRACT:** This report aimed to share the experience of nurses responsible for caring about patients coming from Mercosur countries and share their communication strategies. It is a descriptive experience report study. Since communication is expressed in various ways, the observed and realized results over a 15-year period within a surgical center, the nurse, as well as the rest of the care-giving team, had no fluency in a foreign language and had to establish a form of communication with the patient, often used verbal and non-verbal strategies such as using pen and paper, facial mime, hand movements, body postures, tone and volume of voice and technical touch. It is concluded that health institutions need to provide training not only for nurses, but for the entire health staff, providing conducive environments for communication with foreign patients.

**KEYWORDS:** Communication. Immigrants. Nursing.

### Introdução

Os enfermeiros são os profissionais que atuam mais próximos aos pacientes e tal proximidade exige desse profissional muito mais que habilidades técnicas e manuais. A comunicação é uma ferramenta indispensável nessa relação, o que resulta na necessidade de entendimento por parte do enfermeiro sobre os processos de comunicação para com os pacientes e seus familiares (BROCA; FERREIRA, 2012).

Proveniente do latim *communicare*, o termo comunicar significa colocar em comum. A partir da etimologia da palavra, entende-se que comunicação é o intercâmbio compreensivo de significação por meio de símbolos, havendo reciprocidade na interpretação da mensagem verbal ou não-verbal (MARTINHO, 2010).

Em uma situação de comunicação, quatro elementos se configuram sendo eles o receptor, o emissor, o canal e a mensagem. Sem a presença dos mesmos, o processo de interação comunicativa, ou seja, compreender e se fazer compreender deixa de ser efetivo e bilateral (OLIVEIRA, 2013). No contexto da enfermagem, caso esses quatro elementos não se façam presentes, acarreta-se na descaracterização do papel

do enfermeiro frente à promoção do bem-estar bio-psico-sócio-espiritual e emocional do cliente (AMORIN; SOUSA; MIRANDA, 2012).

Com objetivo de facilitar as relações comerciais entre os países membros, em 26 de março de 1991, assinaram o Tratado de Assunção, com vistas à criação do Mercado Comum do Sul (Mercosul), a Argentina, o Brasil, o Paraguai e o Uruguai. Posteriormente, se tornaram associados à Bolívia (desde 1996), o Chile (desde 1996), o Peru (desde 2003), a Venezuela (2012) a Colômbia e o Equador (2013). Favorecendo muito mais que as relações comerciais propriamente ditas, esse mercado alavancou o turismo assim como, a imigração entre os países, o que fez com o que o Brasil recebesse muitos latinos americanos dentre eles, principalmente, os bolivianos (BAENINGER, 2012).

Com a vinda desses estrangeiros, esses passaram a ter os mesmos direitos que os cidadãos brasileiros, desde que legalizados. Assim sendo, com direitos ao acesso de vagas no mercado de trabalho, em programas sociais de aquisição de terra e moradia, de utilizarem a rede estadual e municipal de educação e saúde, dentre outros (JESUS et al, 2011).

A Constituição Política do Estado Boliviano, vigen-

DOI: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v20i2.2016.5219>

<sup>1</sup>Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem, Docente da Faculdade Sequencial, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup>Enfermeira. Especialista em Urgência e Emergência. Hospital Municipal Dr. Carmino Caricchio, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>3</sup>Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Coordenadora da Faculdade de Mauá, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>4</sup>Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Docente da Universidade Anhanguera, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>5</sup>Enfermeira. Mestranda em Ciências da Saúde. Coordenadora da Faculdade Sequencial, São Paulo, SP, Brasil.

Endereço para correspondência: Rulio Glécias Marçal da Silva, R. Barata Ribeiro, 260. Apto 124. Bela Vista. São Paulo – SP, Brasil. CEP 01308-000. [rgm.enfermagem@ig.com.br](mailto:rgm.enfermagem@ig.com.br)

te desde 2009, determina como idioma oficial, o castelhano porém, sabe-se que nesse país, juntamente com os demais países do Mercosul, que aproximadamente 36 idiomas nativos são falados, o que dificulta o entendimento nas relações, logo, no atendimento feito pelos profissionais de saúde brasileiros, nas instituições de saúde (BAENINGER, 2012).

No mundo globalizado de hoje, faz-se necessário que os profissionais cada vez mais sejam capacitados, principalmente, do ponto de vista tecnológico, exigindo atributos e conhecimentos dos trabalhadores para responder às demandas impostas pelas mudanças sociais e econômicas. Nesse contexto, as interações pessoais acabam por assumir uma condição inferior, num mundo de poucas palavras, onde a imagem predomina, em uma cultura onde a razão se sobrepõe à emoção (GIACOMINI, 2011).

Diante desse cenário, a assistência à saúde, como bem maior à vida e direito universal do ser humano, tem exigido que o enfermeiro que não compreender o idioma falado pelo cliente, busque conhecer estratégias que favoreçam a comunicação a fim de favorecer uma assistência holística, humanizada e de qualidade.

O objetivo do presente relato é compartilhar a vivência de enfermeiros no atendimento de paciente oriundos de países do Mercosul e dividir suas estratégias de comunicação.

## Material e Método

O estudo é de natureza descritiva e retrata a vivência de enfermeiros dentro de um centro cirúrgico de um hospital público de grande porte localizado na Zona Leste da Cidade de São Paulo entre os meses de janeiro de 2000 e junho de 2015 no atendimento ao paciente estrangeiro proveniente de países que compõem o Mercosul.

Compuseram o cenário do relato toda equipe de enfermagem, ao longo dos quinze anos, média de 26 enfermeiros e 53 auxiliares de enfermagem, nas modalidades de vínculo estatutário e contratados por tempo determinado, atuando na escala de dois enfermeiros e quatro auxiliares de enfermagem por turno (diurno e noturno), com jornada de trabalho 12 x 36h, numa estrutura física composta por 8 salas operatórias destinadas a cirurgias de pequeno, médio e grande porte assim como, limpas, contaminadas e infectadas, duas salas de parto, um centro de recuperação anestésica com 4 leitos e uma recepção de pacientes em período pré-operatório imediato. Equipe médica fixa, totalizando média de dois cirurgiões gerais e/ou cirurgiões especialistas, um anestesio-logista, um obstetra e um neonatologista por plantão de 24h e uma equipe administrativa formada por um escriturário e dois auxiliares administrativos por turno de 8h, de segunda às sextas-feiras.

O atendimento cirúrgico ocorria 24h por dia, sendo que no período diurno eram realizadas as cirurgias eletivas, de urgência e emergência e no período noturno, necessariamente, ocorriam apenas as de cunho emergencial.

O setor dispunha de secretaria, copa, vestiários, banheiros, expurgo, sala de equipamentos, depósito de materiais de limpeza, farmácia satélite, central de apoio de materiais de consumo, repousos para equipe de enfermagem e médica e corredores.

No que tange ao atendimento ao paciente estran-

geiro e que envolvia a comunicação, o mesmo, sem situações eletivas, era atendido na secretaria para agendamento do procedimento e em situações de urgência e emergência diretamente na recepção dos pacientes. Num primeiro momento, a equipe de enfermagem admitia e abordava o cliente, eram aferidos os sinais vitais, estabelecido os protocolos que foram vigentes ao longo dos anos, realizados procedimentos de enfermagem, tais como punção venosa e tricotomia, entre outros, e preenchidos checklists que de alguma forma necessitavam de uma forma de comunicação paciente-profissional. Posteriormente, o cliente era encaminhado à sala operatório, transferido a mesa cirúrgica, implantadas monitorizações necessárias à situação, administração de medicamentos, conforme prescrição médica, realizada as contenções mecânicas, anestesia, preparo da área operatória e o procedimento cirúrgico propriamente dito. Após o término do procedimento o cliente era transferido e admitido na sala pós-operatória, consciente ou não e monitorizado até que fosse autorizada a transferência pelo anestesio-logista ao seu destino extra centro cirúrgico.

## Trocando Experiências

A instituição, decorrente da sua razão social, atende os preceitos da Constituição Federal de 1988 que afirma que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado e da Lei nº. 8080 que regulamenta o texto constitucional e reitera que “Saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis para seu pleno exercício” (BRASIL, 1990).

Ainda que a legislação em saúde não se refira especificamente ao acesso de estrangeiros ao Sistema Único de Saúde (SUS), deduz-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 que o acesso gratuito aos serviços de saúde seja garantido independente de sua nacionalidade (BRANCO; TORRONTÉGUY, 2013).

Nossa Constituição reza também em seu artigo 5º 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, e até mesmo turistas, têm os mesmos direitos sociais dos brasileiros. No contexto, ainda, legal, é firmado pelo Estatuto do Estrangeiro (Lei nº. 6.815, de 19 de agosto de 1980) em seu artigo 95º que “O estrangeiro residente no Brasil goza de todos os direitos reconhecidos aos brasileiros, nos termos da Constituição e das leis” (BRANCO; TORRONTÉGUY, 2013).

Estima-se que o número de turistas que adentram o Brasil, provenientes dos países que compõem o Mercosul, no ano de 2012 foi de aproximadamente 1,1 milhões de pessoas e que o número de imigrantes que solicitaram o visto de permanência no Brasil passou de 15.000 em 2010 para 30.000 em 2014 (BRANCO; TORRONTÉGUY, 2013).

Desses turistas e imigrantes, muitos deles, em algum momento, precisaram ou precisarão dos serviços de saúde do SUS e ao serem atendidos se defrontaram com o despreparo dos profissionais de saúde no que se refere à comunicação (ao domínio de uma segunda língua) e isso foi observado e percebido pelos enfermeiros que compunham a

equipe do presente serviço.

Com o gradativo aumento de atendimento desses pacientes, ainda que não seja apresentado um valor quantitativo total ao longo desses quinze anos e, nem mesmo esteja disponível pela Instituição, a natureza qualitativa do atendimento com base na comunicação é o fator mais relevante. Assim sendo, a maioria eram bolivianos que, após serem atendidos nos serviços de pronto atendimento e/ou ambulatorial com patologias e/ou quadros classificados como urgência e emergência, de graus de gravidade variáveis, vítimas de traumas tais como fraturas fechadas e expostas, ferimentos de arma branca, ferimentos de arma de fogo, traumatismo craniano, trauma abdominal fechado e de patologias agudizadas, entre outras, os mesmos eram admitidos na recepção desse setor (centro cirúrgico), nas salas operatórias e nas salas de recuperação anestésica para ou após serem submetidos a procedimentos cirúrgicos além de urgentes e emergentes, mas também eletivos, onde a maior barreira encontrada foi a comunicação.

A linguagem utilizada por ambas as partes (profissionais e pacientes) no período perioperatório (pré, trans ou pós-operatório) era difícil e ficou evidente que a barreira imposta pela dificuldade de compreensão do idioma falado por alguns pacientes, requeria e requer do enfermeiro, o uso de estratégias de comunicação a fim de que compreenda e se faça compreender, com vistas a favorecer e aperfeiçoar os processos assistenciais.

No dia a dia desses profissionais, na busca de se estabelecer uma forma de comunicação com o paciente, já que não dominavam (fala e/ou compreensão) usaram com frequência estratégias verbais (língua portuguesa) associadas à não verbais tais como uso de papel e caneta (escritas em português), mímica facial (por meio do olhar, do franzir da parte ântero-superior da cabeça e dos lábios), movimentação das mãos (gestos quantitativos e apontativos), posturas corporais (com a cabeça: de examinador, de consentimento, de negação, de interesse; com os braços: de defesa e restrição; com as pernas: de concorrência e desconforto), tom e volume da voz (falando mais alto e pausadamente) e toque técnico (palpando, percutindo e tocando propriamente dito), mas não podem ser afirmadas, nesse sentido, que tiveram objetivo alcançado, gerando diversas discussões, preocupações e angústias na equipe de enfermagem no momento de fazer seu julgamento clínico e seus registros.

Corroborando com os métodos adotados e os anseios, os resultados evidenciados em um estudo realizado em Lisboa em 2012 com enfermeiros durante o atendimento de pacientes estrangeiros. Decorrente de especificidades culturais que lhe são desconhecidas, principalmente as relacionadas com a barreira linguística ocorreram diversas situações de choques culturais e até dificuldade em estabelecer tratamento terapêutico. O uso de mímicas e expressões faciais, assim como a solicitação de desenhos foram os métodos utilizados no processo de comunicação (REIS; COSTA, 2013).

De semelhante forma, corroborou o achado de um estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro no ano de 2011 com 25 profissionais da equipe de enfermagem que atuavam em um hospital universitário, público e federal. Constatou-se que o processo de comunicação da equipe se deu de várias formas e não simplesmente por meio do falar, algo complexo, mas não imprescindível, principalmente diante da im-

possibilidade linguística. A interação profissional-paciente emergiu a partir gestos, olhares, posturas demonstrativas, sinais e entonações vocais que preocupou o serviço de saúde Institucional (BROCA; FERREIRA, 2012).

O processo comunicacional, integrante do trabalho de enfermagem, envolve transações entre indivíduos nas quais são passadas informações e compreensões de um para o outro, podendo isso facilitar a apreensão e compreensão das necessidades do cliente, tornando autêntico o cuidado. O investimento, aperfeiçoamentos e treinamentos da equipe podem culminar com significativas mudanças nesse cenário como demonstrou o estudo realizado na cidade de Porto Alegre com profissionais de enfermagem de um Centro de Terapia Intensiva (CTI). Por meio de oficinas desenvolvidas pelo Serviço de Educação Continuada foi possível instrumentalizar e desenvolver o processo comunicacional com os clientes impossibilitados de comunicação verbal, inclusive os estrangeiros (ORDAHI; PADILHA; SOUZA, 2007).

Convém destacar que a Prefeitura Municipal de São Paulo oferece a todos profissionais municipais, desde 2011, um curso intensivo de inglês e espanhol, mas que só se tornou conhecido por parte dos profissionais desse relato no início de 2015, por meio de panfletos de divulgação colocados nas unidades de trabalho e que diante da limitação do número de participantes por turma, constatou-se que ocorre uma seleção sendo necessária inscrição prévia do interessado e aprovação de sua participação pelos coordenadores de sua unidade de trabalho.

Contatou-se, ainda, que tal aprovação, não costuma acontecer decorrente, conforme parecer final da Instituição, do curso coincidir com o horário de trabalho e de que a equipe se encontrava desfalcada limitando os profissionais apenas ao anseio por essa qualificação. Por fim, verificou-se também, que não há nenhum recurso disponível na unidade e nem na Instituição que auxilie a comunicação do enfermeiro e sua equipe com paciente estrangeiro, tais como dicionário de termos e/ou manuais ilustrativos.

## Considerações Finais

A comunicação entre o enfermeiro e o paciente é imprescindível para o desenvolvimento satisfatório da relação terapêutica e uma assistência holística. Dessa forma, é importante que as instituições identifiquem quais são os pacientes que não falam a língua portuguesa e os profissionais que não dominam outra língua a fim de maximizar a qualidade, segurança e a humanização da assistência.

Vivemos uma época de intensa mobilidade humana global onde as pessoas viajam cada vez mais a passeio e buscam em outros países melhores condições de vida e, diante dessas nuances, os profissionais de saúde, líderes e governantes não podem mais ficar alheios a essa realidade. É chegada a hora de se investir na capacitação para o atendimento do paciente estrangeiro por meio da contratação de profissionais que dominem outras línguas, implantação nos cursos de formação profissionais de outros idiomas, como também treinamentos, educação continuada e permanente, criação de impressos, para que se possa de fato ser considerado um sistema universal.

## Referências

- AMORIM, I. G.; SOUSA, E. C. B.; MIRANDA, F. A. N. Comunicação e saúde. **Rev. Enferm. UFPE on line**, v. 6, n. 11, p. 2865-2876, 2012.
- BAENINGER, R (Org.). **Imigração boliviana no Brasil**. Campinas: Núcleo de Estudos de População-Nepo/ Unicamp; Fapesp; CNPq; Unfpa, 2012. 316 p.
- BRANCO, M. L.; TORRONTÉGUY, M. A. A. O SUS na fronteira e o direito: em que medida o estrangeiro tem direito ao SUS. **Cad. IberAmer. Direito. Sanit.** Brasília, v. 2, n. 2, jul./dez. 2013.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 set. 1990.
- BROCA, P. V.; FERREIRA, M. A. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** v. 65, n. 1, p. 97-103, 2012.
- GÂMBARO, B.; PEREIRA, N. R.; TORRES, T. Z. Organização pedagógica de espaços colaborativos de aprendizagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 34., 2011, Recife. **Anais...** Recife: PUC, p. 1-15, 2011.
- JESUS, M. F. et al. Da participação à integração: estruturas e oportunidades, discriminação e gênero no contexto da participação cívica e política de jovens imigrantes brasileiros/as. **Ex æquo**, n. 24, p. 105-119, 2011.
- MARTINHO, L. C. De qual comunicação estamos falando? In: HOHLFELDT, A.; MARTINO, L. C.; FRANÇA, V. V, organizadores. **Teorias da comunicação: conceitos, escolas e tendências**. 9. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010. p. 11-25.
- OLIVEIRA, D. **Extensão ou comunicação?** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.
- ORDAHI, L. F. B.; PADILHA, M. I. C. S.; SOUZA, L. N. A. Comunicação entre a enfermagem e os clientes impossibilitados de comunicação verbal. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 5, 2007.
- REIS, A.; COSTA, M. A. M. Cuidados de saúde a imigrantes: para uma cultura de segurança e confiabilidade. **Revista de Segurança Comportamental**, Lisboa, GA, v. 7, p. 18-20, 2013.

Recebido em: 15/08/2015

Aceito em: 22/06/2016