

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c08>

CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PESSOAS MIGRANTES: ENCONTROS INTERCULTURAIS EM SAÚDE

Ariane Graças de Campos¹

ORCID: 0000-0003-3553-9228

Patrícia Maria Lino Pinheiro¹

ORCID: 0000-0002-5543-1348

Luciana de Andrade Carvalho¹

ORCID: 0000-0001-5091-8379

¹Universidade de São Paulo.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

Autora Correspondente:
Luciana de Andrade Carvalho
lucavalho03@gmail.com



INTRODUÇÃO

O tema da migração tem se tornado cada vez mais relevante no contexto global. Nas décadas finais do século XX e início do século XXI, os movimentos migratórios mundiais foram intensamente influenciados pelo aumento da globalização, levando à queda de fronteiras e apresentando uma contradição básica: de um lado, a livre movimentação de capitais, produtos e informações; de outro, as restrições impostas à circulação humana. Ou seja, com a política econômica neoliberal, vemos que se estabeleceram regras e burocracias para determinar quais indivíduos são aceitos em cada país e/ou comunidade, ocasionando grande dificuldade de acesso a alguns países⁽¹⁾.

O termo “migração” refere-se a qualquer tipo de deslocamento humano entre fronteiras, independentemente das causas que levaram a isso, sejam políticas, econômicas, ambientais etc. É comum caracterizar a migração como voluntária ou involuntária para se referir aos motivos que levam as pessoas a migrarem. Essas definições falam do contexto em que ocorre o deslocamento, porém, existem definições legais que os determinam⁽²⁾. Neste capítulo, o termo “imigrante” é usado para designar pessoas que se estabelecem em local diferente de sua origem. É comum realizar a separação entre imigrantes e refugiados, pois estes compõem um grupo com diferentes implicações legais. Assim, ao longo do texto, utilizaremos o termo “migrantes” ou “migrantes internacionais” para designar imigrantes, refugiados e solicitantes de refúgio. O termo “refugiado” será utilizado tanto para se referir a solicitantes de refúgio, que ainda não possuem o reconhecimento dessa condição, quanto para refugiados, pessoas que tiveram seu processo de solicitação de refúgio deferido, portanto.

O refúgio é considerado um tipo de migração involuntária ou forçada, apesar de muitos refugiados migrarem voluntariamente. O refúgio apresenta uma definição legal específica, inicialmente estabelecida na Convenção das Nações Unidas relativa ao Estatuto dos Refugiados

Como citar:

Campos AG, Pinheiro PML, Carvalho LA. Cuidados de Enfermagem a pessoas migrantes. In: Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF, Souza ES. (Orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 72-83 <https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c08>

Revisora: Veronica Quispe Yujra.
Casa de Saúde Santa Marcelina.
São Paulo, São Paulo, Brasil.



de 1951. Uma pessoa refugiada é aquela que “receando com razão ser perseguida em virtude da sua raça, religião, nacionalidade, filiação em certo grupo social ou das suas opiniões políticas, se encontre fora do país de que tem a nacionalidade e não possa ou, em virtude daquele receio, não queira pedir a proteção daquele país”⁽²⁾. Uma vez estando em risco de continuar em seu país de origem, uma pessoa pede proteção a uma nova nação, tornando-se “requerente de asilo” ou “solicitante de refúgio”, sendo este último o termo utilizado no Brasil. Para que uma pessoa ser considerada refugiada, deve passar por um processo, que varia entre países. Após o julgamento do caso (que normalmente demora anos), a solicitação de refúgio pode ser deferida ou indeferida. Em caso de indeferimento, a pessoa deve abandonar o país, ou recorrer a outras categorias que justifiquem sua permanência, como se enquadrar em outra categoria migratória ou receber um visto humanitário, o que ocorreu para legalizar a situação migratória dos haitianos que migraram para o Brasil após o terremoto de 2010⁽³⁾.

Dentro do cenário mundial, o Brasil surge como um país de atração de migrantes internacionais, especialmente após 2007, quando houve a crise econômica internacional iniciada nos Estados Unidos, Europa e Japão. Desde então, observa-se relativo aumento dos deslocamentos migratórios entre países do Sul Global¹, chamadas de migrações sul-sul. Até então, a maioria das migrações internacionais ocorria de países do Sul Global em direção a países do Norte Global. No momento de crise econômica mundial, o Brasil despontou apresentando crescimento econômico e social, figurando entre as maiores economias mundiais, quando integrou o BRICS e o Mercosul com propostas de grande expansão comercial, além de ter sediado eventos internacionais como a Copa do Mundo de Futebol e as Olimpíadas⁽¹⁾. O fortalecimento da influência econômica e a ação da política do Brasil nas últimas décadas ampliaram o seu potencial atrativo para os migrantes internacionais. Essa influência é ainda mais forte entre os países da América Latina, o que confirma o destaque do Brasil como referência regional⁽⁴⁾.

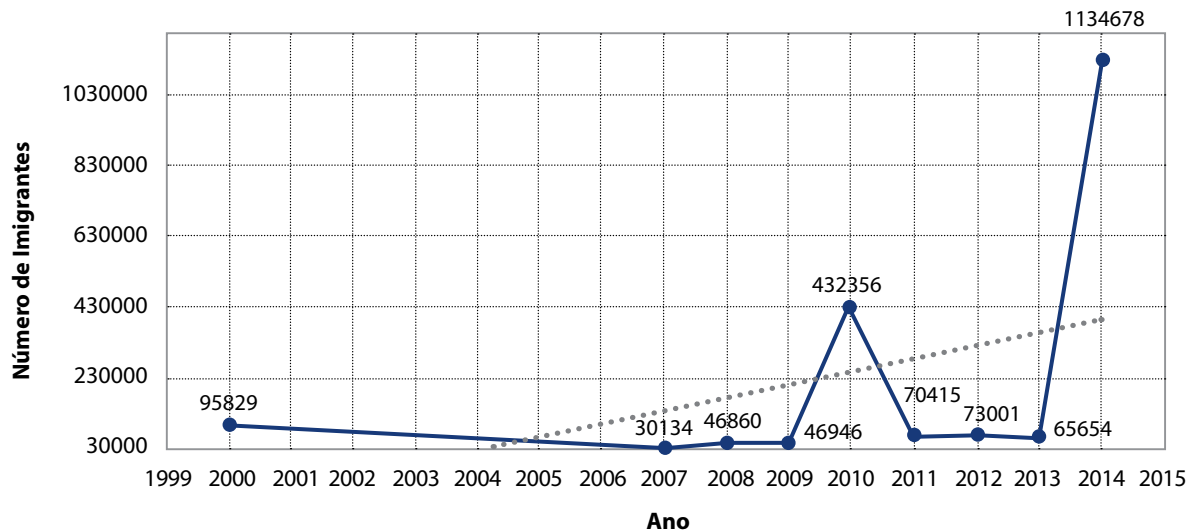
As nacionalidades dos imigrantes chegados ao Brasil na última década são bastante variadas: bolivianos, colombianos, venezuelanos, haitianos, senegaleses, congolezes, guineenses, bengalis, ganeses, paquistaneses, sírios, dentre outros. De 2011 a 2019, foram registrados no Brasil 1.085.673 migrantes, considerando todos os amparos legais. Desse total, destacam-se mais de 660 mil migrantes de longo termo (cujo tempo de residência é superior a um ano), em que a população é composta principalmente por pessoas oriundas da América Latina, com destaque para o crescimento de haitianos e venezuelanos⁽⁵⁾.

Em maio de 2017, a Comissão de Relações Exteriores do Senado Federal aprovou a Lei 13.445, que instituiu uma nova Lei de Migrações no Brasil. O texto final do Projeto de Lei traz, como princípios norteadores da política migratória brasileira, o repúdio à xenofobia, a não criminalização da imigração, a acolhida humanitária e a garantia de reunião familiar. Além disso, incorpora três princípios gerais dos direitos humanos como parte dos direitos humanos dos imigrantes: interdependência, universalidade e indivisibilidade. Prevê ainda um conjunto de direitos e garantias, como amplo acesso à justiça e às medidas que propiciem a integração social, garantias inexistentes no antigo Estatuto do Estrangeiro⁽⁶⁾.

Dados do Censo de 2010 mostram um aumento de 53% no número de imigrantes em relação a 2000⁽⁷⁾. Além disso, dados do Ministério da Justiça mostram um aumento de 168% no número de trabalhadores imigrantes com carteira assinada entre 2010 e 2019⁽⁵⁾. Dessa forma, imigrantes estão se tornando mais presentes no cenário nacional, necessitando de políticas e ações que contemplem a sua diversidade cultural, histórica e individual, o que traz um grande desafio atual para promover o acesso e a garantia de direitos.

O gráfico a seguir mostra o padrão de crescimento do número de imigrantes registrados na Polícia Federal entre 2000 e 2014:

1 O termo “Norte Global” refere-se a países de maior nível socioeconômico da Europa, América do Norte e Oceania. O termo “Sul Global” refere-se a países da América Latina, Ásia, África e Oceania, já chamados de “Terceiro Mundo” ou “subdesenvolvidos”. Nas Ciências Sociais, esses termos passaram a ser preferidos por expressarem menos juízos de valor e de hierarquia. Trata-se de uma forma de diferenciá-los, mas levando o foco a questões geopolíticas e poder, e não a questões culturais e de desenvolvimento econômico⁽¹⁾.



Fonte: IBGE, MET; in: Uebel, Rückert, 2015⁽⁸⁾.

Avaliando os deslocamentos realizados para o Brasil, é possível inferir que, independentemente da origem nacional e étnica dos imigrantes, seus objetivos, anseios e rotas levam a um ponto em comum: o seu bem-estar social, bem como de seus familiares, correlacionados com o desenvolvimento sociocultural e o crescimento econômico dos locais que lhes receberam e acolheram. As relações oriundas das migrações podem ser muito positivas e enriquecedoras para ambos os lados. No entanto, pode ser difícil para a população local reconhecer os benefícios de receber pessoas de diferentes lugares e culturas, sendo comum ocorrerem situações de xenofobia e racismo.

Um dos direitos fundamentais do ser humano é a saúde, e o acesso aos serviços de saúde constitui-se como um ponto importante de acolhimento para os migrantes no Brasil. O Sistema Único de Saúde (SUS), com seus princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade, estabelece as diretrizes para a organização da estrutura de saúde para o atendimento das necessidades de todas as pessoas em território nacional. Portanto, o acesso de migrantes internacionais aos serviços de saúde no Brasil é garantido pela Constituição Brasileira, pela legislação do SUS e pelo Pacto Internacional de Direitos Humanos. Tais documentos regulamentam a igualdade entre todos os que estão estabelecidos no território brasileiro e a saúde como direito universal⁽⁹⁾.

O SUS tem na Atenção Primária a porta de entrada ao sistema de saúde que se articula com os outros níveis de atenção. A estratégia de Saúde da Família configura-se como uma importante ferramenta de garantia de acesso ao SUS, favorecendo a identificação de usuários migrantes, a partir da proposta de trabalho em equipe multidisciplinar que maneja um território adscrito⁽¹⁰⁾. Com isso, os profissionais podem realizar orientações fundamentais para que se estabeleça um vínculo de corresponsabilidade, confiança e cuidado. Porém, é necessário que os profissionais estejam preparados para esses atendimentos, precisando ser instrumentalizados para manejar o contato com a diversidade cultural, com adequação de suas ações e práticas de saúde, de modo a respeitar e acolher crenças e valores, assim podendo dialogar e negociar estratégias. Um conceito que norteia o desenvolvimento dessas práticas em saúde é a competência cultural, tornando possível realizar um cuidado que leve em conta as questões culturais não só da população migrante, mas de qualquer grupo minoritário presente no território nacional⁽¹¹⁾.



ESTRATÉGIAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM

Para prover um bom cuidado de enfermagem a populações de imigrantes e refugiados, em que a diferença cultural se caracteriza como um ponto central, existem algumas teorias e práticas que auxiliam os profissionais a orientar suas condutas e atitudes.

O processo de enfermagem é composto por cinco etapas: histórico, diagnóstico de enfermagem, prescrição, implementação e evolução, além da avaliação constante da assistência prestada⁽¹²⁾. O *feedback* da compreensão do paciente sobre as informações passadas pelo enfermeiro, bem como a compreensão sobre as demandas do paciente, é primordial para a relação de cuidado e o cuidado em si⁽¹³⁾. Dessa forma, no trabalho com migrantes internacionais, barreiras linguísticas e culturais são um desafio importante, prejudicando a própria sistematização de enfermagem, o que a torna enviesada. Além disso, a avaliação da(o) enfermeira(o) pode incorrer em falhas, seja no momento de entender a queixa de saúde, de passar as orientações de enfermagem, dos tratamentos medicamentosos e não-medicamentosos, podendo causar prejuízo.

As barreiras linguísticas estão presentes quando profissional e paciente não têm bom domínio sobre uma mesma língua, o que significa que dominar pouco uma língua também não é suficiente para se estabelecer uma comunicação eficaz. As barreiras culturais dizem respeito a diferentes compreensões sobre problemas, sintomas, hábitos de vida, tratamentos e relações. Profissional e paciente normalmente têm visões muito diferentes desses processos, porém, em muitos casos de atendimento de migrantes, essa diferença se torna mais marcante, levando a conflitos e dificuldades de conciliação e compreensão pelos atores envolvidos⁽¹⁴⁾. Essas barreiras influenciam na construção da confiança entre paciente e enfermeira(o), ponto importante para estabelecer uma boa relação de cuidado. A confiança está pautada na identificação e no respeito pelas diferenças no momento em que são compactuados os cuidados em saúde. Nas situações em que existem diferenças culturais, é aumentado o risco de mal-entendidos, o que pode resultar em cuidados de saúde inseguros, principalmente por más interpretações por parte do profissional⁽¹⁵⁾.

Para compreender as diferenças e barreiras culturais, antes de mais nada, é importante definir o conceito de “cultura” que está sendo utilizado. Na antropologia simbólica/interpretativa da década de 70, “cultura” é definida como um conjunto de significados e símbolos que se expressam nas interações sociais, com atores que dialogam e negociam significados⁽¹⁶⁾. Esse conjunto é transmitido entre pessoas próximas, a partir de relações nas quais existe confiança e troca de afetos, tendo grande valor para os indivíduos⁽¹⁷⁾. Assim, cultura exerce influência em muitos aspectos da vida, como alimentação, emoção e expressão emocional, linguagem, imagem corporal, conceitos de tempo e espaço, bem como referenciais de saúde e doença⁽¹⁸⁾. Os significados atribuídos a esses elementos podem ter diferentes elaborações entre distintos grupos sociais, mas possuem características próprias da condição humana, pois a perspectiva histórica e cultural é um aspecto universal da experiência humana⁽¹⁹⁾. Portanto, o fenômeno sociocultural não existe fora do social que o precede. O social constitui o corpo a partir dos significados que a coletividade lhe atribui. As experiências humanas são elaboradas histórico-socialmente, sendo transmitidas e atualizadas ao longo da vida, como nascer, crescer e morrer⁽²⁰⁾.

Assim, ao atender pessoas de culturas diversas da sua, é necessário que a(o) enfermeira(o) se interesse em conhecer e se aproximar da visão de mundo de seus pacientes, composta por essa rede de significados e símbolos do conhecimento popular e de experiências pessoais⁽²¹⁾. Quando isso não ocorre, por dificuldades de comunicação e interpretações inadequadas dos problemas, enfermeira(o)s podem exacerbar seus preconceitos em relação a determinados grupos sociais e culturais. Muitos preconceitos também existem previamente ao contato com aquele que é diferente de si. Dessa forma, é importante que se tenha consciência dos preconceitos prévios e dos novos que podem se estruturar a partir do contato com o outro. Inclusive, alguns preconceitos prévios só se tornam evidentes à pessoa quando ela se vê numa determinada situação ou experimenta um contato com uma cultura muito diversa da sua. Assim, o processo de atenção a si e o



reconhecimento de desconfortos e preconceitos devem ser algo dinâmico e constante para enfermeira(o)s, principalmente aquela(s) que trabalham com imigrantes e refugiados⁽²²⁾. Portanto, a(o) enfermeira(o) deve estar atenta(o) à sua comunicação verbal e não verbal e a julgamentos que acabará fazendo em determinadas situações⁽²³⁾. A valorização do momento do encontro entre enfermeira(o) e paciente, o convívio, a escuta e o respeito às diferenças precisam ser desenvolvidos como tecnologias de cuidado⁽²⁴⁾.

Além disso, é importante ressaltar que, diante de dificuldades de comunicação que dificultam a realização de um trabalho de enfermagem adequado, enfermeira(o)s podem experimentar sofrimentos diversos, como desconforto, ansiedade, angústia e estresse, causando adoecimento, além de alterar condições emocionais e físicas⁽²⁵⁾. Nessas situações, é comum o sentimento de impotência, fundamentada na autocobrança e preocupação de estar desenvolvendo suas atividades com qualidade inferior à que gostaria de oferecer⁽²⁶⁾. Esses sentimentos são potencializados pela redução da prática do profissional de saúde a prescrições comportamentais sobre o que se deve ou não fazer: não fume, tenha relações sexuais com preservativo, use cinto de segurança etc. Com isso, há pouco espaço para o diálogo e a escuta das experiências e questões pessoais dos pacientes, já que a função do profissional se torna apenas a de garantir que o paciente siga as regras. As práticas de saúde baseadas nessas prescrições fazem com que a liberdade dos indivíduos se torne cerceada por imperativos institucionais e culturais que visam manter a saúde⁽²⁷⁾.

Para prestar cuidados adequados a grupos culturalmente diversos, utilizaremos o referencial teórico de enfermagem de Madeleine Leininger, chamado de “teoria do cuidado cultural” ou “diversidade e universalidade do cuidado cultural”. Enquanto trabalhava em um hospital psiquiátrico, a teórica percebeu a necessidade de refletir sobre a inter-relação enfermagem (cuidado) e antropologia (cultura), pois notou que os fatores culturais influenciavam no comportamento dos indivíduos sob seus cuidados. Nesse período, desenvolveu o primeiro método de pesquisa genuinamente etnográfico de enfermagem. Viveu dois anos em uma aldeia indígena, desenvolvendo sua teoria cultural do cuidado. Ela percebeu marcantes diferenças na cultura ocidental e oriental quanto às práticas e aos cuidados em saúde⁽²⁸⁾.

Leininger define a Etnoenfermagem como “o estudo de crenças, valores e práticas de enfermagem como percebidas e conhecidas cognitivamente por uma determinada cultura através de suas experiências diretas, crenças e sistema de valores”. Sob essa perspectiva, o ser humano é entendido como indivíduo, família e grupo cultural. Já o contexto ambiental é a situação de experiência, contexto no qual a pessoa e o grupo vivem, o que inclui características físicas, ecológicas, sociais e visão de mundo, influenciando os modos de vida. Para ela, estudar o indivíduo sem localizá-lo em seu meio e no contexto cultural limita a compreensão da própria existência humana⁽²⁸⁾.

Sob essa perspectiva, para Leininger, saúde é definida como um “estado de bem-estar, culturalmente definido, avaliado, praticado e que reflete a capacidade que os indivíduos (grupo) possuem para realizarem suas atividades diárias em modos de vida culturalmente expressos”. Na teoria, traz o conceito de sistemas de cuidado populares ou sistemas *folk*, que seriam os conhecimentos e habilidades populares que agem a favor da saúde ou para apoiar pessoas em situação de incapacidade e de enfrentamento da morte⁽²⁹⁾. Outros conceitos importantes são o de acomodação ou negociação do cuidado cultural (ações e decisões de cuidado que apoiam grupos culturais) e cuidados de enfermagem congruentes com a cultura⁽¹⁷⁾.

Leininger sistematizou uma forma de analisar os casos, levando em conta as questões culturais, representada visualmente por um “nascer do sol” (*sunrise*), permitindo que enfermeira(o)s percebam o contexto cultural do paciente, que envolve seus valores, expectativas de cuidado, crenças e práticas gerais de saúde. As ações e decisões sobre o cuidado devem ser feitas em parceria com o paciente, em harmonia com seus padrões culturais⁽¹⁷⁾. Assim, o modelo de Leininger apresenta um processo de solução de problemas que, assim como o processo de enfermagem, tem como foco a pessoa a ser assistida, defendendo a ideia de que conhecer, compreender e cuidar do outro a partir da sua realidade cultural é a essência de um cuidado culturalmente competente. Para isso, também é importante que a(o) enfermeira(o) realize uma aproximação



do paciente que busca, verdadeiramente, entender as crenças e os valores, sem fazer julgamentos⁽²⁹⁾. Assim, deve-se questionar até que ponto sua conduta pode trazer reais benefícios e quando é preciso afastar-se de normas pré-estabelecidas. A(O) enfermeira(o) precisa respeitar alguns limites, pois o indivíduo deve ter sua vontade respeitada⁽³⁰⁾.

Com isso, observa-se que esse modelo coloca a(o) enfermeira(o) em uma relação horizontal para com o indivíduo cuidado, rompendo com o velho paradigma de que o profissional de saúde é o detentor do saber e quem está sendo cuidado é alguém desprovido de qualquer conhecimento, dialogando também com a promoção dos direitos humanos e da autonomia dos sujeitos ratificada nos princípios orgânicos do SUS.

VIVÊNCIA NO CUIDADO DE IMIGRANTES E REFUGIADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A região central da cidade de São Paulo concentra uma população heterogênea e vulnerabilizada. É marcada pelo grande número de comércios e trabalhadores que têm relações distintas com o território, sendo uma área de populações flutuantes, com pouco vínculo nas relações estabelecidas com esse local. Existe uma parcela expressiva de imigrantes e refugiados morando e circulando por essa área, como africanos, chineses, sírios, bolivianos, paraguaios, peruanos, dentre outros. É comum que a população dessa região viva em condições precárias, morando em ocupações, centros de acolhida, cortiços e na rua. Uma marca desse território é, portanto, a diversidade étnica e linguística, onde se é possível ouvir várias línguas e dialetos e se deparar com diferentes modos de vida⁽³¹⁾. Além disso, na região central existe uma grande concentração de serviços públicos de assistência social e instituições de apoio a pessoas em grande vulnerabilidade social, fazendo com que muitos permaneçam nesse território para acessar tais recursos.

Dessa forma, os serviços de saúde da região central de São Paulo atendem imigrantes e refugiados que residem e frequentam seu território adscrito. O acesso dessa população aos serviços de saúde não é simples, devido a algumas barreiras. Uma delas é o desconhecimento sobre a possibilidade de acesso gratuito, já nem todos os países têm cobertura universal. Assim, muitos migrantes acham que é necessário pagar para serem atendidos. Além disso, existem imigrantes que estão com sua documentação irregular e, por isso, acham que não têm o direito de buscar os serviços de saúde, pois, caso o façam, podem ser reportados à Polícia Federal e expulsos do país⁽¹⁴⁾. Mesmo sem uma documentação regular, as pessoas têm o direito de acessar o SUS e, uma vez na unidade de saúde, podem receber encaminhamentos a diversas organizações não-governamentais (ONGs) que prestam o serviço de regularização da situação migratória. Existem também barreiras estruturais, já que, por vezes, não há recursos para pagar o transporte até a unidade de saúde e, caso estejam trabalhando, não querem ou não podem sair do serviço para comparecer em consulta, por receio de perder a sua principal fonte de sobrevivência⁽¹⁴⁾.

Uma vez transpostas essas primeiras barreiras e acessado o serviço de saúde, as limitações linguísticas e culturais se tornam o principal problema. Sem conhecer a língua local, podem ficar perdidos pela unidade e, uma vez em atendimento, não conseguem comunicar satisfatoriamente sua queixa ao profissional de saúde, podendo não entender a conduta proposta.

Serão apresentadas experiências de equipes de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da região central de São Paulo, onde concentram-se muitos imigrantes, refugiados e outras populações em situações de alta vulnerabilidade social. As equipes de saúde tiveram que desenvolver estratégias para transpor as barreiras e conseguir prover cuidado à população migrante. É importante ressaltar que, na última década, as nacionalidades têm sido cada vez mais diversas: chineses, sírios, haitianos, congolese, nigerianos, bolivianos, peruanos, venezuelanos, entre outros.

Uma das ações para ampliar o acesso foram as campanhas aos sábados na UBS, quando eram oferecidas atualização da carteira vacinal, consultas, coleta de Papanicolau, orientações para planejamento familiar e testagem rápida de HIV, além da parceria com o serviço especializado de abordagem social (SEAS), que realizava orientações sobre documentação.



A equipe de Consultório na Rua (CnR) da UBS ganhou destaque no cuidado à população migrante, uma vez que acessava essa população em centros de acolhida e em outras situações de vulnerabilidade. Assim, desde 2009, implementou-se a prática da contratação de um agente comunitário de saúde (ACS) imigrante ou refugiado de mesma origem de grande parcela dos pacientes migrantes do território. A equipe de CnR é composta por duas enfermeiras, uma médica, uma assistente social, um psicólogo, uma auxiliar de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde (um deles imigrante) e dois agentes sociais. O ACS imigrante ou refugiado tem um papel fundamental no auxílio da equipe na comunicação e mediação cultural com pacientes migrantes. Com isso, é possível acessar informações importantes sobre histórico pregresso dos pacientes e seu universo cultural. Além disso, informa a equipe sobre questões culturais, bem como constitui e conhece as redes de apoio formais e informais (pelas quais o próprio ACS imigrante ou refugiado já circulou ou ainda circula) que se estruturaram na cidade para apoiar migrantes, podendo ajudar com orientações em relação a moradia, emprego, cursos e ONGs de assistência e orientação social e jurídica.

Com o auxílio do ACS, a(o) enfermeira(o) conseguia obter uma história mais completa, com compreensão da queixa atual, acessando história de vida, doenças pregressas, motivos de vinda ao Brasil, características de sua cultura de origem, além de explorar o contexto mais atual do paciente, que envolvia vulnerabilidades diversas. Com isso, era possível pensar na adequação das intervenções de enfermagem e negociá-las com o usuário, propondo um acompanhamento longitudinal. A possibilidade de comunicação, a demonstração de interesse pela cultura de origem, o reconhecimento das necessidades e demandas trazidas auxiliam no estabelecimento do vínculo e no desenvolvimento de uma relação de afeto, confiança e respeito, pontos importantes para que haja adesão do usuário aos cuidados propostos, propiciando melhora de sua saúde.

Atendimentos em que é necessária interpretação normalmente são mais demorados. A equipe de CnR tem mais tempo para realizar esses atendimentos do que a UBS, por acompanhar um número menor de pessoas. Além disso, como imigrantes e refugiados normalmente circulam por equipamento público e do terceiro setor, que lhes oferece suporte específico para suas questões, como documentação, acesso a cursos de português, busca por trabalho, a equipe de CnR tem mais mobilidade e é capaz de realizar articulações entre essas instituições e os serviços públicos, trabalho fundamental no auxílio de pessoas em situação de alta vulnerabilidade social.

Ter um profissional imigrante ou refugiado auxiliando na interpretação e comunicação é de grande auxílio e melhora à qualidade do trabalho, porém, apresenta alguns problemas éticos. A relação do intérprete com o paciente influencia no quanto este se sente confortável para se expressar. Se o intérprete frequenta os mesmos círculos sociais que o paciente, é comum que este não se sinta confortável em compartilhar certas informações. Além disso, caso o intérprete seja homem, algumas pacientes mulheres se sentem inibidas ou rejeitam a presença desse profissional. Por vezes, o profissional imigrante emite algumas opiniões fundamentadas na sua cultura, o que acaba interferindo no diálogo direto com o paciente, principalmente ao ter que conversar sobre assuntos mais delicados, como infecções sexualmente transmissíveis, orientação no uso de contraceptivos e uso de substâncias psicoativas. Em países da América do Norte e Europa, é comum o uso de intérpretes médicos para cumprir esse papel. Trata-se de uma categoria profissional reconhecida, com uma associação internacional e um código de ética próprio. A regulamentação dessa profissão, a elaboração de um código de ética, a oferta de cursos e treinamentos específicos surgiram a partir do reconhecimento dos entraves experimentados na prática por meio do uso de pessoas sem treinamento para auxiliar na comunicação com pacientes⁽³²⁾. No Brasil, ainda se fala pouco do intérprete comunitário, com alguns poucos cursos oferecidos, mas não há mercado para absorvê-los, pois sua importância ainda não é reconhecida. No contexto do SUS e do CnR, ter um profissional imigrante ou refugiado se caracterizou como uma ótima estratégia diante das demandas encontradas.

Na UBS, também havia demanda por atendimento a imigrantes e refugiados. Para contornar as barreiras linguísticas, normalmente os pacientes vinham acompanhados de algum familiar ou amigo que auxiliava na interpretação. Quando não havia ninguém que pudesse ajudar na comunicação, profissionais recorriam ao Google tradutor para conseguir um entendimento mínimo das questões. Nenhuma dessas situações é o ideal,



mas o interesse genuíno em estabelecer contato e compreender o problema fazia com o que uma relação de cuidado fosse possível, como pôde ser observado no caso do acompanhamento das gestantes chinesas.

O atendimento à comunidade chinesa no centro de São Paulo apresentou-se como um grande desafio para as equipes de saúde da família. Além da barreira linguística, o acesso aos domicílios era dificultado, seja por longas jornadas de trabalho e ausência prolongada do domicílio, seja por não quererem permitir acesso às mercadorias vendidas, que eram guardadas em casa. Porém, as mulheres buscavam a UBS para realizar o pré-natal. A própria comunidade chinesa se organizava para designar uma pessoa para ajudar na comunicação. Havia uma mulher que acompanhava a maioria das gestantes para realizar a interpretação, mas também pessoas de uma mesma família se revezavam nesse trabalho. Com a presença dessas pessoas, a enfermeira que realizava as consultas de pré-natal se sentia mais segura de que estava compreendendo as questões e que suas orientações estavam sendo passadas, garantindo a imunização adequada e a identificação das necessidades da paciente. Além disso, a consulta era mais fluída. Porém, outros elementos caracterizaram-se como de grande importância para o desenvolvimento de confiança, garantindo aderência, os quais se relacionam à possibilidade de construir um vínculo que não passa apenas pela comunicação verbal. Isso pôde ser observado num dia em que houve um atendimento de uma gestante chinesa no final do período e ela estava desacompanhada. Nesse momento, a equipe teve receio de que não conseguir realizar uma comunicação efetiva, porém, na consulta com a enfermeira foi possível alguma compreensão e comunicação, por meio de mímicas, Google tradutor e, principalmente, da comunicação não-verbal, expressa através do olhar, do toque, da gentileza, comunicando um interesse genuíno em ajudar e buscar a melhor forma de conseguir isso. Essa é uma linguagem que todos são capazes de entender. Paciente e enfermeira experimentaram um momento pleno de significado e de cuidado. Assim, independentemente das barreiras concretas ao cuidado, em primeiro lugar se deve estar disponível para o outro e aberto para as possibilidades do encontro. No contexto brasileiro, e com a diversidade de nacionalidades, dificilmente os atendimentos ocorrerão em cenários ideais. Os desafios irão se apresentar diariamente, e uma das formas de trabalharmos com eles é desenvolver e aprimorar outros sentidos, outra percepção, assumindo diferentes pontos de vista sobre o cuidado. Em um momento posterior, alguns alunos que estagiavam na UBS auxiliaram no desenvolvimento de cartões com frases em português e chinês para serem usados nas consultas de pré-natal, o que se mostrou muito útil em alguns casos.

Diante da abertura ao cuidado e da adaptação das consultas de pré-natal às necessidades das mulheres chinesas, a demanda por consultas de pré-natal na UBS aumentou muito, por indicações das próprias pacientes.

Outras ações que foram desenvolvidas pelos profissionais da UBS ligadas a educação em saúde, e também para promover inclusão, foram o desenvolvimento de materiais educativos em diferentes línguas, mas também de cartazes que ficavam expostos na UBS em espanhol, francês, inglês e lingala (língua falada por muitos congoleses no Brasil). Além disso, sempre que havia festas e festivais de alguma das comunidades migrantes, a UBS se organizava para ter uma “barraca da saúde” em que distribuía panfletos educativos em diferentes línguas e também realizava orientações, fazendo-se conhecer pela comunidade.

APRESENTAÇÃO DE CASO ATENDIDO PELA EQUIPE DE CNR

O caso apresentado foi muito marcante para a equipe de CnR, pois trouxe muitas discussões e conflitos, a partir de choques entre diferentes visões de mundo. Isso elucida a complexidade do cuidado quando diferentes profissionais, com suas próprias referências, crenças e saberes, se responsabilizam por uma pessoa refugiada.

A paciente em questão era proveniente da República Democrática do Congo (RDC), país da África Ocidental, com uma história complexa do período colonial, com um governo ditatorial e em guerra civil há anos². Uma

2 É de extrema importância compreender um pouco do contexto do país de origem das pessoas migrantes, para que se tenha uma visão mais complexa das situações relatadas pelos pacientes, o que evita generalizações, formação de estereótipos e banalização das experiências. Assim, para iniciar o contato com o contexto histórico e atual da RDC, recomendamos os artigos: Valenzola (2013)⁽³³⁾ e Gallo (2017)⁽³⁴⁾.



vez no Brasil, a paciente solicitou refúgio por questões políticas e foi abrigada em um centro de acolhida específico para migrantes na área de cobertura da equipe de CnR. Em visita ao centro da acolhida, o ACS, também proveniente da RDC, ofereceu à recém-chegada uma consulta de enfermagem para vinculá-la ao SUS e ter acompanhamento. Os profissionais do centro de acolhida já haviam avisado a equipe de CnR sobre a história prévia da paciente. A rotina da equipe de saúde era de que as primeiras consultas fossem realizadas pela enfermeira, porém, nesse caso, optou-se pela realização da consulta com a presença também da médica, da psicóloga e do ACS (para auxiliar na comunicação, pois a paciente falava francês e lingala, idiomas não dominados pelas profissionais de saúde).

A paciente fugira de seu país em um navio, após presenciar a morte brutal de sua família e ser espancada, como retaliação por ter exposto atos ilícitos de um político local. Após o ocorrido, foi colocada em um navio à própria sorte (fato recorrente nas histórias de refúgio), quando sofreu abuso sexual por dias pelos trabalhadores da embarcação. Um desses trabalhadores, acreditando que ela havia falecido, a desembarcou quando passavam pelo Brasil. No Brasil, foi socorrida e levada a um pronto-socorro, onde descobriu que estava grávida.

Na primeira consulta com a equipe de CnR, a paciente demonstrava grande sofrimento e expressou o desejo de interromper a gestação. A paciente foi orientada sobre a legislação brasileira, que permite o aborto em situações de violência sexual. Ela foi acolhida, sendo oferecido apoio em saúde mental que a acompanharia durante todo o processo.

Porém, esse primeiro atendimento não se deu de forma tão simples, principalmente pela posição do ACS intérprete, que era cristão e expressava opinião contrária ao aborto. Além disso, ele trouxe que, na RDC, a maternidade é vista como uma importante função social da mulher; sendo assim, tornar-se mãe deveria ser uma realização.

Apesar do respaldo legal, no Brasil o aborto é um assunto polêmico e ainda muito debatido, com grupos religiosos, principalmente cristãos, posicionando-se de forma contrária. Esses desacordos surgiram na discussão do caso com os demais profissionais da equipe de saúde, havendo alguns a favor e outros contra, estes principalmente por se alinharem também a valores cristãos. O ACS congolês demonstrava preocupação com o aborto, pois defendia que, em sua cultura de origem e pelo fato da paciente também ser cristã, o aborto traria novos problemas e sofrimento subjetivo, além de dificuldade de integração na comunidade congoleza. A posição do ACS também causava desconforto em outros profissionais, compreendendo a cultura congoleza como machista e opressora à mulher e à expressão de seus desejos individuais. A polêmica abriu um leque de debates sobre questões como gênero, violência e religiosidade. Porém, a principal discussão a ser feita era de que forma prover o cuidado mais adequado à paciente, como respeitar o desejo que foi expresso, considerando que, na opinião de algumas pessoas, talvez ela não estivesse levando em conta diversos outros fatores ao tomar essa decisão.

De fato, apesar de ter solicitado o aborto, a paciente expressava muitas dúvidas sobre isso e trazia conflitos pessoais, religiosos e culturais. Tinha receio de não ser aceita pela comunidade congoleza e cristã no Brasil e, portanto, não ter apoio, sem conseguir se estabelecer de forma efetiva, fato que se tornava mais relevante ainda, pois havia perdido todos os seus familiares mais próximos na RDC e ansiava por novos vínculos e redes de apoio.

A equipe de CnR realizava atendimentos multiprofissionais semanais e visitas domiciliares para monitorar a gestação, auxiliá-la nos conflitos pessoais e também nos aspectos ligados à sua subsistência e permanência no Brasil, como moradia, trabalho e documentação, que se somavam a outras preocupações.

Após o primeiro ultrassom gestacional, a paciente experimentou uma ambivalência importante sobre sua decisão prévia de abortar, começando a reconhecer de forma mais consistente a possibilidade de dar continuidade à gestação. O acompanhamento psicológico continuou e a equipe de saúde, com importante participação do ACS congolês, aproximou-se de pessoas da comunidade congoleza. Com isso, encontrou uma família que se mostrou aberta a acolher a moça, oferecendo moradia, apoio social e emocional, o que a



deixou mais confortável para manter sua gestação e dar continuidade ao pré-natal. Mesmo mudando-se do centro de acolhida e indo para um outro bairro, a equipe de CnR realizou o seguimento pré-natal, o que se mostrou muito adequado nesse caso. A mobilidade na cidade da população imigrante e refugiada é grande, pois aproveita as oportunidades que aparecem, já que os centros de acolhida têm restrição de tempo de permanência. Essa flexibilidade é considerada uma boa prática de cuidado, a fim de manter o seguimento com a equipe de saúde que vinha acompanhando o caso para garantir continuidade e qualidade de cuidado.

Ao final, a paciente teve seu bebê e acreditava ter tomado a melhor decisão, aceitando o exercício da maternidade em circunstâncias longe de seus ideais e do que ela vislumbrara para si. O apoio da equipe e a aceitação por pares trouxeram-lhe perspectivas de vida mesmo após viver grandes perdas e violências. Os maiores desafios a pessoas que passam por situações extremamente violentas e traumáticas, como a paciente do caso, são estabelecer novos vínculos, relações de confiança e poder projetar um futuro para si em que haja vida e desenvolvimento de si e suas relações.

Cada membro da equipe de saúde teve de se deparar com suas próprias questões, opiniões e visões de mundo, de que forma enxergam o papel da maternidade, das relações de gênero, da religião, da capacidade de decisão de uma pessoa em importante sofrimento psíquico e vulnerabilidade etc. O importante é que a equipe conseguiu mobilizar afetos, recursos e redes sociais, encontrando saídas que se mostraram de acordo ao que era realmente importante à paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho com populações migrantes em alta vulnerabilidade social é bastante desafiador devido a uma série de barreiras que não se restringem apenas a acesso aos serviços de saúde, adoecimento, prevenção e promoção à saúde. É necessário se atentar a questões ligadas a documentação, moradia, emprego, educação, contato com o país de origem, rede de apoio e vínculos pessoais. Além disso, questões subjetivas devem ser levadas em consideração, como as condições em que o processo migratório se sucedeu, as perdas sofridas no processo migratório (de status social, família, condições e estilos de vida etc.), as violências vividas (situações que costumam ser mais prevalentes entre refugiados), os planos e expectativas futuras, o papel que o migrante passa a ocupar para sua família (ex.: quando migrante deve enviar dinheiro à família que ficou no país de origem) e a adaptação a uma nova realidade, com novos códigos sociais, hábitos, regras. Além disso, é necessário considerar que muitas vezes a língua é desconhecida, o que torna a adaptação mais difícil.

É importante ressaltar que migrantes, imigrantes, solicitantes de refúgio e refugiados compõem um grupo extremamente heterogêneo, o que passa pelo momento em que ocorreu a migração (um recém-chegado terá questões diferentes de alguém que está há anos num país), idade ao migrar, razões para migrar, contexto local e global que determinaram o deslocamento, acesso a rede de apoio etc. Além disso, deve-se ter muito cuidado para não reduzir o indivíduo à sua cultura de origem. Independentemente de se conhecer muito sobre determinada cultura, cada um vive a relação com sua cultura e seu país de origem de forma distinta, podendo ter diferentes identificações, posicionamentos e vivências. Dessa forma, o diálogo com o indivíduo deve ser sempre a prioridade e a cultura de origem estar presente como pano de fundo.

Normalmente, um paciente migrante não espera que o profissional de saúde do país de acolhida saiba sobre sua cultura e seus costumes. Então, ele mesmo se dispõe a explicar o que é importante para si, abrindo espaço para a construção conjunta de estratégias de cuidado, conforme apresentado a partir da Teoria do cuidado cultural de Leininger.

Porém, nem sempre profissional e paciente entrarão completamente em acordo. Para essas situações, não há uma resposta pronta da melhor conduta a ser tomada. Porém, percebe-se pelas experiências relatadas que o interesse genuíno em cuidar, aprender, estar disponível a ajudar e, portanto, estar aberto a construir uma relação de fato com o paciente são as posturas que mais facilitam e permitem que o cuidado ocorra, independentemente das barreiras encontradas. Além disso, as teorias e a literatura sobre cuidado a esses grupos auxiliam o



profissional a se instrumentalizar para refletir criticamente sobre seu papel, o que realmente está em jogo na relação e como prover o melhor cuidado possível, que pode ser o suficiente, apesar de não ser ideal.

REFERÊNCIAS

1. Cavalcanti L, Oliveira AT. A caminho da conclusão: meia década de novos fluxos migratórios no Brasil. In: Cavalcanti L, Oliveira T, Araujo D. A inserção dos imigrantes no mercado de trabalho brasileiro. Relatório Anual 2016 [Internet]. Brasília, DF: OBMigra; 2016[cited 2021 Dec 12]. p. 142-46. Available from: https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/dados_anuais/RelatorioCompleto_v8_0512_pagespelhada_comcapa.pdf
2. Organização Internacional para as Migrações (OIM). Glossário sobre Migração – no. 22[Internet]. Genebra: (OIM). 2009[cited 2021 Dec 12]. Available from: <https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml22.pdf>
3. Ministério da Justiça e Segurança Pública (BR). Refúgio em números[Internet]. 5ª Ed. Brasília, DF: OBMigra. 2020[cited 2021 Dec 12]. Available from: <https://www.justica.gov.br/seus-direitos/refugio/refugio-em-numeros>
4. Patarra NL, Baeninger R. Migrações internacionais recentes: Mudanças no Saldo Migratório Internacional do Brasil. Caso do Brasil. In: Patarra NL (Coord.). Emigração e imigração internacionais no Brasil contemporâneo. São Paulo: FNUAP, 1995.
5. Ministério da Justiça e Segurança Pública (BR). Dados Consolidados da Imigração no Brasil 2020[Internet]. DF: OBMigra; 2021[cited 2021 Dec 12]. Available from: <https://portaldeimigracao.mj.gov.br/pt/dados/>
6. Presidência da República (BR). Lei nº. 13.445, de 24 de maio de 2017. Lei de Migração [Internet]. Diário Oficial da União, seção 1, 25 de maio de 2017[cited 2021 Dec 12]; Seção 1. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/13445.htm
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: nupcialidade, fecundidade e migração: IBGE, 2012.
8. Uebel RRG, Rückert AA. Aspectos gerais da dinâmica imigratória no Brasil no século XXI. Confins. 2017;31. <https://doi.org/10.4000/confins.11905>
9. Senado Federal (BR). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria no. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União, 22 set 2017[cited 2021 Dec 12]. Seção 1. Available from: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
11. Gouveia EAH, Silva RO, Pessoa BHS. Competência Cultural: uma Resposta Necessária para Superar as Barreiras de Acesso à Saúde para Populações Minorizadas. Rev Bras Educ Med. 2019[cited 2021 Dec 12];43(1 suppl 1). <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190066>
12. Herdman TH, Kamitsuru S (Eds). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação, 2015-2017. 10ª. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. 1187p.
13. Berlo DK. O processo da comunicação: introdução à teoria e à prática. 10. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003. 270p.
14. Santana CLA, Carvalho LA, Silva RT, Lotufo Neto F. Redes de serviço de saúde e apoio social aos refugiados e imigrantes. In: Mota A, Marinho MGS, Silveira C (Org.). Saúde e História de Migrantes e Imigrantes. Direitos. São Paulo: CD.G Casa de Soluções e Editora; 2014. 175-198.
15. Fenwick C. Assessing pain across the cultural gap: Central Australian Indigenous peoples pain assessment. Contemporary Nurse. 2006;22(2):218-27. <https://doi.org/10.5172/conu.2006.22.2.218>
16. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro (RJ): Zahar; 1978.
17. Leininger MM. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York (NY): National League for Nursing Press; 1991.
18. Helman C. Culture, health and illness. 3a ed. Wellington: British Library Cataloguing in Publication Data; 1994.
19. Kleinman A, Good B. (Eds.). Culture and Depression: Studies in Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder. Berkeley: University of California Press, 1985. 500p.
20. Sarti CA. A dor, o indivíduo e a cultura. Saúde Soc. 2001;10(1). <https://doi.org/10.1590/S0104-12902001000100002>
21. Boehs AE, Monticelli M, Wosny AM, Heidemann IBS, Grisotti M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. Texto Contexto Enferm. 2007; 16(2): 307-14. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000200014>



22. Campinha-Bacote J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. *J Transcult Nurs*. 2002;13(3):181-4. <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>
23. Giger JN, Davidhizar RE. The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model. *J Transcult Nurs*. 2002;13(3):185-8. <https://doi.org/10.1177/10459602013003004>
24. Budó MLD, Resta DG, Denardin JM, Ressel LB, Borges ZN. Práticas de cuidado em relação à dor- acultura e as alternativas populares. *Esc Anna Nery*. 2008;12(1):90-6. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000100014>
25. Ramos N. Saúde, migração e interculturalidade. João Pessoa: EDUFPB, 2008. 311p.
26. Dejours C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed., São Paulo: Cortez – Oboré; 2001.
27. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Promoção de saúde: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira e Lent; 2004. 335p.
28. George JB. Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.
29. Leininger M, Farland MR. *Transcultural Nursing: concepts, theories, research & practice*. 3ªed. Nova York:Mc Graw-Hill; 2002.
30. Andrade Filho, ACC. Dor: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Roca, 2001. 286p.
31. Campos AG. Qual a dor do mora(dor) de rua? [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Ciências em Saúde Albert Einstein; 2016.
32. Queiroz M. Intepretação Médica no Brasil. [Dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2011.
33. Valenzola RH. O conflito na República Democrática do Congo e a ausência do estado na regulação das relações sociais. *Revista LEVS*. 2013;(12). <https://doi.org/10.36311/1983-2192.2013.v0n12.3477>
34. Gallo F. O silencioso drama da República Democrática do Congo: narrativas de refúgio em São Paulo. Hades-Unifesp [Internet]. 2017[cited 2021 Dec 12]. (1). Available from: https://files.comunidades.net/massacres-e-genocidios/07_GALLO_Fernanda_O_silencioso_drama_da_Republica_Democratica_do_Congo.pdf