

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Luca Antonio  
Montalto

**O ENCONTRO TERAPÊUTICO**  
PONTO DE VISTA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E  
DOS PACIENTES IMIGRANTES.  
UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

VOLUME 1

Dissertação no âmbito do Mestrado em Psiquiatria Social e Cultural da Faculdade  
de Medicina orientada pelo Professor Doutor Manuel João Quartilho

Julho de 2019

*A Eterna Novidade do Mundo*

*“O meu olhar é nítido como um girassol.  
Tenho o costume de andar pelas estradas  
Olhando para a direita e para a esquerda,  
E de vez em quando olhando para trás...  
E o que vejo a cada momento  
É aquilo que nunca antes eu tinha visto,  
E eu sei dar por isso muito bem...  
Sei ter o pasmo essencial  
Que tem uma criança se, ao nascer,  
Reparasse que nascera deveras...  
Sinto-me nascido a cada momento  
Para a eterna novidade do Mundo...”*

*Creio no Mundo como num malmequer,  
Porque o vejo. Mas não penso nele  
Porque pensar é não compreender...  
O Mundo não se fez para pensarmos nele  
(Pensar é estar doente dos olhos)  
Mas para olharmos para ele e estarmos de acordo...”*

*Eu não tenho filosofia: tenho sentidos...  
Se falo na Natureza não é porque saiba o que ela é,  
Mas porque a amo, e amo-a por isso,  
Porque quem ama nunca sabe o que ama  
Nem sabe porque ama, nem o que é amar...”*

*Amar é a eterna inocência,  
E a única inocência é não pensar...”*

## Sumário

Resumo.....	
Abstract.....	
1. Introdução.....	1
2. Objetivo.....	4
3. Metodologia.....	5
4. Resultados.....	7
4.1. A Percepção dos Profissionais de Saúde sobre a Relação Terapêutica.....	7
4.1.1 Língua.....	8
4.1.2. Cultura.....	10
4.1.3. Relação Terapêutica.....	11
4.1.4. Abordagem Clínica.....	12
4.2. Percepções dos Pacientes Imigrantes sobre a Relação Terapêutica.....	14
4.2.1. Língua.....	15
4.2.2. Cultura.....	17
4.2.3. Relação Terapêutica.....	18
4.2.4. Abordagem Clínica.....	20
5. Discussão.....	22
5.1. As principais demandas dos profissionais de saúde e dos pacientes imigrantes.....	23
5.2. O Papel da Língua e da Cultura nas Dinâmicas Criadas.....	26
5.3. Qualidades da Relação Terapêutica.....	29
6. Conclusão.....	33
7. Referência Bibliográfica.....	34

## 8. Anexos

- Tabela 1: Artigos sobre a percepção dos Profissionais de Saúde sobre a relação
- Tabela 2: Artigos sobre a percepção dos Pacientes Imigrantes sobre a relação
- Tabela 3: Procedimento de seleção dos artigos sobre as percepções dos profissionais de saúde sobre a relação terapêutica
- Tabela 4: Procedimento de seleção dos artigos sobre as percepções dos pacientes imigrantes sobre a relação terapêutica

**“O encontro terapêutico”**  
**Ponto de vista dos profissionais de saúde e dos pacientes imigrantes.**  
**Uma revisão sistemática de literatura.**

**Resumo**

**Introdução:** O aumento do fenômeno migratório é uma realidade na sociedade atual. Isso requer uma reorganização do aparato sócio-sanitário e uma preparação adequada dos profissionais de saúde. Entre todas as transformações e reajustes necessários para bem acolher o migrante em âmbito sanitário, os de natureza relacional são de grande relevância. É imperativo, portanto, conhecer as percepções dos sujeitos envolvidos no encontro terapêutico. **Objetivo:** fazer uma revisão sistemática da literatura científica para conhecer as percepções dos profissionais de saúde e dos pacientes imigrantes sobre a relação terapêutica estabelecida. **Metodologia:** Buscas foram feitas através dos bancos de dados PubMed e BVS. Os descritores utilizados foram para os profissionais de saúde: *[(professionals OR providers) AND (healthcare) AND (refugees OR immigrants) AND (perception OR attitudes OR thoughts OR feelings)]*, and for immigrant patients: *[(immigrants OR refugees) AND (healthcare) AND (perceptions OR attitudes OR thoughts OR feelings)]*. Foram incluídos os artigos que abordassem experiências e impressões pessoais sobre a relação terapêutica entre profissionais de saúde e pacientes imigrantes. **Resultados:** Um total de 30 artigos foram selecionados. Os achados foram divididos em quatro macro-grupos: linguagem; cultura; relacionamento e abordagem clínica. Observou-se uma discrepância entre as demandas trazidas entre as partes investigadas. Os profissionais relataram, principalmente, que a diferença dificulta as relações. Já os pacientes imigrantes referiram, acima de tudo, a falta de uma abordagem de escuta aberta e disponível da parte do profissional de saúde. Conflitos foram encontrados em relação à diversidade linguística e cultural. No entanto, verificou-se que o problema de fundo era, essencialmente, de ordem relacional. **Conclusão:** A qualidade interpessoal da relação terapêutica parece ser decisiva no encontro entre profissionais de saúde e pacientes imigrantes. A diferença de perspectivas entre as partes avaliadas nos alerta para incongruências entre as demandas existentes e as soluções oferecidas. Sugerimos que uma atenção maior e mais profunda deve ser dada às percepções dessas duas partes para que aprimoramentos sejam realizados.

**Palavras-chave:** Imigrantes; Profissionais de Saúde; Percepção; Relações.

**"The therapeutic encounter"**  
**Point of view of health professionals and immigrant patients.**  
**A systematic literature review.**

**Abstract**

**Introduction:** The increase in the migratory phenomenon is a reality in today's society. This requires a reorganization of the socio-sanitary apparatus and adequate preparation of health professionals. Among all the transformations and readjustments necessary to welcome the migrant in a health context, those of relational nature are of great relevance. It is imperative, therefore, to know the perceptions of the subjects involved in the therapeutic encounter. **Aim:** make a systematic review of the scientific literature to know the perceptions of health professionals and immigrant patients about the established therapeutic relationship. **Methodology:** Searches were made through the PubMed and BVS databases. The descriptors used were for health professionals: *[(professionals OR providers) AND (healthcare) AND (refugees OR immigrants) AND (perception OR attitudes OR thoughts OR feelings)]*; for Immigrant patients were: *[(immigrants OR refugees) AND (healthcare) AND (perceptions OR attitudes OR thoughts OR feelings)]*. We included those articles which addressed experiences and personal impressions about the therapeutic relationship between healthcare professionals and immigrant patients. **Results:** A total of 30 articles were selected. The findings were divided into four macro groups: language; culture; relationship and clinical approach. There was a discrepancy between the demands brought between the parties investigated. Professionals have reported, above all, that difference hampers relationships. The immigrant patients mentioned, above all, the lack of an open and available listening approach on the part of the health professional. Conflicts have been found in relation to linguistic and cultural diversity. However, it was found that the underlying problem was essentially relational. **Conclusion:** The interpersonal quality of the therapeutic relationship seems to be decisive in the meeting between health professionals and immigrant patients. The difference in perspectives between the evaluated parties alerts us to inconsistencies between the existing demands and the solutions offered. We suggest that greater and deeper attention should be given to the perceptions of these two parties for improvements to be made.

**Keywords:** Immigrants; Healthcare Professional; Perception; Relationships.

## 1. Introdução

*“Os dois não se conhecem ainda. É necessário assim que contem de si um para o outro... É o prazer narrativo, aquilo que ao mesmo tempo apaga e retarda o conhecimento, em uma palavra, relança.”*

R. Barthes

Nos últimos 20 anos, o fenômeno migratório, por diferentes causas, aumentou exponencialmente. Foi estimada, em 2017, a existência de 258 milhões de imigrantes no mundo. Em janeiro de 2018, o número de não europeus que residia nos países membros da União Europeia foi de cerca de 22,3 milhões de pessoas das mais diversas proveniências (Organização das Nações Unidas, 2018). Mas, mesmo que estes números sejam relativos aos últimos anos, as migrações não são um acontecimento recente. Pelo contrário, acompanham o desenrolar-se da humanidade desde seus primórdios (Bauman, 2016). Independentemente da motivação que o tenha determinado, o fenômeno migratório pode ser considerado também como algo que produz e contribui para um movimento natural de mudança, próprio de cada ser e, portanto, também das sociedades. Assim, qualquer tentativa de bloquear ou limitar este fluxo parece anti-fisiológico, uma expressão do medo e do temor do novo, do estranho e do diverso (Bauman, 2016; Han, 2018).

Como se pode imaginar, a intensificação do fluxo migratório nos últimos 20 anos veio acompanhada por um aumento do apelo à capacidade organizativa das instituições. Uma das áreas em que isso é mais evidente e que se tem mostrado de grande relevância é, por razões óbvias, aquela sócio-sanitária. Todos os países de acolhimento são afetados nessa instância, por esse processo e, inevitavelmente, sofrem uma pressão no sentido da adequação de suas políticas e aparatos sanitários (Scholz, 2016). Num apelo ao sentido humanitário, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que todas as pessoas, independentemente da origem, religião e etnia, devem ter direito a receber assistência à saúde (OMS, 2018). Assim, muitos países, seguindo a orientação da OMS, estabeleceram, graças a atos constitucionais, que a tutela da saúde deve ser um direito fundamental a todas as pessoas, sejam esses cidadãos nacionais ou pessoas que transitam pelo território (Costituzione della Repubblica Italiana, 1948; Entidade Reguladora de Saúde, 2015).

O Parlamento Europeu reconhece: “o sistema sanitário deve encontrar-se pronto para responder a uma demanda crescente e, essencialmente, ainda pouco conhecida (...). É um desafio para a saúde pública contemplar adequadamente as necessidades individuais dos imigrantes” (Scholz, 2016). É preciso, no entanto, considerar que o impacto que a questão da imigração traz vai além de preocupações humanitárias ou da proteção do território contra doenças que não são endêmicas ali. As instâncias governamentais, através da organização dos serviços de saúde e das políticas públicas, devem lançar um outro olhar a esse fenômeno e reconhecer que ele diz respeito também à própria reorganização das sociedades, que se têm tornado mais plurais e complexas.

É possível dizer, portanto, que estamos diante de uma importante “emergência sanitária” (Buratta, 2017; ONU, 2015). Neste caso, porém, “emergência sanitária” deve ser entendida como a pressão existente sobre sistema sanitário no sentido de que este atenda às necessidades de um público-alvo novo, recém constituído, com diferentes demandas e exigências. Assim, como reporta Santonocito (2017) no *Quotidiano della Sanità*, o fenômeno migratório representa, para o sistema sanitário um duplo desafio. Primeiro, porque deve responder às necessidades de uma sociedade que começou e continuará a mudar a própria estratificação, por exemplo, em termos de idade ou etnia. Segundo, porque deve ser capaz de promover adequadamente a reorganização dos serviços, não refletindo mais em termos de excepcionalidade ou emergencialidade, já que este é um “fenômeno crônico e sistêmico”. Prestar atenção à reorganização dos serviços, neste caso, significa acompanhar o processo natural de mudança que envolve também a sociedade.

Na medida em que se pensa a adequação de políticas públicas a essa realidade, é inevitável e imprescindível refletir também sobre a atuação dos profissionais de saúde. Estes são a face mais imediata e intimamente vinculada à assistência a essa população. Devem, portanto, estar adequadamente preparados para acolhê-la. Considerar esse fato e atentar especificamente sobre o impacto do fenômeno migratório sobre a atuação desses profissionais evita a adoção de soluções improvisadas e, por vezes, equivocadas. Propicia, assim, uma prática de saúde pública e de modalidades assistenciais sustentadas “pelas melhores evidências e baseadas na sua apropriação, na eficiência e na equidade” (Santonocito, 2017).

Mas como prever uma formação ou uma melhor preparação desses profissionais se ainda não são amplamente conhecidas as principais demandas desses pacientes? Como se dão os movimentos de adaptação do encontro entre profissionais de saúde e pacientes imigrantes dentro de uma realidade cada vez mais evidente, a de uma sociedade multicultural? Entre as várias adequações que precisam ser realizadas para fazer frente a essa recente conformação, além dos aspectos administrativos e estruturais, epidemiológicos e etiopatológicos, está aquela essencialmente relacional. O novo tipo de encontro terapêutico criado nestes anos de intenso fluxo migratório prevê, sem dúvidas, transformações e reajustes.

No entanto, entre todas as transformações e reajustes necessários para bem acolher os imigrante em âmbito sanitário, os de natureza relacional são pouco abordados e a literatura científica ainda carente nesse tipo de estudo. Talvez ainda por herança do reducionismo biológico moderno que não nasceu e nem morrerá com a medicina, mas na qual está inclusa (Bonet, 1999; Good & Good, 1993). O fato é que a relação é um ponto essencial do encontro terapêutico em geral (Ardigò, 2003; Atkinson, 1993; Balint, 1961; Branch et al., 1991; CREMESP, 2012; Gattinara et al., 1995; Rosenthal & Shannon, 1997; Schimith, Simon, Brêtas & Budó, 2011; WHO 1993; Williams, 1994). É apropriado dizer, inclusive que “o profissional da saúde é, antes de tudo, um profissional da relação” (Rességuier, 2005, 2008).



Por ser operador dependente, a qualidade com que a relação se estabelece muda na medida em que também muda a predisposição dos sujeitos envolvidos. Muitas vezes desconsiderada, esta óbvia constatação deveria ser fortemente levada em conta. Complexa (e bem estudada) já quando se fala de populações autóctones, a questão relacional tem, em campo migratório, dificuldades e conflitos conhecidos, exacerbados. Nessa circunstância específica, podemos observar os desafios constituintes do encontro de um jeito mais evidente e menos sujeito a *escamotage* verbais e comportamentais. Em outras palavras, ao assistir pacientes imigrantes é mais difícil para o profissional de saúde acessar recursos acessórios frequentemente utilizados para os manter distantes de qualquer desconforto que possa haver frente a necessidade de uma comunicação mais sutil e profunda.

Os profissionais de saúde se encontram diante também de novos desafios em termos de relação, que envolvem fatores pouco contemplados quando se trata da assistência à população local. Ao atender pacientes imigrantes, deparam-se com sujeitos com línguas e culturas de origem diversas, além de perspectivas sobre o sistema sanitário, concepções de saúde e doença e da medicina particulares. Essa situação obriga as duas partes a ter que inevitavelmente desenvolver recursos e enfrentar questões que, habitualmente, no atendimento a outros tipos de pacientes ficam de lado ou mascaradas.

A sociedade se transformou e com ela suas referências. Considerada há até pouco tempo apenas em situações específicas e restritas, relacionar-se com a diversidade é hoje tarefa para clínicos de todas as áreas. A maioria dos profissionais, entretanto, ainda ignora completamente o fato de sua própria perspectiva ser estabelecida por sua cultura de base e como isso é determinante para a maneira que ele aborda, examina e conduz o paciente e a relação com ele estabelecida (Kirmayer et al., 2012; Kirmayer, Rousseau, Jarvis & Guzder, 2008; Schouler-Ocak et al., 2015). Não consegue considerar também a assimetria relacional criada devido também a questões e papéis históricos (Lechner & Solovova, 2014). Com todos esses complicadores, fica clara a necessidade de lançar um olhar mais profundo na tentativa de esclarecer como a relação entre profissionais de saúde e imigrantes tem sido estabelecida e quais são seus principais pontos de abertura e atrito.

Conhecer as várias perspectivas deste encontro, ajuda a refletir sobre seus modos e como aprimorá-lo. Para melhor cumprir tal tarefa, é imprescindível dar voz aos seus reais protagonistas e, assim, conhecer as tonalidades daquilo que eles percebem de si próprio, do outro e daquilo que emana a partir do encontro. Dessa forma, dada a importância do tema e a carência de tais dados sobre essa questão, o presente trabalho propõe-se, através de uma revisão sistemática de literatura, a conhecer as percepções dos sujeitos envolvidos – pacientes imigrantes e profissionais de saúde – sobre a relação por eles estabelecida no *setting* terapêutico. A partir daí, poderemos refletir sobre os maiores impasses, desafios e possibilidades desse encontro e pensar as melhores formas de contemplar adequadamente a assistência ao paciente imigrante sob esse aspecto.

## **2. Objetivo**

O objetivo desse trabalho é fazer uma revisão sistemática da literatura científica para conhecer as percepções de profissionais de saúde e de pacientes imigrantes sobre a relação terapêutica estabelecida entre eles.

### 3. Metodologia

Esse é um trabalho de revisão sistemática de literatura. Para tal, procedeu-se à pesquisa de artigos científicos nos bancos de dados: *PubMed* e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que compreendem como principais plataformas a *Scielo*, *Medline*, *Lilacs* e *Cochrane*. Esses foram escolhidos por serem de grande relevância na área da saúde e o objetivo era justamente elucidar as opiniões dos pesquisadores dessa esfera de atuação em relação ao que os pacientes e os profissionais percebiam do encontro terapêutico. Ou seja, buscou-se, propositadamente, um olhar médico-sanitário.

Por ser necessário verificar dois pontos de vista, decidiu-se proceder a duas pesquisas distintas: uma que verificasse a existência de artigos que relatassem a perspectiva dos profissionais de saúde e outra que expusesse aquela dos pacientes imigrantes. Por esse motivo, usamos os mesmos descritores, adicionando no caso dos profissionais, o termo (*professionals OR providers*). Dessa forma, para a população dos profissionais de saúde, foram estabelecidos os descritores: *[(professionals OR providers) AND (healthcare) AND (refugees OR immigrants) AND (perception OR attitudes OR thoughts OR feelings)]*. Para a pesquisa referente aos pacientes imigrantes, por sua vez, foram utilizados: *[(immigrants OR refugees) AND (healthcare) AND (perceptions OR attitudes OR thoughts OR feelings)]*.

Os descritores foram adequados segundo o *MeshTerms*. O termo imigrante foi utilizado de acordo com o conceito de imigração da International Organization for Migration (2011). Esse conceito define a imigração como: "qualquer tipo de movimento de pessoas, independentemente de seu comprimento, composição e causas. Inclui a migração de refugiados, pessoas deslocadas, migrantes econômicos e pessoas que se deslocam por outros motivos". Objetivou-se, assim, obter o maior número possível de resultados. O descritor "refugees" foi acrescentado com o intuito de buscar estudos que tratassem dessa população específica, mas que não contivessem o termo "immigrants" entre seus descritores.

A busca foi finalizada em abril de 2019. Contém, portanto, conteúdos publicados até essa data. Não foram colocadas restrições quanto ao ano de realização das pesquisas. Utilizou-se filtro para selecionar apenas artigos que fossem escritos em inglês, português, italiano e espanhol. Os critérios de inclusão que permitiram a seleção das publicações foram: abordar a experiência e impressão pessoal sobre a relação terapêutica, constituída a partir de um olhar em primeira pessoa dos profissionais de saúde (PS) e dos pacientes imigrantes (PI); ter resumo disponível; ser um artigo original e ter sua versão completa disponível por meio eletrônico. Não foram incluídos (critérios de exclusão) artigos que falassem de um âmbito muito específico em campo diagnóstico e terapêutico ou sobre determinada patologia e técnica de cuidado. Não foram incluídos também artigos que falassem principalmente da impressão sobre o acesso aos serviços de saúde. Estes critérios de exclusão foram definidos para garantir que os trabalhos selecionados tratassem essencialmente do encontro terapêutico com os pacientes imigrantes e com o profissionais de saúde e não de outras questões que envolvem o sistema e a assistência à saúde.

Após selecionados, os trabalhos foram analisados em profundidade. Os resultados encontrados foram ponderados individualmente, entre os grupos dos profissionais de saúde e o dos pacientes imigrantes. As grandes áreas temáticas observadas nos discursos – pela frequência e relevância demonstrada – constituíram tópicos para melhor exposição e discussão dos resultados. Uma leitura crítica dos dados encontrados foi realizada, agora também comparando o conteúdo encontrado nos dois grupos, e exposta na discussão.

## 4. Resultados

Os artigos selecionados apresentaram marcada heterogeneidade nos dois grupos pesquisados. No que diz respeito à população avaliada, foi possível observar que, entre os profissionais de saúde, havia uma grande variabilidade de especialidades: médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, assistentes obstétricos (ver tabela 1). Já entre os pacientes imigrantes, ressaltou-se a ampla diversidade de etnias e locais de proveniência: África, Afeganistão, Brasil, Chile, Curdos, Europa do Leste, Eritreia, Irã, México, Somália, Vietnã, entre outros (ver Tabela 2). Notou-se também, entre estes, grande diferença do tempo de residência no país de acolhimento além de diversos enquadramentos quanto ao *status* migratório (refugiados, requerentes de asilo, imigrantes econômicos, etc).

Da mesma maneira, também as estruturas e os países onde eram desenvolvidos os estudos eram vários e iam desde centros de atenção primária a unidades de cuidado intensivo (incluindo centros de saúde obstétrica e de saúde mental, por exemplo), localizados nos Estados Unidos (8), Suécia (6), Austrália (5), Canadá (3), Holanda (1), Inglaterra (1), Israel (1), Noruega (1), Nova Zelândia (1), Espanha (1) e Portugal (1). O número total de profissionais de saúde entrevistados nos artigos foi de 420. Já a amostra total de pacientes imigrantes chegou a 482 pessoas. Dos artigos selecionados, apenas 2 eram comuns aos dois grupos, pois avaliaram concomitantemente essas duas populações.

Como requer o objetivo principal dessa pesquisa e para deixar a exposição a mais clara possível, os resultados encontrados foram divididos segundo às duas populações investigadas: Profissionais de Saúde (PS) e Pacientes Imigrantes (PI). Em cada um desses grupos fez-se subdivisões baseadas nos temas mais prevalentes à análise. Assim, adiante, estão expostos tanto para os PS quanto para os PI o que os trabalhos encontrados trouxeram de mais relevante sobre questões referentes à língua, à cultura, à relação terapêutica e à abordagem clínica.

### 4.1. A Percepção dos Profissionais de Saúde sobre a Relação Terapêutica

No proceder à busca de artigos que apontassem a perspectiva dos PS sobre a relação terapêutica com PI, foram inicialmente detectados, com base nos descritores mencionados na metodologia, 380 pesquisas: 282 no Portal BVS e 98 no PubMed. Após uma primeira seleção baseada na leitura do título e do resumo, e obviamente, nos critérios de inclusão e exclusão, foram eleitos 41 artigos do banco de dados BVS e outros 22 do PubMed. Estes, por sua vez, foram lidos na íntegra. Restaram 7 publicações selecionadas a partir do BVS e outras 6 do PubMed que se enquadraram nos critérios e objetivos de nossa pesquisa. Eliminados os duplicados, tivemos um total de 10 artigos. A estes, foram agrupadas 5 pesquisas encontradas a partir das referências bibliográficas dos trabalhos escolhidos previamente. O total selecionado foi, portanto, de 15 artigos, provenientes de: Austrália (5), Canadá (3), Estados Unidos (1), Israel (1), Holanda (1), Noruega (1), Portugal (1), Espanha (1) e Suécia (1) (Ver tabela 3).

Como mencionado anteriormente, apenas os artigos que apresentavam em seu conteúdo – como parte dos resultados principais ou secundários – as impressões pessoais dos profissionais de saúde foram incluídos. Todos os trabalhos encontrados se utilizaram de metodologia qualitativa e apenas dois deles apresentavam também dados quantitativos (ver tabela 1).

#### **4.1.1. Língua**

Um dos temas mais recorrentemente evocados pelos profissionais de saúde nos artigos selecionados foi, sem sombra de dúvidas, aquele da comunicação verbal. Todos os estudos encontrados apresentavam como uma das dificuldades principais dos profissionais aquela de compreender diretamente as demandas dos pacientes imigrantes, bem como a de fazer-se compreender ao enunciar o diagnóstico e o tratamento a seguir. O encontro terapêutico era transformado, assim, segundo os PS, na maioria das vezes, em um momento de dificuldade, estresse e irritação (Harding, Seal, Duncan & Gilmour, 2017; Hasnain, Connell, Menon & Tranmer, 2011; Higginbottom et al., 2016; Hoye & Severinsson, 2008; Komaric, Bedford & Van Driel, 2012; Shtarkshall, Baynesan & Feldman, 2009; Terraza-Núñez, Vázquez, Vargas & Lizana, 2011; Wachtel, Brorsson & Troein, 2006; Winn, Hetherington & Though, 2018;).

Para manejar a situação, uma solução frequentemente sugerida pelos profissionais foi a utilização de intérpretes (Boerleider et al., 2011; Cross & Bloomer, 2010; Hoye & Severinsson, 2008; Hasnain et al., 2011). Como exemplificado no trecho de um entrevistado por Hoye e Severinsson (2008):

*“Temos que envolver intérpretes para dar informações...”*

Para os PS entrevistados por Winn e colaboradores (2018), a dificuldade de comunicação era ainda mais exacerbada em situações de emergência. Nesses casos, o recurso do intérprete, como estava disponível pelo serviço, não era de ajuda:

*“Quando você está no parto e há uma situação aguda... às vezes, não há tempo para ir buscar o telefone da linha de idioma e, em seguida, ser colocado em espera, ter que ter uma conversação de ida e volta traduzida, voltar para você entender quais são os riscos... Então, essa é uma das barreiras, é a linguagem no tratamento agudo.”*

São interessantes os relatos presentes em alguns artigos que evidenciaram que, mesmo quando a barreira linguística era superada através da utilização de um intermediário, o encontro com os PI não se dava ainda completamente livre de problemas de comunicação (Farley, Askew & Kay, 2014; Harding et al., 2017; Komaric et al., 2012; Shtarkshall et al., 2009). Algumas vezes isso se dava pela

impossibilidade de interpretar expressões e sentimentos dos pacientes (Harding et al., 2017; Puvimanasinghe, Denson, Augoustinos & Somasundaram, 2015). Estas dificuldades eram atenuadas pela presença do intérprete, mas ainda persistiam:

*“...estão falando com o intérprete, não com você... uma terceira pessoa que interfere nesse relacionamento... é difícil entender a emotividade por trás do que a pessoa está vivenciando.”*

(Harding et al., 2017)

*“Os intérpretes não interpretam o que você diz e dão suas próprias opiniões... Às vezes...eles tem uma conversa de cinco minutos, mas você não pega aquilo que eles realmente dizem“*

(Farley et al., 2014)

Mesmo em situações em que os pacientes eram imigrantes de segunda geração, ou seja, eram fluentes na língua dos profissionais de saúde, foram relatadas dificuldades comunicacionais. Isso pode ser observado em Shtarkshall e colaboradores (2009).

Deve ser assinalado ainda que, a partir dessa dificuldade linguística, eram também estimuladas ações criativas, *escamotage* que ajudavam a minimizar ou a superar o problema (Boerleider et al., 2011; Farley et al., 2014; Winn et al., 2018). Estabelecia-se, assim, uma comunicação satisfatória graças ao envolvimento dos PS (Boerleider et al., 2011; Cross et al., 2010; Hoye & Severinsson., 2008; Puvimanasinghe et al., 2015; Winn et al., 2018).

*“Sempre uso marcadores, destaco as informações relevantes e, em seguida, imprimo um mapa de navegação, o ônibus que você pega... Estou preparando-os para garantir que eles saibam que meu paciente não fala o idioma”.*

(Winn et al., 2018)

*“...Então, muitas vezes você pega um intérprete nos primeiros dois meses e depois disso você não precisa de um, porque é capaz de falar sobre coisas em sinais e coisas.”*

(Cross & Bloomer, 2010)

#### 4.1.2. Cultura

Outro elemento constante em nossa pesquisa foi a evidente dificuldade dos profissionais de saúde em se relacionar com pacientes de um *background* cultural diferente. Como na questão da língua, também a diversidade cultural foi uma evidente fonte de estresse e um desafio à instauração uma relação terapêutica adequada (Hasnain et al., 2011; Higginbottom et al., 2016; Shtarkshall et al., 2009; Terraza-Núñez et al., 2011). Esta situação levava, inclusive, com que os PS se sentissem, em alguns casos, ineficazes ou a percebessem como um obstáculo na prática de um “exercício profissional adequado” (Shtarkshall et al., 2009; Terraza-Núñez et al., 2011). Foi ainda evidenciada a percepção, por parte dos profissionais de saúde, de que os PI faziam resistência aos costumes e à língua do país de acolhimento (Terraza-Núñez et al., 2011), criando assim uma outra barreira ao estabelecimento de uma relação terapêutica satisfatória.

A diferença cultural foi relacionada também como fonte de desrespeito em algumas situações em que os PS eram de um gênero diferente da do PI assistido. É o caso de algumas profissionais mulheres que não se sentiam adequadamente respeitadas quando em contato com a cultura fortemente patriarcal de alguns pacientes (Hoye & Severinsson, 2008). Esta sensação de desrespeito devido à cultura aconteceu, entretanto, independente das questões de gênero e estava relacionada à sensação de incompreensão e de não ser seriamente levado em consideração (Hoye & Severinsson, 2008; Nicholas, Hendson & Reis, 2014).

Como no caso da relação com a diversidade linguística, também aqui alguns profissionais transformavam as dificuldades em possibilidades, que faziam do encontro uma fonte de aprendizado e enriquecimento de sua bagagem de conhecimento (Farley et al., 2014; Harding et al., 2017; Puvimanasinghe et al., 2015).

*“Eles são pessoas muito legais e interessantes... Você aprende sobre diferentes culturas... Você aprende uma medicina diferente... certamente muito da medicina tropical que não veríamos em Brisbane”*

(Farley et al., 2014)

Alguns autores chegaram a concluir em suas pesquisas que a diversidade cultural deveria ser bem acolhida pelos PS para que não criasse problemas, principalmente quando as diferenças eram muito evidentes (Hasnain et al., 2011; Higginbottom et al., 2016; Nicholas et al., 2014; Terraza-Núñez et al., 2011). Isso dependia diretamente da capacidade dos profissionais de se abrirem e aceitarem a diversidade (Boerleider et al., 2014; Cross et al., 2010; Nicholas et al., 2014; Puvimanasinghe et al., 2015), além da presença nestes de uma certa flexibilidade (Boerleider et al., 2014; Farley et al., 2014):

*“Vestir o bebê. Deveria ser tão quente quanto o possível. Colocar tudo em cima. E, então, nós tentávamos dizer: "Você não deveria fazer isso". E eles acham isso irritante porque eles querem fazer o que aprenderam: vestir o bebê de maneira bem*



*quente porque está frio. E isso, obviamente, causa conflito. E então eu digo: "Ok, nós vamos vesti-lo assim, e então vamos envolvê-lo em um cobertor." Então (...) você tem que encontrar um equilíbrio ..."*

(Boerleider et al., 2014)

Na presença dessas dificuldades, surgiram ainda, como que instintivamente, sugestões de que os profissionais de saúde que prestassem assistência a imigrantes deveriam pertencer à mesma família cultural, étnica e religiosa do paciente (Komaric et al., 2012). Em outros momentos, essa solução era vista da parte dos profissionais com desconfiança, como testemunhado por Harding e colaboradores (2017) que evidenciaram também que o pertencimento à mesma etnia do paciente imigrante poderia fazer surgir o pedido de facilitação de favores ou de abordagens discriminatórias. Outra reivindicação recorrente era a realização de capacitações. Para alguns dos entrevistados, entretanto, concentrar-se apenas na aquisição de competências culturais não seria de grande ajuda se não viesse acompanhada da disponibilidade e da abertura dos profissionais (Dias et al., 2018; Nicholas et al., 2014).

#### ***4.1.3. Relação terapêutica***

Como visto no que foi apresentado acima, a questão relacional pode ser afetada pelas dificuldades linguísticas e culturais (Hasnain et al., 2011; Higginbottom et al., 2016; Hoye & Severinsson, 2008; Komaric et al., 2012; Nicholas et al., 2014; Shtarkshall et al., 2009; Terraza-Núñez et al., 2011). Em outros casos menos frequentes, entretanto, foi mencionada pelos profissionais como um elemento por si e que está vinculado a características pessoais que os PS podem ou não ter. Foi relatado, por exemplo, que a capacidade de abertura e a disponibilidade, quando presentes na relação, ajudam na abordagem dessa população (Nicholas et al., 2014). Uma exemplificação disso pode se notar na seguinte fala de um profissional:

*"Existem profissionais que são mais acessíveis ou que são mais simpáticos e outros que não, isso também é uma barreira de acesso."*

(Terraza-Núñez et al., 2011)

Tendo em vista as dificuldades que um encontro do gênero pode, potencialmente, portar aos profissionais de saúde, era esperado que fossem encontrados relatos que evidenciassem sensações de estresse, angústia e irritação na abordagem dos pacientes imigrantes (Higginbottom et al., 2016; Hoye & Severinsson, 2008; Shtarkshall et al., 2009; Terraza-Núñez et al., 2011). Essas situações foram, entretanto, bastante frequentes. Em alguns casos, isso contribuía para o estabelecimento de uma postura defensiva na assistência a essa população (Shtarkshall et al., 2009).

Uma outra condição observada e que pode provocar dificuldade à relação foi a presença de uma visão estereotipada e pré-concebida quanto à proveniência dos pacientes imigrantes (Dias et al., 2018; Higginbottom et al., 2016; Komaric et al., 2012; Nicholas et al., 2014; Terraza-Núñez et al., 2011), como por exemplo o referido pelo seguinte trecho:

*“Árabes trazem comida para os quartos e deixam tudo um pouco mais sujo...”*

(Terraza-Núñez et al., 2011)

Alguns destes preconceitos são bem explicitados pelas entrevistas reportadas na pesquisa de Dias e colaboradores (2018):

*“ainda paira muito na cabeça dos profissionais de saúde o preconceito... eu assisto ao preconceito por parte dos enfermeiros no atendimento a estas pessoas”*

*“posso lhe dar situações de estigmatização relacionadas às mulheres brasileiras. São mal afamadas e depois têm um tratamento diferente daquele que deveriam ter”*

*“há pessoas que estão renitentes aos migrantes... racismo a todos os níveis dos profissionais, colegas nossos...”*

#### **4.1.4. Abordagem Clínica**

Em contraste com a escassez de relatos que versassem sobre o estabelecimento da relação terapêutica em si, muitos dos trabalhos selecionados apresentaram aspectos que remetiam a questões relativas à abordagem médica e, portanto, indiretamente, à concepção biomédica de cuidado. Dois artigos (Farley et al., 2014; Puvimanasinghe et al., 2015) trouxeram a perspectiva de que o encontro com olhares diferentes sobre a saúde, a doença e a assistência prestada gerava nos PS uma resposta positiva e estimulante, com sentimentos de riqueza e aprendizado. Entretanto, mais comumente, os profissionais entrevistados referiam que as necessidades específicas da população imigrante interferiam negativamente em sua rotina de trabalho e na dinâmica dos serviços sanitários, deixando a sensação de que o encontro com esses pacientes era difícil e estressante (Harding et al., 2017; Higginbottom et al., 2016; Hoye & Severinsson, 2008; Nicholas et al., 2014; Shtarkshall et al., 2009; Terraza-Núñez et al., 2011).

Alguns referiram que muitas das necessidades “particulares” que esta população portava consigo por diversos motivos (língua, cultura, religião, etnia, entre outros) faziam com que os serviços não fluíssem com seu ritmo habitual, levando ao descontentamento, como exemplificado nesse trecho encontrado em Hoye et al., 2008:

*" Foi muito difícil, porque a ala estava lotada e aproximadamente 30 pessoas chegaram (...) membros de outras famílias não tinham espaço algum. Nós tentamos dizer-lhes para restringir a sua estadia no quarto ou no corredor...".*

Para certos profissionais, isso acontecia devido à necessidade de dedicar mais tempo às consultas:

*"... nos sentimos enganados, porque eles tomam muito do nosso tempo:"*

(Terraza-Núñez et al., 2011)

*"Você simplesmente não tem muito tempo para gastar um a um. Se você fizer isso, pode consumir todo o seu turno "*

(Nicholas et al., 2014)

Em outros casos, por ter que incluir interpretes no *setting* terapêutico (Hoye & Severinsson, 2008; Nicholas et al., 2014; Terraza-Núñez et al., 2011). O desconhecimento dos pacientes imigrantes sobre o funcionamento do sistema sanitário também foi motivo de descontentamento:

*"Conhecimento do sistema de saúde australiano. . . Você tem que marcar uma consulta ... ir ao médico ... pegar um roteiro. . . Vá para a farmácia. . . o químico preenche, mas então você precisa marcar outra consulta. . . eles não entendem "*

(Farley et al., 2014)

*"Eu acho que provavelmente o maior desafio não é um médico do sexo masculino para a entrega, e não podemos garantir isso. Não é assim que funciona no Canadá [...] se for para o hospital e houver uma emergência, pode ser um problema"*

(Winn et al., 2018)

Também as diferentes concepções sobre o processo saúde doença faziam nascer descontentamento, sensação de incapacidade e insatisfação entre os profissionais. Isso pode ser visto, por exemplo, quando os frequentes casos de somatização eram tomados como uma fonte de frustração no trabalho:

*"Há muita somatização nesses pacientes e isso pode se tornar realmente frustrante porque eles chegam com uma dor que você investiga e, assim que isso é investigado, eles têm outra dor. Você simplesmente não sente que está conseguindo "*

(Farley et al., 2014)

*"Eles não acreditam que o cuidado da maternidade é uma necessidade...então para eles a gravidez não é doença, é como isso... eu não estou doente, estou grávida. É normal. Vou ficar melhor "*

(Higginbottom et al., 2016)

A situação era a mesma de quando os pacientes, deliberadamente ou não, não seguiam adequadamente os tratamentos propostos (Dias et al., 2018; Komaric et al., 2012; Starkshall et al., 2009; Terraza-Núñez et al., 2011):

*"Eles não costumam administrar bem suas doenças crônicas porque estão tentando usar métodos alternativos que não funcionam nesta cultura onde vivem agora".*

(Komarich et al., 2012)

*"Eles são mais exigentes, mas ainda não entendem a minha explicação para o que é um micróbio, algo que eu quero explicar, eles não entendem isso"*

(Shtarkshall et al., 2009)

Essas dificuldades citadas, em determinados casos, eram exacerbadas ao ponto de a interferência na assistência devido aos diferentes costumes culturais e religiosos causar indícios de intolerância (Terraza-Núñez et al., 2011).

#### **4.2. Percepções dos Pacientes Imigrantes sobre a Relação Terapêutica**

Na vertente do estudo que avaliou a perspectiva dos pacientes imigrantes, foram encontrados à primeira busca com os descritores delimitados um total de 967 artigos. Destes, 603 foram escolhidos no BVS e 364 no Pubmed, Após serem submetidos aos critérios de inclusão e exclusão, a maioria dos estudos localizados foi excluída por abordarem essencialmente questões referentes ao acesso aos serviços sanitários ou por não trazerem a perspectiva dos imigrantes sobre relação terapêutica com os profissionais de saúde. Ao procedermos com a leitura dos resumos, dos iniciais restaram 23 trabalhos publicados no BVS e 12 no PubMed. Estes foram lidos na íntegra e, ao final do processo de análise, foram selecionados 12 artigos pelo BVS e 3 pelo PubMed. Dois destes eram repetidos e outros 2 artigos não tinham texto completo disponível (apesar da busca em diversas fontes). Adicionou-se outros 4 artigos encontrados a partir das referências dos trabalhos escolhidos através da busca. Assim um total de 15 artigos foram selecionados e analisados na presente pesquisa (Veja Tabela 4 em anexos).

Os países onde foram realizados os trabalhos analisados foram diversos: Estados Unidos (7), Suécia (5), Nova Zelândia (1), Inglaterra (1), Portugal (1). Como mencionado anteriormente, existem dois artigos são em comum com aqueles selecionados para os profissionais de saúde. Todos os

trabalhos encontrados utilizaram-se da metodologia qualitativa. Um deles adicionou ainda um braço de pesquisa quantitativo (ver Tabela 2).

A população total de pacientes imigrantes pesquisada foi de 482 indivíduos (veja tabela 2 em anexo). Também aqui foi observada a heterogeneidade entre as amostras. Diversos *status* imigratórios foram observados entre os participantes (imigrante econômico, refugiados, requerentes de asilo, etc), que tinham tempos diversos de estabelecimento nos países de acolhimento, assim como várias proveniências: Afeganistão, Brasil, Chile, Europa do Leste, Eritreia, Irã, México, Somália, Vietnã, entre outros (ver Tabela 2).

#### **4.2.1 Língua**

No grupo língua, foram inseridos aqueles resultados referentes ao tema da comunicação verbal. Como era óbvio de se esperar, foi observada também aqui a necessidade de superar a divergência linguística. O trecho abaixo exemplifica a questão:

*“Às vezes, [o médico] fala inglês, eu não entendo tudo [...] ele era muito impaciente. Me senti muito embaraçada. Não há nada que eu possa fazer, não posso me comunicar ...”*

(Simon et al., 2019)

A presença de um intérprete foi o recurso usualmente acessado para minimizar essa barreira. Dessa forma, ao abordar a relação dos imigrantes com o PS, inevitavelmente, foi necessário levar em conta a participação desse terceiro elemento, bem como sua repercussão na dinâmica do encontro. As questões referentes à barreira linguística e à utilização de intérpretes estavam presentes em vários artigos selecionados (Carrol et al., 2007; Dias et al., 2008; Fatahi & Krupic, 2016; Jonzon, Johansson & Lindkvist, 2015; Komaric, Bedford & Driel, 2012; Lo & Bahar, 2013; Montayre, Neville, & Holroyd, 2017; Pavlish, Brandt & Noor, 2010; Simon, Tom, Taylor, Leung & Vicencio, 2019; Wiking, Saleh-Stattin, Johansson & Sundquist, 2008).

Apareceram, entretanto, pontos de vista diferentes e, por vezes, discordantes sobre esse recurso. De forma geral, a presença de um intérprete foi qualificada como algo facilitador no encontro terapêutico por propiciar uma via de comunicação com o profissional de saúde responsável pelo cuidado. Carrol e colaboradores (2007), por exemplo, afirmam que esse recurso reduz a disparidade entre a assistência sanitária oferecida a pacientes imigrantes e pacientes locais.

Apesar de ser frequentemente considerada necessária, a inclusão desse intermediário na relação terapêutica foi também alvo de conflito. Em estudo realizado por Komaric e colaboradores (2012), os entrevistados queixavam-se de que, nem sempre, a tradução era feita de maneira fiel e apontavam para a necessidade de que o intérprete fosse mais adequadamente preparado em questões médicas. Essa perspectiva é compartilhada por Wiking e colaboradores (2008), que concordam com a necessidade de treinamento desses profissionais nesse âmbito. Os mesmos autores, bem como Pavlish

e colaboradores (2010), ressaltaram que a dificuldade de tradução referida pelos pacientes muitas vezes ocorre pelas diferenças entre os conceitos dos sistemas biomédicos do país de origem do paciente e o do profissional que o atende, de forma que nem sempre é possível fazer uma correspondência exata das terminologias usadas.

Alguns estudos selecionados, avaliaram a utilização de intérpretes co-étnicos (Lo & Bahar, 2013). Esse recurso, porém, nem sempre pareceu ser eficaz para minimizar a barreira da comunicação e deixar o paciente satisfeito com a relação estabelecida com o profissional. Segundo Lo & Bahar (2013), o uso de intérpretes da mesma etnia levou a alguns conflitos. Os pacientes frequentemente se viam limitados ou freados ao expor suas próprias questões, levando-os, inclusive, a não ter o desejo de expressar-se nessas ocasiões. Os entrevistados por esses autores queixavam-se também de terem o fluxo da conversação interrompido pelo intérprete, “deixando-os pouca oportunidade de exprimir sua própria preocupação e perguntas”. A fala seguinte ilustra bem o item retratado:

*“... por exemplo, chegou uma dor de cabeça e os meus dois joelhos doíam. Mas [o intérprete] diz que hoje posso falar somente da dor de cabeça... ‘se o doutor não pergunta [sobre os joelhos] então não diga nada.’...ele gritava isso.”*

(Lo & Bahar, 2013)

Ainda segundo Lo & Bahar (2013), os pacientes imigrantes queixavam-se de que o uso do intérprete co-étnico era um impeditivo à criação de uma relação de mais confiança com o médico. Chegaram a preferir, inclusive, a presença de alguém não concordante etnicamente, pois “pareciam mais sinceramente interessados e respeitosos”. Algumas vezes, isso acontecia porque a presença de um intérprete da mesma etnia parecia ressaltar, segundo os pacientes, uma postura inadequada desse profissional devido aos diferentes níveis sociais a que eles agora pertenciam, promovendo uma estrutura hierárquica inadequada e deletéria para a ocasião.

De forma geral, pareceu determinante, nas circunstâncias em que o uso de intérprete é necessário, o estabelecimento de uma relação de confiança também com esse profissional, para que, assim, um *rapporto* de qualidade fosse constituído com o médico (Pavlish et al., 2010). Jonzon e colaboradores (2015) reportam que os pacientes, muitas vezes, “não confiavam no quão discreto o intérprete era”. Já Carrol e colaboradores (2007), em sua pesquisa, afirmaram que “diferentes mulheres referiam que uma relação de confiança com o intérprete fazia com que fosse mais provável que elas expressassem suas preocupações mais profundamente, e não escondessem informações sobre sua saúde.”

Por fim, no que diz respeito à língua e à comunicação verbal, Pavlish e colaboradores (2010) atentam para a influência de elementos que, apesar de serem tratados como tais, não são meramente linguísticos. Para tanto, menciona uma situação em que, mesmo o paciente imigrado sendo fluente na língua do médico responsável por seu atendimento, este ainda reivindicava a presença de um intérprete. Isso nos faz aventar a atuação de fatores possivelmente complexos encobertos pela problemática mais evidente.

*“... tínhamos que esperar a chegada de um intérprete. Eu falava que não precisava de um intérprete, mas eles falavam que precisava. Se você é somali, eles não escutam você. Também se você fala um inglês perfeito. Eles acham que você não compreende, que é tonto, e que não explicam nada do que está acontecendo.”*

(Pavlish et al., 2010)

*“eles acham que se você veste diferente, não pode falar inglês. E não explicam nada...”*

(Pavlish et al., 2010)

#### **4.2.2. Cultura**

Nesse grupo, foram inseridas as impressões que parecem ser direta ou indiretamente relacionadas aos esquemas culturais, étnicos e religiosos. Para Wiking e colaboradores (2008), o fator cultural parece não influenciar a percepção final do cuidado médico que os pacientes imigrantes recebem. Entretanto, alguns dos trabalhos revisados trazem pontos relativos a esse tema que merecem ser relatados.

Uma importante questão foi a do gênero do profissional de saúde. Em estudo realizado por Carrol e colaboradores (2007), mulheres somalis preferiam pessoal concordante em gênero, sobretudo para questões de âmbito ginecológico. Referiam que essa concordância facilitava um tipo de comunicação mais eficaz e aberta. Paralelamente a essa afirmação, emergiu também a possibilidade que essa preferência talvez mudasse com a aquisição de maior compatibilidade linguística ou com o processo de aculturação.

Komaric e colaboradores (2012) evidenciaram que a não compreensão do pano de fundo cultural no qual é imerso o paciente, muitas vezes, está relacionada a piores desfechos que as dificuldades com a questão linguística. Nesse estudo, cita a fala de um paciente sudanês, que diz:

*“... falta de competência cultural entre os médicos, não compreendem como eu me sinto”.*

(Komaric et al., 2012)

Essa percepção é compartilhada pelos resultados encontrados por Dias e colaboradores (2018):

*“Não querem perceber, querem impor as regras deles. Não querem perceber que as culturas são diferentes, é assim e pronto”*

Da mesma maneira, o contrário também é válido e a capacidade do profissional de saúde de se relacionar com pessoas de *background* cultural diferente é considerada um aspecto facilitador na

relação com paciente (Carrol et al., 2007). Assim, em seu estudo, Carrol e colaboradores (2007) encontraram que os PI avaliavam positivamente aquelas características que diziam respeito à competência cultural que opera a nível individual, ou seja, aquela que se relaciona essencialmente às habilidades pessoais do profissional de saúde. Dessa forma, o autor conclui que “para ser culturalmente competente, os médicos têm que ser flexíveis e adaptar-se às exigências do paciente que mudam na medida em que acontece a aculturação”.

Como observado por alguns autores ao tratar da questão linguística, também aqui trabalhos mostram que o tema da cultura na relação clínica não é simples e aparece intrincado a outros aspectos. Por exemplo, foi considerado algo conflitante na relação com os profissionais de saúde o fato de que, por vezes, o paciente sentia-se “ser considerado parte de um grupo de imigrantes e não como indivíduo” (Brämberg, Nyström & Dahlberg, 2010). Outro dado interessante é aquele encontrado por Lo & Bahar (2013) que aponta que a relação com profissionais concordantes etnicamente, da mesma forma que para os intérpretes, exacerba a dificuldade do paciente de se relacionar de modo aberto e satisfatório.

#### **4.2.3. Relação terapêutica**

A categoria que pareceu agrupar a maioria dos resultados evidenciados nos artigos é aquela que engloba diretamente as impressões advindas do estabelecimento da relação interpessoal com o profissional de saúde. Todas as pesquisas encontradas apresentaram ao menos um resultado relativo a esse aspecto do encontro terapêutico (Brämberg et al., 2010; Carrol et al., 2007; Chandler et al., 2012; Dias et al., 2008; Fatahi & Kuprin, 2016; Jonzon et al., 2015; Komaric et al., 2012; Lo & Bahar, 2013; Majumder, O’Reilly, Karim & Vostanis, 2015; Martin, 2012; Pavlish et al., 2010; Razavi et al., 2011; Simon et al., 2019; Wiking et al., 2008).

O primeiro dado que trazemos – aquele que parece ser o mais evidente – é a avaliação favorável de um encontro que tem em conta as necessidades pessoais do paciente, ou seja, aquele em que eles se sentiam escutados (Brämberg et al., 2010; Carrol et al., 2007; Jonzon et al., 2015; Lo & Bahar, 2013; Razavi et al., 2011). Para Lo & Bahar (2013), essa capacidade parece muito mais determinante para uma experiência positiva da relação terapêutica que a língua ou etnia. Como citado pelo autor:

*“O paciente imigrado não era interessado principalmente em incluir a sua cultura ou prática étnica na comunicação clínica, mas a preocupação deles se referia frequentemente ao contexto pessoal de vida, ao desafio e aos traumas emotivos e, mais em geral, à sensação de ser escutado e tratado com compaixão”.*

Essa perspectiva é compartilhada por Brämberg e colaboradores (2010), que afirmam que os pacientes sentiam-se contemplados na relação terapêutica quando, ao demandar algo, eram escutados com abertura e atenção pelos profissionais. Ou seja, uma boa capacidade de escuta e um acolhimento



aberto e respeitoso foram vinculados ao encontro terapêutico no qual o paciente se sentia considerado seriamente (Brämberg et al., 2010; Carrol et al., 2007; Majumder et al., 2015; Razavi et al., 2011). A existência de um sentimento de confiança no profissional de saúde foi essencial (Wiking et al., 2008). Isso vale também para o intérprete (Carrol et al., 2007), como vimos antes, ao abordar a questão da linguagem verbal.

Os pacientes imigrados consideravam satisfatório o encontro terapêutico em que o profissional de saúde tinha a atenção concentrada essencialmente sobre a pessoa e não sobre o sintoma ou doença (Brämberg et al., 2010; Carrol et al., 2007; Chandler et al., 2012; Jonzon et al., 2015; Martim, 2012; Pavlish et al., 2010; Razavi et al., 2011). Para os participantes entrevistados, o pré-requisito para uma boa experiência no atendimento clínico era o princípio geral da assistência centrada no paciente. Segundo Carrol e colaboradores (2007), essa abordagem pode melhorar o processo de decisão compartilhado, aliviar a ansiedade e melhorar a confiança.

Outro ponto fundamental para instaurar uma relação terapêutica definida como positiva pelos pacientes foi a comunicação não verbal. Brämberg e colaboradores (2010) sugerem que essa seja acatada tão seriamente quando a palavra pronunciada e ressalta a importância da linguagem corporal para expressar sentimentos profundos. Também os imigrantes entrevistados por Carrol e colaboradores (2007) ressaltaram essa questão, referindo que o estabelecimento de uma comunicação não verbal satisfatória os “permitia falar de modo mais confortável, a desfazer suas preocupações e fazer perguntas sobre o diagnóstico e o atendimento”. Pavlish e colaboradores (2010) sugerem que a linguagem não verbal seja integrada e usada na comunicação para transmitir um sentimento de acolhimento e calor e ressalta que isso independe da presença do intérprete.

De maneira congruente com o que foi mencionado anteriormente, o imigrante percebia como conflituosa a relação interpessoal quando esta se dava com profissionais de saúde não dispostos à escuta ou que tinham uma comunicação reduzida ou limitada (Chandler et al., 2012; Dias et al., 2008; Jonzon et al., 2015; Komaric et al., 2012; Pavlish et al., 2010; Razavi et al., 2011; Wiking; et al., 2008). Como pode ser observado nas seguintes falas:

*“eu sinto quando vou ao médico que ele não me escuta na verdade...”*

(Pavlish et al., 2010)

*“há muitos médicos que não querem ver o doente. Por exemplo, eu falo com o médico e ele não olha para mim, ele só escreve...”*

(Dias et al., 2008)

Como referiram Carrol e colaboradores (2007), os pacientes consideravam um tratamento desrespeitoso por parte do profissional quando este não conseguia superar a questão da diferença linguística com a utilização de outros recursos comunicativos. Wiking e colaboradores (2008), a partir da fala de alguns entrevistados que haviam relatado a inabilidade médica para a escuta, ressaltaram a necessidade de um espaço em que o paciente possa expressar sua demanda na sua própria perspectiva.

#### 4.2.4 Abordagem clínica

Os resultados referentes à percepção dos imigrantes sobre a abordagem clínica dos profissionais de saúde se confundem com aqueles relacionados com a relação terapêutica e, de fato, são indissociáveis se olhados a fundo. Foram, entretanto, alocados nesse grupo aquelas perspectivas que, mesmo trazendo questões condizentes com o tema tratado no grupo anterior, contemplam também dinâmicas do sistema médico em si.

É o que pode ser retratado pelos resultados encontrados em Pavlish e colaboradores (2010), referentes à experiência do paciente com um sistema que, para eles, não tem em conta a relação médico paciente. Segundo o relato de um dos entrevistados pelos autores, não ser escutado equivaleria a não ser considerado e significava a não compreensão, por parte do médico, de que a doença faz parte de sua atual situação de vida. Relatos dos pacientes trazidos por Martim (2012) corroboram esse achado:

*“Os doutores aqui querem apenas medir a pressão, a temperatura. Eles não querem saber o que acontece dentro de você. Isso deixaria as coisas mais complicadas para ele. Todos eles são especializados. Todos lidam com uma área específica. Eles não compreendem a pessoa por completo. Eles não querem tratar você. Eles querem tratar somente o que eles diagnosticam como a sua doença.”*

*“Se os médicos cuidam das necessidades físicas do paciente, eles acham que assim eles cuidam dos pacientes... Isso não é a metade do problema. O problema real está no interno da pessoa... É a isso que eles têm que prestar atenção.”*

Jonzon e colaboradores (2015) compartilharam achados semelhantes com pacientes atendidos no sistema sanitário sueco. Segundo os autores, “parecia que a necessidade da saúde dos imigrantes não era satisfeita durante a avaliação”. Também Chandler e colaboradores (2012) trouxeram a queixa de entrevistados que “se sentiam tratados como sintomas e que desejavam ser vistos como pessoa” e reconhecidos em sua individualidade e integridade. Em Brämberg e colaboradores (2010), foi encontrado que as mulheres entrevistadas descreviam que se sentiam desconsideradas e *objetificadas*, assim como inseguras e ofendidas pelo sistema de saúde. Muitas vezes, entretanto, por não haver outra alternativa de acompanhamento, elas aceitavam ser olhadas como “amontoado de sintomas”:

*“Um dia um doutor e uma enfermeira me visitaram. Não perguntaram nada. Anotaram nos apontamentos e foram embora... Como acha que eu me senti? A visita traz apenas novos medicamentos. Por que não me disseram nada? Por que não me falaram nada? Naquele dia fiquei irritado e decepcionado. Isso fez aumentar o meu sofrimento e pioraram os meus sintomas.”*

(Brämberg et al., 2010)

Wiking e colaboradores (2008) relevam que um atendimento médico precisa compreender a construção de um diálogo e não somente ser um relato de sintomas. Em sua pesquisa, Razavi e colaboradores (2011) observaram que os pacientes consideravam um sinal de incompetência profissional quando o foco principal era dado à realização de exames médicos “feitos sem interesse”. Como retrata o relato de um entrevistado:

*“Se tivesse que encontrar o primário, sabia que ele só pediria exames. Estaria feliz se ele se preocupasse ou escutasse... Mas se meu médico examina apenas o meu coração, escreve uma prescrição e nada mais... então eu acho que é incompetente”.*

(Razavi et al., 2011)

Já a prática do exame físico no encontro terapêutico, deixava o paciente com uma sensação positiva do cuidado. Carol e colaboradores (2007) falaram que:

*“os pacientes têm declarado que o exame físico é um componente fundamental para uma visita sanitária de boa qualidade. O ritual associado ao exame físico e a importância do tato são ilustrados na fala de alguns deles. Quando não examinados corretamente, era um indicativo de um médico indiferente ou de uma visita incompleta de assistência sanitária.”*

Um ponto importante também avaliado como positivo é o de ter o acompanhamento feito pelo mesmo profissional de saúde e o de poder encontrar os médicos sempre que fosse necessário. Quando isso não acontecia, era avaliado como algo negativo (Fatahi & Kuprin, 2016). Ser seguido pelo mesmo profissional conferia uma sensação de confiança ao paciente e a percepção de uma atenção maior no cuidado:

*“Se eu tivesse apenas um médico, este médico saberia mais sobre mim que por exemplo o médico a quem eu tivesse que contar tudo mais uma vez, o que eu acho ser muito chato. Além disso, eu não acho que eles realmente se importam.”*

(Razavi et al., 2011)

*“Eu gosto de ter apenas um médico que eu possa ver quando agendar uma consulta...”*

(Carrol et al., 2007)

## 5. Discussão

Antes de trazer os principais pontos relevados a partir de nossa análise, é preciso fazer alguns comentários sobre a amostra selecionada. Logo de início, é possível perceber que os artigos encontrados nos portais de busca examinados foram poucos se comparados ao número de trabalhos que também tratavam do tema da saúde e da imigração, mas que observavam dados relativos ao estudo de certas patologias ou a práticas sanitárias específicas. Como mencionamos anteriormente, os bancos de dados utilizados (PubMed e BVS) foram escolhidos propositadamente por explorarem opiniões médico-sanitárias de uma perspectiva interna. Dessa forma, conseguimos constatar que pouca atenção ainda é dada a questões de ordem relacional e de natureza mais subjetiva na esfera acadêmica e científica da área da saúde, mais especificamente dentro do tema trabalhado.

No que diz respeito aos artigos encontrados relativos aos profissionais de saúde, nota-se que a população investigada era muito heterogênea. Isso não nos permitiu analisar com detalhes cada categoria profissional presente nas pesquisas (médicos generalistas, psiquiatras, enfermeiras, etc) e, eventualmente, compreender se as dificuldades ou as soluções encontradas eram vinculadas àquela profissão ou especialidade. O mesmo se pode pontuar sobre os trabalhos realizados com os pacientes imigrantes. Neste caso, a presença de pessoas de diferentes origens, diferentes *status* migratório e com tempo de permanência no país de acolhimento também diverso não permitiu categorizar as impressões e opiniões recolhidas segundo essas variáveis.

A tipologia das pesquisas encontradas, como evidenciado nos resultados, foi quase totalmente qualitativa. Apenas dois artigos de nossa amostra apresentavam também uma vertente quantitativa, com alguns dados complementares (ver tabelas 1 e 2). Parece estar, portanto, alinhada com a natureza do tema tratado, já que as metodologias qualitativas são, de fato, as mais apropriadas para evidenciar tonalidades pessoais, nuances que, nas pesquisas quantitativas, são, muitas vezes, perdidas (Nogueira-Martins & Bogus, 2004).

À análise, os resultados encontrados foram classificados e divididos em grupos de acordo com os temas mais relevantes delimitados nos artigos. Entretanto, é preciso deixar claro que essas temáticas são intrinsecamente interconectadas entre si e através de um fio condutor sempre presente: a relação terapêutica. Assim, mesmo que se falasse de língua, da cultura ou da abordagem clínica, na realidade, são todos tópicos que influenciam ou têm como base o entrar em contato com o outro diverso de si. Por que, então, decidir subdividir os dados encontrados e criar um grupo específico para aqueles referentes especificamente à relação?

Proceder dessa maneira nos permitiu colocar em explícita evidência quando essa problemática era percebida, tanto pelos profissionais de saúde quanto pelos pacientes imigrantes, como uma questão em si. Ou seja, ressaltar quando as figuras investigadas eram capazes de constatar que a dificuldade vinha especificamente dos processos que envolvem o estabelecimento da relação terapêutica. Foi possível, dessa forma verificar a existência da percepção consciente, de ambas partes, sobre as questões puramente relacionais. E o que constatamos é que, apesar de ser sempre o fio condutor das entrevistas, ao serem analisados os resultados referentes aos profissionais de saúde, apenas poucas

vezes conseguiu-se extrapolar os dados expostos diretamente como “dificuldades relacionais”. Em contraste, boa parte das queixas dos pacientes imigrantes estava vinculada à dinâmica interpessoal.

Assim, já em primeira instância, podemos fazer algumas considerações. A primeira diz respeito à carência de dados relativos às impressões pessoais de ambas partes na literatura. A segunda é a não contemplação direta das questões interpessoais pelos profissionais de saúde. Essas observações talvez reflitam uma velha problemática da medicina ocidental que, abertamente, tende a promover uma prática *de-subjetivizada*, que não encoraja a atenção e a expressão das impressões pessoais de profissionais e pacientes (Bonet, 1999). Em âmbito sanitário, esse tema é, muitas vezes, considerado secundário (quando não é inteiramente desconsiderado). De fato, as questões biomédicas têm protagonismo e ocupam a maior parte dos esforços tanto no ensino e em pesquisa quanto na prática dos atendimentos propriamente dita. Essa dinâmica foi também observada e tratada por estudos não conexos com a temática imigratória (Almeida, 2000; Caprara, Lins & Franco, 1999; Dantas Filho, 2009; Peixinho, 2001).

### **5.1 As principais demandas dos profissionais de saúde e dos pacientes imigrantes**

Ao analisar os dados recolhidos, uma outra constatação nos saltou aos olhos e é nela que embasamos boa parte do que julgamos ser imprescindível discutir, dada sua marcante relevância. Ao comparar as impressões pessoais reportadas por profissionais e pacientes, percebemos que estas, muitas vezes, não eram coincidentes. Havia uma certa incompreensão entre as respectivas demandas. Era como se as partes não se comunicassem realmente, como se os profissionais observassem e considerassem certas coisas, enquanto que, para os pacientes imigrantes, eram outras as que haviam importância e que se era preciso ter em conta. Era como se fossem criados, na realidade, dois mundos paralelos que não conversavam entre si, que se esforçavam para se encontrar e se compreender, mas que tentavam fazê-lo a partir de dois caminhos diferentes.

Os artigos selecionados nos mostram, assim, algumas perspectivas contraditórias entre os atores envolvidos. Se, por um lado, os profissionais de saúde sentiam que as dificuldades se referiam majoritariamente às incompreensões linguísticas, culturais e referentes às diferentes concepções do cuidado em saúde e à abordagem médica (Hasnain et al., 2011; Higginbottom et al., 2016; Shtarkshall et al., 2009; Terraza-Núñez et al., 2011) para os pacientes imigrantes, ao contrário, diziam respeito a um âmbito propriamente relacional. Ou seja, quando expressavam suas insatisfações, estas eram baseadas principalmente na percepção que não era considerada a sua “pessoa” (Brämberg et al., 2010; Carrol et al., 2007; Jonzon et al., 2015; Lo & Bahar, 2013; Razavi et al., 2011). Às vezes, por exemplo, chegavam a mencionar que, mesmo na presença de dificuldades linguísticas, estas poderiam ser superadas se a abordagem tivesse mais em conta a atenção e a disponibilidade do profissional. Este, no entanto, em raras vezes atentava para os atributos interpessoais em si (Brämberg et al., 2010; Chandler et al., 2012; Martin, 2012; Razavi et al., 2011; Wiking et al., 2008).

A ênfase na necessidade de que os profissionais lembrassem que estavam na frente de “pessoas” apareceu em vários momentos trazidos pelos imigrantes entrevistados dos artigos

selecionados. O risco de serem objetificados ou tratados como sintoma estava sempre presente (Brämberg et al., 2010; Chandler et al., 2012; Wiking et al., 2008). Podemos falar, portanto, da tendência à perda da humanização da prática médica, compreendendo com isso a falta de consciência de que atrás de cada paciente existe um ser humano que, antes de tudo, é um ser vivo com necessidades próprias e precisas e não só um portador de sintomas ou “doente”.

Concordamos com o princípio de que a atenção à pessoa em sua complexidade deve estar ao centro do cuidado e não, como frequentemente ocorre, em posição marginal. O problema da exacerbação de práticas médicas que não têm em conta os aspectos mais “humanísticos” da medicina já foi amplamente investigado por diversos autores (Balint, 1961; Bonet, 1999; Clavreul, 1981; Foucault, 1998; Camargo, 1997;) que ressaltam, inclusive, que a abordagem desse aspecto é carente já a partir da formação dos futuros profissionais de saúde (Almeida Filho, 2010; Blasco, 2002; Komatsu, 2002; Peixinho, 2001; Rios, 2010). Essa dinâmica nos lembra Canguilhem (2007), quando o autor delimita a existência de “uma dissociação progressiva entre a doença e o doente”. Esta dissociação, no campo sanitário, é frequentemente endossada através da justificativa do estabelecimento de uma abordagem mais objetiva. Ajudaria, portanto, o profissional a não se perder em aspectos subjetivos ou “não científicos” e cumprir os devidos protocolos terapêuticos, como frequentemente é dito, sem muito envolvimento.

No âmbito migratório, onde, por motivos óbvios, tudo isso nos parece ser mais exacerbado, os profissionais são constringidos a sair de suas rotinas, expondo mais clara e cruamente os conflitos existentes nessa dinâmica. A partir dos dados oferecidos pelos artigos selecionados, foi possível observar que a não correspondência do que era vivido na assistência aos imigrantes com aquilo que normalmente se é habituado a encontrar criava uma crise para os profissionais (Higginbottom et al., 2016; Hoye & Severinsson, 2008; Nicholas et al., 2014; Terraza-Núñez et al., 2011; Harding et al., 2017; Shtarkshall et al., 2009). Isso parece deixar os profissionais desorientados, não mais capazes de executar a sua avaliação. Ter que desenvolver maneiras para tentar explicar-se melhor (Shtarkshall et al., 2009) ou receber, na clínica, uma maior prevalência de “problemas de somatização” (Farley et al., 2014) que não enquadram bem nas classificações nosológicas, por exemplo, foram grandes motivos de descontentamento, estresse e angústia.

Essa divergência fica bem evidente quando se fala da quantidade de tempo dedicada aos pacientes imigrantes, devido à dificuldade de instaurar um diálogo ou compreender subitamente suas necessidades (Nicholas et al., 2014; Shtarkshall et al., 2009; Terraza-nunez et al., 2011). Essa queixa parece ser vivida com normalidade pelo profissionais, como se fosse óbvio que, mesmo nessas condições, a consulta não devesse “gastar muito tempo” (Nicholas et al., 2014). Não é possível não considerar que, de fato, as condições de trabalho em que muitos profissionais atuam realmente não permitem mais que poucos minutos para cada paciente. Mas o ponto é que essa questão, ao ser levantada, foi dirigida ao tempo de atendimento demandado em si e não às restritas circunstâncias de atuação em que muitos profissionais se encontram. É como se os protocolos de tratamento ou as praxes burocráticas tivessem mais importância que o dirigir-se ao elemento principal do encontro:

que não é o sintoma ou a correta colocação do protocolo médico, mas a pessoa que existe atrás disso tudo.

Assim, nos resultados encontrados, essa é uma das marcantes divergências de perspectivas acima mencionadas entre os dois grupos estudados. Por um lado, a impressão dos pacientes de não serem considerados como pessoas, de serem “objetificados” e “procedimentalizados”, de sua insatisfação com a falta de compreensão das suas demandas. De outro, o direcionamento da preocupação dos profissionais com a impossibilidade de realizar seu trabalho segundo o *standard* e da maneira que são habituados. Duas vozes que deveriam instaurar um diálogo fluido, mas que, no entanto, não se ouvem.

Estas dificuldades estão impregnadas da dissociação de que falamos mais acima, entre a doença e o doente, entre a técnica e os aspectos mais humanísticos da assistência. É como se fosse criada, como diz Bonet, uma quebra, uma “ambiguidade em relação ao que os médicos devem saber e o que sentem ao fazer” (Bonet, 1999). O resultado é a perda do costume de se ter em conta as próprias percepções mais íntimas e, com isso, da capacidade de avaliar as necessidades do momento presente, de encontrar dentro de si as oportunas referências para enfrentar situações diversas e novas, que impulsionam para uma visão mais plástica e menos rígida do encontro clínico.

Assim, analisando as falas dos profissionais de saúde envolvidos nos estudos selecionados, foi possível constatar que era muito mais comum que seus discursos trouxessem suas dificuldades técnicas para realizar seu trabalho e da interferência nas rotinas dos atendimentos e dos serviços que exprimir como eram pessoalmente afetados e mobilizados por aquela situação. Essa mesma questão foi abordada por Ressão (2018) no campo dos operadores humanitários. A autora, utilizando o conceito de Merleau Ponty de “spoken words” e “speaking words” (Merleau-Ponty citado por Resseguier, 2018), evidenciou a dificuldade que os entrevistados apresentavam em comunicar as próprias impressões e motivações. Ressão evidenciou que as falas dos participantes frequentemente refletiam uma “cultura moral” ou “spoken words”, ao invés de exprimir um “senso moral” ou com “speaking words”. Ou seja, os operadores humanitários diziam “aquilo que eles pensam que deveria ser dito”, mas quase nunca se referiam aos seus reais sentimentos ou sensações à respeito de suas experiências.

De forma diversa, como demonstrado por alguns artigos, a relação com os pacientes imigrantes parecia fluir melhor quando se estava na presença de uma certa criatividade. Essa qualidade permitia sair de esquemas prontos e fazer nascer qualquer coisa de novo, que satisfizesse as demandas daquele encontro em particular, naquele momento preciso (Boerleider et al., 2011; Farley et al., 2014; Winn et al., 2018). Utilizando o conceito de Merleau Ponty, fazia nascer “speaking words”. De fato, essa característica era valorizada pelos pacientes que notavam, por sua vez, uma maior disponibilidade e envolvimento dos profissionais. Por sua relevância, essa questão será também levantada em outros momentos adiante.

## ***5.2 O papel da língua e da cultura nas dinâmicas criadas***

Além das questões de ordem técnica, pacientes imigrantes e profissionais de saúde levantaram à discussão dinâmicas referentes à diversidade linguística e cultural (Carrol et al., 2007; Dias et al., 2018; Harding et al., 2017; Hasnain et al., 2011; Higginbottom et al., 2016; Hoye & Severinsson, 2008; Komaric, 2012; Shtarkshall et al., 2009; Simon et al., 2019; Terraza-nunez et al., 2011; Watchle et al., 2006; Winn et al., 2018). Foi bastante comum que as dificuldades relacionais fossem atribuídas a esses aspectos, que eram vistos como um empecilho à comunicação entre as partes. Assim, as figuras do intérprete e do mediador cultural, vistas como a solução para esse conflito, foram frequentemente solicitadas para sanar essa problemática. Entretanto, como exposto nos resultados, uma série de particularidades surgiram a partir dessa inclusão.

Pacientes e profissionais, muitas vezes, queixavam-se de que os intérpretes e mediadores interferiam deletariamente na relação e na comunicação estabelecidas, que não se sentiam à vontade com sua presença e que as informações passadas eram propositadamente transformadas sem o aval das partes envolvidas. Lamentavam-se que, quando esta terceira figura entrava para fazer parte do contexto, não se limitava a fazer parte da paisagem do encontro como as duas outras figuras, mas se interpunha entre elas, criando atritos de um lado e do outro, dificultando a percepção das tonalidades íntimas do discurso (Farley et al., 2014; Harding et al., 2017; Komaric et al., 2012; Lo & Bahar, 2013).

O fato é que, no contexto da assistência a pacientes imigrantes, intérpretes e mediadores culturais estarão muitas vezes presentes, sendo impossível desconsiderá-los ao abordar as dinâmicas relacionais. Isso evoca a necessidade do devido treinamento para esses profissionais, que não pode ser baseado apenas em questões técnicas, mas precisa incluir também a aquisição de habilidades interpessoais. Estes, como os profissionais de saúde, devem ser capazes de entrar no “corpo do encontro” (Resseguier 1987, 2003, 2005), aquilo que se forma naquele momento exato e daquele encontro específico.

No que tange a questão da língua em particular, a presença do intérprete, para além das dificuldades relacionais que possa provocar, também não necessariamente resolvia os problemas comunicacionais. Algumas circunstâncias foram citadas em que, já munidos das traduções, os sujeitos envolvidos continuavam a ter a impressão de que qualquer coisa não estava fluindo bem (Farley et al., 2014; Harding et al., 2017; Jonzon et al., 2015; Komaric et al., 2012; Lo & Bahar, 2013). Isso nos leva a pensar que, para compreender os desencontros de fundo comunicacional é necessário contemplar e refletir sobre outros elementos que não a língua propriamente dita.

Isto foi explicitado da parte de alguns profissionais que notavam justamente que alguns elementos que caracterizam a comunicação eram inevitavelmente perdidos. A emotividade e as tonalidades expressivas não eram transmitidas (Harding et al., 2017; Puvimanasinghe et al., 2015), perdendo-se, assim, importantes ferramentas para a compreensão das demandas dos pacientes. Ainda menos visível e poucas vezes considerados, são os elementos da comunicação não verbal mais sutis. Não estamos nos referindo apenas à linguagem corporal ou às expressões emotivas (Carrol et al., 2007; Pavlish et al., 2010), mas àquilo que vem emanado dos “não ditos”, do “silêncio” (Lechner &



Solovova, 2014), ou como fala Ressãoquier (Ressãoquier 1987, 2005), “do silêncio da relação”. Entretanto, é muito difícil que os profissionais de saúde não só se atentem a esses aspectos, mas que também tenham recebido adequada formação para fazê-lo.

Não é apenas a compreensão da língua que promove uma comunicação adequada, da mesma forma que não sua incompreensão que torna impossível comunicar-se. Pontuações trazidas por Shtarkshall e colaboradores (2009) e por Pavlish e colaboradores (2010) mostram que outras dinâmicas estão envolvidas. Mesmo no atendimento a imigrantes de segunda geração, ou seja, de pessoas que compreendiam e falavam fluentemente a língua local, os profissionais queixavam-se incisivamente das dificuldades de se comunicar. Segue o trecho:

*“vejo a nova geração de etíopes como um problema. De um lado eles são espertos e educados, mas de outro eles não têm uma compreensão da medicina e são mais demandantes, mas eles ainda não compreendem minha explicação, por exemplo, do que é um micróbio, algo que eu quero explica, eles não entendem isso. Eles demandam e demandam. Eles demandam explicação, mas eles não entendem”.*

(Shtarkshall et al., 2009)

Ter que explicar ao paciente pontos sobre seu acompanhamento e fazê-lo compreender aquilo que diz respeito à sua queixa parecia irritar e preocupar os profissionais de saúde. E não se trata aqui de uma incompreensão linguística, mas do próprio limite em entrar em ressonância com ele. Parecemos quase uma resistência em dar espaço àquele que é assistido. Diz respeito, assim, à própria disponibilidade para lidar com o diferente. Esse exemplo deixa claro que, mesmo quando referidos como dificuldade principal, os aspectos linguísticos nem sempre são os protagonistas e, por traz deles podem esconder-se questões muito mais complexas e entranhadas nas dinâmicas pessoais e profissionais dos clínicos (Lo & Bahar 2013; Pavlish et al., 2010).

Também os aspectos especificamente culturais foram levantados como problema que gerava dificuldades ao encontro. Uma solução frequentemente sugerida era a de preparar, em termos culturais, intérpretes, mediadores e profissionais de saúde para a assistência aos pacientes imigrantes (Carrol et al., 2007; Komaric et al 2012; Wiking et al., 2008). Entretanto, como evidenciado por Yamada & Brekke (2008), muitas tentativas de reduzir a dificuldade através da utilização de pessoal formado culturalmente faliram ou não deixaram grandes evidências. Ao que parece, os profissionais assim capacitados percebiam estas novas aquisições como um *set* de ferramentas que estavam longe de serem integradas em sua rotina *laborativa*. Vinham, ao contrário, percebidas como algo a mais, que dificilmente entrava na carne da abordagem clínica em geral.

De forma semelhante, foi sugerida também a contratação de profissionais co-étnicos, como uma tentativa de aplacar a distância entre estes e pacientes imigrantes. Entretanto, como trouxeram alguns relatos dos artigos investigados, a utilização de pessoas linguística e culturalmente correspondentes, muitas vezes, não só não ajudavam, como também exacerbavam os problemas, tanto

na percepção dos pacientes quanto na dos profissionais (Lo & Bahar, 2013). A relação não era por nada facilitada.

Essa constatação é intrigante. Como podemos refletir sobre esse fato? Por que a participação de pessoal co-étnico (ou seja, linguística e culturalmente semelhantes) não resolve a dificuldade de comunicação? Quem senão uma pessoa co-étnica poderia ser melhor para entender uma questão cultural? Será que pacientes e profissionais estão queixando-se, então, na realidade, da falta de um outro tipo de compreensão e suas demandas estão vinculada a algo que, essencialmente, nada tem a ver com a diferença cultural ou linguística?

Quando um paciente diz: “(é um problema) a falta de competência cultural entre os médicos, não compreendem como eu me sinto” (Komaric et al., 2012), é provável que o cerne da queixa não seja a ausência da competência cultural em si, mas o fato de que os médicos não o compreendem. Embora relatado como uma questão de foro cultural, o aspecto central dessa demanda (como de várias outras apresentadas pelos participantes dos estudos avaliados) parece ser a habilidade relacional. Observou-se também, em alguns outros casos, que, enquanto entre os profissionais a incompreensão da língua ou da cultura eram limitações determinantes (Harding et al., 2017; Hasnain et al., 2011; Higginbottom et al., 2016; Hoye & Severinsson, 2008; Komaric et al., 2012; Terraza-Núñez et al., 2011; Shtarkshall et al., 2009; Wachtler et al., 2006; Winn et al., 2018;), para muitos pacientes foi muito mais marcante o desejo de se sentirem tratados como indivíduos (Brämberg et al., 2010; Carrol et al., 2007; Jonzon et al., 2015; Lo & Bahar, 2013; Razavi et al., 2011) e não como representantes de uma determinada cultura (Brämberg, et al., 2010). Essas constatações, aliadas às dificuldades de introdução de profissionais co-étnicos na assistência, sinalizam que talvez seja a incapacidade de lidar com a diversidade (e tudo que a acompanha) a principal problemática do encontro e não as possíveis incongruências culturais si.

Os resultados trazidos pelos artigos selecionados não foram suficientes para atestar esse fato, mas, ao refletir sobre dados como estes, algo pôde ser intuído nessa direção. Enfatizamos, entretanto, que, com essas colocações, não se deseja negar a importância da utilização de figuras de mediação ou da capacitação dos profissionais de saúde no âmbito cultural. A nosso ver, não se trata da reivindicação de profissionais preparados culturalmente ou co-étnicos, mas do fato de que comumente estes profissionais são preparados "apenas culturalmente", sem serem capacitados para relacionar-se com as diferenças. Almejamos, sobretudo, atentar para a necessidade de integrar tudo isso ao interno de uma abordagem mais humanizada, mas não “*culturocêntrica*”. É o cuidado “transcultural”, a partir do verdadeiro significado do prefixo “*trans*”, “além da cultura”, que tem que ser o pano de fundo da relação terapêutica estabelecida entre profissional de saúde (e mediadores) e essa população.

Essa perspectiva é apoiada também pela psiquiatria cultural em sua recente evolução. Esta, como sintetiza Tseng (Tseng, Jilek, Bartocci, & Bhui, 2013) mudou o foco de sua atenção de uma assistência transcultural (neste caso utilizada com o significado não literal acima citado) para imigrantes, minorias e estrangeiros para uma atenção a qualquer tipo de pessoa, “independentemente do pertencimento a minorias ou à maioria”, dado que todos somos influenciados de processos culturais

(Tseng et al., 2013). O novo foco prevê que se tenha em conta mais a diversidade que não o pertencimento a grupos culturais específicos. De fato, Kirmayer e colaboradores (2008) afirmam em um de seus trabalhos que:

*“competência cultural é baseada no respeito e no interesse pela diferença... vai além de refinar nossa abordagem técnica, demanda que nós examinamos nosso lugar, como indivíduos e profissionais, nos contextos sociais e históricos mais amplos que moldam nossa relação com os pacientes”.*

Isto nos incentiva não a não considerar a cultura, mas a tentar partir de uma conscientização da própria cultura e da do paciente, para atingir, quem sabe, um núcleo mais essencial e autêntico, alinhado com as necessidades mais pessoais e não culturais. Isto é confirmado indiretamente por aquilo que disse o paciente entrevistado por Bramberg e colaboradores (2010) e citado em cima, mas também pelo olhar mais recente da antropologia sobre a cultura, que a considera um conceito bem abstrato e que não determina inteiramente as trajetórias de vida individuais (Kirmayer et al., 2008).

### **5.3 Qualidades da Relação Terapêutica**

A relação terapêutica “em si” entre profissionais de saúde e pacientes imigrantes foi, a nosso ver, o ponto central dos relatos. A maioria das vezes, entretanto, foi levantada de modo indireto e inconsciente nas queixas dos profissionais de saúde. Assim, quando os dados encontrados pelos artigos selecionados apontavam a problemática que estes mencionavam haver ao abordar clinicamente os imigrantes ou, ainda, quando eram trazidos aspectos referentes ao manejo da diversidade linguística e cultural, estavam, na nossa perspectiva, falando, de fato, da dificuldade que apresentavam para instaurar uma relação terapêutica satisfatória. Por outro lado, foi possível observar também que a questão relacional “em si” foi trazida de maneira muito mais evidente pelas pesquisas que reportavam as impressões dos pacientes imigrantes. Para estes, o sucesso da relação terapêutica nascia da capacidade dos profissionais de saber escutar e estarem seriamente interessados em suas questões. (Brämberg et al., 2010; Carrol et al., 2007; Jonzon et al., 2015; Lo & Bahar, 2013; Razavi et al., 2011).

A postura mantida pelos clínicos era muito mais importante que seus aspectos técnicos, suas qualidades individuais mais relevantes que as habilidades culturais ou linguísticas que estes pudessem ter (Carol et al., 2007, LO & Bahar 2013; Wiking et al., 2008). Era o interesse demonstrado e, portanto, a disponibilidade e a abertura que faziam a diferença. Ser escutado bem como ser seriamente considerado eram a chave para o sucesso do encontro. Seja na presença de um mediador, de um intérprete ou apenas do profissional, a qualidade central parecia ser aquela de saber entrar com respeito no espaço da relação. Um ato que não comportava prevaricação (como citado em relação a intérpretes e mediadores) ou indiferença (no caso dos profissionais que demonstravam pouco interesse), mas a capacidade de saber acolher e abrir-se ao novo.

Não é por acaso que, nos relatos dos profissionais de saúde que faziam atribuições positivas ao encontro com imigrantes, atrás de declarações de satisfação, estava a capacidade de superar os protocolos de atendimento e as rotinas da prática (Boerleider et al., 2011; Cross et al., 2010; Farley et al., 2014; Hoye & Severinsson, 2008; Puvimanasinghe et al., 2015;). Quando estavam envolvidos e diziam aprender graças à diversidade encontrada em seus pacientes, eram acompanhados de uma espécie de interesse pelo diverso, que os liberava de esquemas do conhecido e do cotidiano. Em poucas palavras, uma qualidade criativa nascia do próprio encontro e era fruto da disponibilidade à abertura para o momento presente. Uma postura de escuta tal que permitia a superação das dificuldades encontradas (sejam linguísticas ou culturais). Um salto de qualidade na relação era dado – e ressaltado por ambas partes – exatamente quanto essa criatividade e envolvimento no ato terapêutico estavam presentes (Boerleider et al., 2011; Cross et al., 2010; Hoye & Severinsson, 2008; Puvimanasinghe et al., 2015; Winn et al., 2018). Em nossa opinião, isso acontecia quando a consulta era “atualizada”, quando passava a considerar o momento atual com todas suas necessidades. Tanto os pacientes imigrantes quanto os profissionais de saúde eram capazes de reconhecê-la.

Ao contrário, a falta de adaptação às demandas daquele encontro e a impossibilidade de acessar essa qualidade criativa deixava tudo mais difícil e estressante. Essa incapacidade de fundo bloqueava o fluir da relação e, conseqüentemente, promovia, nos profissionais, a busca por um ponto de apoio: esquemas habituais e repetitivos, mas que tampouco são válidos no encontro com o diferente e o não conhecido. Podemos falar, assim, que a frequente dificuldade de entrar em ressonância com o momento presente talvez esteja ligada, portanto, à colocação das ações terapêuticas através de um modo “culturalizado e moralizado”, ou seja, quando estas são guiadas por uma moral pré-formada, que impulsiona o agir através de esquemas pré-confeccionados, mas que não tem em conta uma ética pessoal.

O conceito de “spoken words” de Merleau-Ponty (Merleau-Ponty citado por Rességuier, 2018) representa bem com o que queremos dizer. Este termo é utilizado pelo autor para referir-se às falas e ações que são resultado de uma longa sedimentação que ocorreu com o passar do tempo e que estão “desatualizadas”, não dizem respeito às necessidades atuais, não contemplam a criatividade ligada ao “momento presente”. Estes modos de se relacionar, como recorda Jean Paul Rességuier (2016): “são condicionados por códigos culturais dominantes que se infiltram no espaço intersubjetivo e que, muito frequentemente, interferem com a qualidade prática da clínica”. Quando a relação terapêutica é vivida a partir deste que podemos definir como “modo comum”, caímos, inevitavelmente, em formas de auto-assujeitamento e assujeitamento da pessoa assistida, que sufocam a criatividade (Rességuier, 2016). Somos confinados a regras comportamentais e expressivas que nos auto-impomos e ao outro (inconscientemente), bloqueando qualquer impulso para sair do já conhecido.

É inevitável pensar sobre assujeitamento sem evocar a questão da “assimetria de poderes” na assistência em saúde. Um exemplo disso é bem sinalizado em Lechner & Solovova (2014) quando, em seu estudo, deparam-se com um ambiente terapêutico que “representava um espaço institucional carregado de assimetrias de poder que modulavam as ações, as palavras e as práticas de cada pessoal em seu interno”. É inegável que qualquer relação de assistência ‘é estruturada pela identificação de

necessidade do paciente (uma falta) e da capacidade e dos recursos para responder a essas necessidades da parte do profissional de saúde (uma vantagem)” (Rességuier, 2018). Estas assimetrias, entretanto, mesmo sendo intrínsecas às relações de assistência, devem ser, ao menos, colocadas à luz, para que se produza, assim, um aumento de consciência sobre os processos em questão, um reforço na coerência psíquica e, conseqüentemente, um conhecimento, uma nova possibilidade (Rességuier, 1981). Isso está de acordo com o que traz também a psiquiatria transcultural (Kirmayer et al., 2008), quando convida o profissional de saúde a conhecer os próprios esquemas culturais e pontua fortemente que é necessário que se esteja ciente de tais assimetrias.

É preciso começar considerando-as. A partir daí, é possível receber as impressões e as sensações que nascem naquele instante preciso, em um espaço relacional onde duas partes se encontram e dão lugar a um só “corpo”. Este espaço relacional intersubjetivo que se pode definir “corpo da relação”, ou melhor, “corpo experiencial”, (Rességuier, 1987, 2003, 2005, 2008) é o resultado do encontro de dois mundos que se apresentam cada um com suas próprias características, mas que assumem um aspecto impessoal, feito dos dados fenomenológicos do momento.

“O tempo presente revela uma linguagem viva e criativa, em contraste com o passado, que é uma revisitação de significados já existentes” (Rességuier, 2018). É a partir da consideração dos dados emanados do momento que o terapeuta pode acessar um espaço comum com o outro, com características próprias e únicas, capaz de reduzir as “assimetrias”. Espaço, como diz Barrison (1990), em que não há mais duas partes, onde “não existem sujeito e objeto no diálogo entre paciente e profissional da saúde, mas um encontro de dois horizontes que se fundem num novo horizonte.” (Barison, 1990). Em outros termos, não se trata de ser empático nem se identificar com o outro, mas de estar ali, desembarcar naquela experiência em si. Ainda segundo o autor, “não é portanto confundir-se com o outro, colocar-se no lugar do outro, mas vive-lo enquanto se abre a mim, num abrir-se que é novo também para ele enquanto inerente ao evento novo do encontro” (Barison, 1990).

No encontro terapêutico é, portanto, essencial que o profissional de saúde aceite tanto abrir-se quanto ser surpreso pelo outro que se abre em um movimento de reciprocidade criativa. É a manifestação de um “nós” (corpo experiencial), ao invés de um “você e eu juntos”. Um “nós” criado, como dizia Barison (1990), a partir de “um abraço acolhedor (*giro avvolgente*) em direção a um núcleo, do qual não se pode falar, mas que é altamente significativo”. Um verdadeiro *nouage* (Rességuier, 1987). No “nós” deixa de existir aquilo que se conhece de si e do outro. Existe o que é criado aqui e agora, com novas possibilidades, desconhecido, mas, sobretudo, mais livre das “assimetrias de poder”.

Pelo que foi aqui exposto, é possível perceber que quando falamos de relação, não estamos nos referindo apenas a estar próximo a um paciente e realizar uma série de estratégias comunicativas, reajustamentos verbais, de tom de voz ou posturais. Tampouco se trata de se identificar com ou colocar-se no lugar do outro. Referimo-nos a qualquer coisa mais íntima e natural, que já faz parte da bagagem de possibilidade das pessoas e nos dá acesso ao nosso sentir pessoal, mas que deve ser, entretanto, observada e integrada. Falamos sobre o poder entrar em contato com os dados do momento, que incluem todas as informações – incluindo as ambientais e as proprioceptivas – que

nascem no espaço do encontro. O estar ali presente, com atenção em direção àquilo que emana do encontro e que nosso corpo é capaz de perceber. Se isso não acontece, “a eficácia (do encontro) será atribuída ao externo” (Rességuier, 2005), ao aleatório, abrindo brechas através da qual as “assimetrias de poder” são repropostas e fortificadas.

## 6. Conclusão

O confronto entre as perspectivas pessoais das duas partes envolvidas no encontro terapêutico é pouco investigado na literatura científica na área de saúde. Essa situação é ainda mais evidente quando se fala da assistência a pacientes imigrantes. Tratar desse tema nos parece uma questão importante porque, além de abrir espaço para uma discussão, pode lançar luz ao perigo que é percorrer caminhos diferentes na busca da construção de uma relação satisfatória. O que emana desse encontro ainda é uma incógnita e compreender como esse aspecto vem se desenvolvendo nos permite observar com maior atenção as dinâmicas da sociedade que está nascendo.

Olhar com maior clareza para esse aspecto possibilita uma melhor capacidade adaptativa do serviços sanitários, que não podem mais permitir-se a “improvisar soluções” e devem adequar-se à pluralidade da sociedade contemporânea. Oferece também uma outra perspectiva sobre algo já vivido na assistência à população geral, mas que, entretanto, ainda é pouco conscientizado. De fato, as questões relacionais do encontro de profissionais de saúde com pacientes imigrantes não parecem diferentes que aquelas já existentes com pacientes autóctones, só que com algumas particularidades, além de mais exacerbadas e explícitas.

A partir dessa observação e de tudo exposto anteriormente pela presente pesquisa, é possível constatar que a resolução da problemática do cuidado a pacientes imigrantes não pode se basear apenas na contenção das dificuldades linguísticas e culturais. Estes aspectos, por si só, não são suficientes para criar uma ponte entre as duas partes. De acordo com o que percebemos a partir dos resultados dos artigos analisados, uma relação terapêutica satisfatória deve ser baseada no aprendizado de lidar com as diferenças que, em maior ou menor grau, estão presentes em qualquer relacionamento. Não se trata, portanto, de apenas preencher lacunas de ordem cultural, mas principalmente aquelas que envolvem o encontro entre dois indivíduos diferentes e estranhos um ao outro.

Para que a relação possa fluir bem, a nosso ver, deve ser fundada na conscientização daquilo que é emanado no momento do encontro em si, e não na fixação em dados de um protocolo relacional baseado no conhecimento aproximativo, pré-determinado ou estereotipado. Aquilo que nasce no instante do ato terapêutico, é algo único e não reproduzível. Esta qualidade de relação é geralmente acompanhada de uma postura de abertura e disponibilidade ao que é diverso de si.

Um dos limites desse trabalho foi, sem dúvida, o não incluir em nossa seleção os artigos produzidos e alocados em bancos de dados referentes a outras importantes áreas que também se ocupam da questão migração. Mas, como dissemos já no início do trabalho, era nossa intenção captar e focalizar-nos sobre as impressões internas ao sistema de saúde. Sugerimos, assim, para as futuras pesquisas a serem realizadas sobre esse tema, que sejam aprofundadas as investigações sobre as percepções mais pessoais e subjetivas desses atores e que os resultados por nós relevados sejam comparados e agregados àqueles produzidos pelos olhares das outras especialidades.

## Referências Bibliográfica

- Almeida Filho, N. (2010). Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(12), 2234-2249.
- Almeida, M. J. (2000). Tecnologia e medicina: uma visão da Academia. *Bioética*, 8 (1), 69-78
- Ardigò, A. (2003). *Società e salute. Lineamenti di sociologia sanitaria*. 2° ed. Italia. Franco Angeli editore.
- Atkinson, S. J. (1993). Anthropology in research on the quality of health services. Antropologia e Pesquisa sobre Qualidade dos Serviços de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 9 (3): 283-299.
- Balint, M. (1961). *Medico, paziente e malattia*. Italia: Feltrinelli.
- Barthes, R. (2014). *Frammenti di un discorso amoroso*. 2° ed. Italia: Einaudi.
- Barison, F. (1990). La psichiatria tra ermeneutica ed epistemologia, conversazione tenuta nella Clinica Psichiatrica di Padova il 5 maggio 1989. *Comprendre*, 5. Retrieved from <http://www.rivistacomprendre.org/allegati/V.4.%20Barison.pdf>.
- Bauman, Z. (2016). *Stranieri alle porte*. Italia: Laterza.
- Blasco, P. G. (2002). Educação médica, medicina de família e humanismo: expectativas, dilemas e motivações do estudante de medicina analisadas a partir da discussão sobre produções cinematográficas. Universidade de São Paulo, São Paulo. Retrieved from <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5144/tde-31082009-085309/en.php>. doi: 10.11606/T.5.2002.tde-31082009-085309
- Boerleider, A. W., Francke, A.L., Van de Reep, M., Manniën, J., Wieggers, T. A. & Devillé, W. L. J. M. (2014). “Being flexible and creative”: A qualitative study on maternity care assistants’ experiences with non-western immigrant women. *PLOS ONE*, 9(3), 1-7. doi: 10.1371/journal.pone.0091843
- Bonet, O. (1999). O saber e o sentir. Uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. *Physis-Rev. Saúde Col*, 9 (1), 123-50.



- Brämberg, E.B., Nyström, M. & Dahlberg, K. (2010). Patient participation: A qualitative study of immigrant women and their experiences. *Int J Qualitative Stud Health Well-being*, 5, 4650. doi: 10.3402/qhw.v5i1.4650
- Branch, W. T., Arky, R. A., Woo, B., Stoekle, J. D., Levy, D. B. & Taylor, W. C. (1991). Teaching medicine as a human experience: A patient-doctor relationship course for faculty and first-year medical students. *Annals of Internal Medicine*, 114, 482-489.
- Buratta, V. (2017). Lo stato di salute della popolazione immigrata. *Italia.Epidemiol Prev*, 41 (3-4) *Suppl 1(7-10)*. Retrieved from: [http://www.epiprev.it/materiali/2017/EP3-4/EP3-4S1\\_INMP\\_2017.pdf](http://www.epiprev.it/materiali/2017/EP3-4/EP3-4S1_INMP_2017.pdf) doi: 10.19191/EP17.3-4S1.P007.059
- Han, B. (2018). A expulsão do outro: Sociedade percepção e comunicação hoje. Lisboa: Relógio D'Água editores.
- Clavreul, J. (1981). Il rovescio della psicoanalisi. Discorso psicoanalitico e discorso medico. Italia: Dedalo Libri.
- Camargo Jr, K. (1997). A biomedicina. *Physis-Rev. Saúde Col*, 7(1), 45-68.
- Canguilhem, G. (2007). Scritti sulla medicina. Italia: Einaudi.
- Caprara, A., Lins, A. & Franco, S. (1999). A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 15, (3), 647-654
- Carrol, J., Epstein, R., Fiscella, K., Gipson, T., Volpe, E. & Jean-Pierre, P. (2007). Caring for Somali Women: Implications for Clinician-Patient Communication. *Patient Educ Couns*, 66(3), 337-345. doi:10.1016/j.pec.2007.01.008.
- Chandler, J. T., Malone, R. E., Thompson, L. M. & Rehm, R. S. (2012). “No Me Ponian Mucha Importancia” Care-Seeking Experiences of Undocumented Mexican Immigrant Women With Chronic Illness. *Advances in Nursing Science*. 35, 2, 24-36. doi:10.1097/ANS.0b013e31825373fe
- Conselho Regional de Medicina de São Paulo. (2012). Cresce o número de processos contra médicos por má prática e infrações éticas. Retrieved from: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=2574>
- Costituzione della Repubblica Italiana. (1948). art. 32. Retrieved from: [https://www.senato.it/1025?sezione=121&articolo\\_numero\\_articolo=32](https://www.senato.it/1025?sezione=121&articolo_numero_articolo=32)

- Cross, W. M. & Bloomer, M. J. (2010). Extending boundaries: Clinical communication with culturally and linguistically diverse mental health clients and carers. *Internacional Journal of Mental Health Nursing*, 19, 268-277. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00667.x
- Dantas Filho, V. P. (2009). O cuidado na prática médica. *O Mundo da Saúde. São Paulo*. 33 (2), 189-194
- Dias, S., Gama, A., Silva, A.C., Cargaleiro, H., Horta, R., Lemos, M. & Martins, M.O. (2018). Atitudes e representações face à saúde, doença e acesso aos cuidados de saúde nas populações imigrantes [PDF]. Retrieved outubro de 2018, from <https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/177157/Estudo+%2362.pdf/8c3cb667-418b-4a63-9c2f-937c9dcad0cb>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2015). Acesso a cuidados de saúde por imigrantes. Retrieved novembro de 2017, from [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/1473/Estudo\\_ERS\\_-\\_Acesso\\_a\\_Cuidados\\_de\\_Saude\\_por\\_Imigrantes.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1473/Estudo_ERS_-_Acesso_a_Cuidados_de_Saude_por_Imigrantes.pdf).
- Farley, R., Askew, D. & Kay, M. (2014). Caring for refugees in general practice: perspectives from the coalface. *Australian Journal of Primary Health*, 20, 85-91. doi: 10.1071/PY12068
- Fatahi, N. & Krupic, F. (2016). Factors Beyond the Language Barrier in Providing Health Care to Immigrant Patients. *Med Arch*. 70(1), 61-65. doi: 10.5455/medarh.2016.70.61-65
- Foucault, M. (1998). *Nascita della clinica*. Italia: Einaudi.
- Gattinara, B. C., Ibacache, J., Puente, C. T., Giaconi, J. & Caprara, A. (1995). Percepción de la Comunidad Acerca de la Calidad de los Servicios de Salud Públicos en los Distritos Norte e Ichilo, Bolivia. *Cadernos de Saúde Pública*, 11(3), 425-438. doi:10.1590/s0102-311x1995000300018
- GOOD, B. & GOOD, M. J. 1993. "Learning Medicine": The constructing of medical knowledge at harvard school. Knowledge, Power and Practice. The anthropology of medicine and everyday life. Berkeley, Los Angeles and London: University of California Press.
- Guedes, C. B., Nogueira, M. I. & Camargo Jr, K. R. (2006). Subjectivity as anomaly: epistemological contributions for a criticism of the biomedical model. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4), 1093-1103. doi:10.1590/s1413-81232006000400030

- Harding, C., Seal, A., Duncan, G. & Gilmour, A. (2017). General practitioner and registrar involvement in refugee health: exploring needs and perceptions. *Australian Health Review*. doi: 10.1071/ah17093
- Hasnain, M., Connell, K.J., Menon, U. & Tranmer, P.A. (2011). Patient-centered care for muslim women: provider and patient perspectives. *Journal of Women's Health, 20(1), 73-83*. doi: 10.1089/jwh.2010.2197
- Higginbottom, G.M., Safipour, J., Yohani, S., O'Brien, B., Mumtaz, Z., Patom, P. ... Barolia, R. (2016). An ethnographic investigation of the maternity healthcare experience of immigrants in rural and urban Alberta, Canada. *BMC Pregnancy and Childbirth, 16(20), 1-15*. doi: 10.1186/s12884-015-0773-z
- Hoye, S. & Severinsson, E. (2008). Intensive care nurses' encounters with multicultural families in Norway: An exploratory study. *Intensive and Critical Care Nursing, 24, 338-48*. doi: 10.1016/j.iccn.2008.03.007
- International Organization for Migrations. (2011). *Glossary on Migration. International Migration Law Series 25*. Retrieved from: <https://www.iom.int/key-migration-terms>
- International Organization for Migrations (2018). The World Migration Report 2018. Retrieved from: [https://www.iom.int/sites/default/files/country/docs/china/r5\\_world\\_migration\\_report\\_2018\\_en.pdf](https://www.iom.int/sites/default/files/country/docs/china/r5_world_migration_report_2018_en.pdf)
- Jonzon, R., Lindkvist, P. & Johansson, E. (2015). A state of limbo – in transition between two contexts: Health assessments upon arrival in Sweden as perceived by former Eritrean asylum seekers. *Scandinavian Journal of Public Health, 43, 548–558*. doi: 10.1177/1403494815576786
- Kirmayer, L. J., Rousseau, G., Jarvis, G.E., Guzder, J. (2008). The Cultural Context of Clinical Assessment . *Cap 4 in Psychiatry, Third Edition*.
- Kirmayer, L. J., Fung, K., Rousseau, C., Lo, H.T., Menzies, P., Guzder, J... McKenzie, K. (2012). Guidelines for Training in Cultural Psychiatry. *The Canadian Journal of Psychiatry, 57 (3)*. Retrieved from: [http://www.multiculturalmentalhealth.ca/wp-content/uploads/2013/10/2012\\_CPA\\_Training-in-Cultural-PsychiatryEN.pdf](http://www.multiculturalmentalhealth.ca/wp-content/uploads/2013/10/2012_CPA_Training-in-Cultural-PsychiatryEN.pdf).
- Komaric, N., Bedford, S. & van Driel, M.L. (2012). Two sides of the coin: patient and provider perceptions of health care delivery to patients from culturally and linguistically diverse backgrounds. *BMC Health Services Research, 12(322), 1-14*. doi: 10.1186/1472-6963-12-322

- Komatsu, R. S. (2002). Educação médica: responsabilidade de quem? Em busca dos Sujeitos da Educação do Novo Século. *Rev Bras de Educação Médica*. Rio de Janeiro, 26(1), 55-61.
- Lechner, E. & Solovova, O. (2014). The migrant patient, the doctor and the (im)possibility of intercultural communication: silences, silencing and non-dialogue in an ethnographic context. *Language and Intercultural Communication*. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.1080/14708477.2014.914727>. doi: 10.1080/14708477.2014.914727
- Lo, M.M. & Bahar, R. (2013). Resisting the colonization of the lifeworld? Immigrant patients' experiences with co-ethnic healthcare workers. *Social Science & Medicine*. 87, 68-76. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.03.022
- Luz, M.T. (1989). *Natural, racional social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus.
- Majumder, P., O'Reilly, M., Karim, K. & Vostanis, P. (2015). 'This doctor, I not trust him, I'm not safe': The perceptions of mental health and services by unaccompanied refugee adolescents. *International Journal of Social Psychiatry*. 61(2), 129-136. doi: 10.1177/0020764014537236
- Martin, S.S. (2012). Exploring Discrimination in American Health Care System: Perceptions/ Experiences of Older Iranian Immigrants. *J Cross Cult Gerontol*. 27, 291-304. doi: 10.1007/s10823-012-9168-z
- Montayre, J., Neville, S. & Holroyd, E. (2017). *Moving backwards, moving forward: the experiences of older Filipino migrants adjusting to life in New Zealand*. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 12(1), 1347011. doi: 10.1080/17482631.2017.1347011
- Morgan, L. M. & Good, B. J. (1995). Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective. *The Journal of the Royal Anthropological Institute*, 1(1), 212. doi:10.2307/3034282
- Nicholas, D.B., Hendson, L. & Reis, M. D. (2014). Connection versus disconnection: Examining culturally competent care in the neonatal intensive care unit. *Social Work in Health Care*, 53(2), 135-55. doi: 10.1080/00981389.2013.864377
- Nogueira-Martins, M.C.F. & Bogus, C. M. (2004). Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saude soc.* [online], 13 (3), 44-57. Retrieved em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000300006>

- ONU. (2015). International Migration Report 2015. Retrieved from: <https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2015.pdf>
  
- ONU. (2018). International Migration Report 2018. Retrieved from: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Migration\\_and\\_migrant\\_population\\_statistics#Migrant\\_population:\\_22.3\\_million\\_non-EU\\_citizens\\_living\\_in\\_the\\_EU\\_on\\_1\\_January\\_2018](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics#Migrant_population:_22.3_million_non-EU_citizens_living_in_the_EU_on_1_January_2018)
  
- Pavlish, C.L., Noor, S. & Brandt, J. (2010). Somali immigrant women and the American health care system: Discordant beliefs, divergent expectations, and silent worries. *Social Science & Medicine*. 71, 353-361. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.04.010
  
- Peixinho, A.L. (2001). Educação médica - O desafio de sua transformação. Universidade Federal da Bahia, Salvador. Retrieved from [https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/11847/1/Tese\\_A.%20L.%20Peixinho1.pdf](https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/11847/1/Tese_A.%20L.%20Peixinho1.pdf).
  
- Puvimanasinghe, T., Denson, L.A., Augoustinos, M. & Somasundaram, D. (2015). Vicarious resilience and vicarious traumatization: Experiences of working with refugees and asylum seekers in South Australia. *Transcultural Psychiatry*, 52(6), 743-65. doi: 10.1177/1363461515577289
  
- Razavi, M.F., Falk, L., Björn, A. & Wilhelmsson, S. (2011). Experiences of the Swedish healthcare system: An interview study with refugees in need of long-term health care. *Scandinavian Journal of Public Health*. 39, 319-325. doi: 10.1177/1403494811399655.
  
- Ressãoquier, J.P. (1981). Notes de recherches de JP Ressãoquier. Le Méthode
  
- Ressãoquier, J. P. (1987). “Il corpo sensibile”. *Quaderni A.I.T.R.*, 10 (1-2). Milano
  
- Ressãoquier, J. P. (2003). “Basi d’ applicazione pratica della Riabilitazione Integrata. *Atti del I° congresso internazionale degli Istituti IMR Europe e IMR Brasile* Firenze, Marzo 2003
  
- Ressãoquier, J. P. (2005). Riabilitazione Integrata: fundamenta del metodo e pratica istituzionale. *Anais do II Congresso Internacional do Metodo Ressãoquier: reabilitação integrada e humanização das praticas terapeuticas, Attos do 2° Congresso internacional IMR. Curitiba*. Retrieved from: <http://www.jeanpaulresseguier.com/publications/>

- Ressãoquier, J. P. (2008). “Práticas umanizzanti in campo educativo e della salute”. *Atti del III° congresso Internazionale Umanizzazione e Riabilitazione Integrata*. Firenze, Aprile 2008
- Ressãoquier, J. P. (2016). An ethics for Relationships in Neo-natology. Selected Lectures of the 12<sup>th</sup> International Workshop on Neonatology. October 19-22, 2016. Cagliari (Italy). *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine* 5(2), 80. doi: 10.7363/050246.
- Ressãoquier, A. (2018). The moral sense of humanitarian actors: an empirical exploration. *Disasters*, 42(1), 62–80. doi:10.1111/disa.12234
- Rios, I. C. (2010). Subjetividade contemporânea na educação médica: a formação humanística na Medicina. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Retrieved from <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-27082010-143815/pt-br.php>. doi: 10.11606/T.5.2010.tde-27082010-143815
- Rosenthal, G. E. & Shannon, S. E. (1997). The use of patient perceptions in the evaluation of healthcare delivery systems. *Medical Care*, 35 (11), 58-68.
- Santonocito, G. G. (2017). Dossier Statistico Immigrazione 2017. *Centro Studi e ricerche IDOS*. Retrieved Novembre 2018 from: <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato5767753.pdf>
- Schimith, M. D., Simon, B. S., Brêtas, A. C. P. & Budó, M. de L. D. (2011). Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 9(3), 479–503. doi:10.1590/s1981-77462011000300008
- Scholz, N. (2016). The public health dimension of the European migrant crisis. *European Parliament*. Retrieved from: [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2016/573908/EPRS\\_BRI\(2016\)573908\\_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2016/573908/EPRS_BRI(2016)573908_EN.pdf)
- Schouler-Ocak, M., Graef-Calliess, I. T., Tarricone, I., Qureshi, A., Kastrup, M. C. & Bhugra, D. (2015). EPA guidance on cultural competence training. *European Psychiatry*, 30(3), 431–440. doi: 10.1016/j.eurpsy.2015.01.012
- Shtarkshall, R.A., Baynesan, F. & Feldman, B.S. (2009). A socio-ecological analysis of Ethiopian immigrants’ interactions with the Israeli healthcare system and its policy and service implications. *Ethnicity & Health*, 14(5), 459-78. doi: 10.1080/13557850902890522

- Simon, M. A., Tom, L. S., Taylor, S., Leung, I., & Vicencio, D. (2019). “There’s nothing you can do ... it’s like that in Chinatown’: Chinese immigrant women’s perceptions of experiences in Chicago Chinatown healthcare settings. *Ethnicity & Health*, 1–18. doi:10.1080/13557858.2019.1573973
- Terraza-Núñez, R., Vázquez, M.L., Vargas, I. & Lizana, T. (2011). Health professional perceptions regarding healthcare provision to immigrants in Catalonia. *Internacional Journal of Public Health*, 56, 549-57. doi: 10.1007/s00038-010-0223-7
- Tseng, W., Jilek, W. Bartocci, G. & Bhui, K. 2013. La storia recente della Psichiatria Culturale. *Rivista di Psichiatria e Psicoterapia Culturale*, vol. 1, num. 1, 2013. Retrieved from: <http://www.psiculturale.it/wp-content/uploads/2014/01/LA-STORIA-RECENDE-DELLA-PSICHIATRIA-CULTURALE.pdf>
- Wachtler, C., Brorsson, A. & Troein, M. (2006). Meeting and treating cultural difference in primary care: a qualitative interview study. *Family Practice*, 23(1), 111-5. doi: 10.1093/fampra/cmi086
- WHO (World Health Organization), 1993. Doctor-patient Interaction and Communication. Geneva: Division of Mental Health, WHO. 93(11). Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/60263>
- Wiking, E., Saleh-Stattin, N., Johansson, S.E. & Sundquist, J. (2008). Immigrant patients’ experiences and reflections pertaining to the consultation: a study on patients from Chile, Iran and Turkey in primary health care in Stockholm, Sweden. *Scand J Caring Sci*. 23, 290-297. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00622.x
- Winn, A., Hetherington, E. & Tough, S. (2018). Caring for pregnant refugee women in a turbulent policy landscape: perspectives of health care professionals in Calgary, Alberta. *International Journal for Equity in Health*, 17(1). doi:10.1186/s12939-018-0801-5
- Williams, B. (1994). Patient satisfaction: A valid concept? *Social Science & Medicine*, 38(4), 509–516. doi:10.1016/0277-9536(94)90247-x
- Yamada, A. & Brekke, J.S. (2008). Addressing mental health disparities through clinical competence not just cultural competence: The need for assessment of sociocultural issues in the delivery of evidence-based psychosocial rehabilitation services. *Clinical Psychology Review*, 28 (2008), 1386–1399. doi:10.1016/j.cpr.2008.07.006.

TABELA 1

Artigos sobre a percepção dos Profissionais de Saúde sobre a relação

AUTORES	OBJETIVO	AMOSTRA	METODOLOGIA
<b>Boerleider et al., 2014</b>	Saber como profissionais que prestam cuidados pós-parto sentem-se ao atender clientes não ocidentais e como ajustam o cuidado oferecido a essas pessoas.	Profissionais entrevistados: assistentes de cuidado em maternidade. Duas entrevistadas eram não ocidentais e duas tinham treinamento específico para cuidado de pacientes não alemãs. N = 15	Qualitativa. Entrevistas individuais.
<b>Cross &amp; Bloomer, 2010</b>	Explorar as questões enfrentadas por profissionais da saúde mental ao prestar cuidados para pessoas provenientes de comunidades CALD.	Profissionais entrevistados: médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais. Todos eram profissionais que trabalhavam com saúde mental. N = 53	Qualitativa. Grupos focais.
<b>Dias et al., 2018</b>	Aprofundar o conhecimento das percepções, atitudes e representações das comunidades imigrantes e dos profissionais de saúde sobre saúde, doença, acesso e utilização dos serviços pelos imigrantes, bem como dos fatores que condicionam o seu acesso e utilização destes serviços.	Profissionais entrevistados: administrativos, enfermeiros e médicos. N= 32	Qualitativa e Quantitativa. Grupos focais.
<b>Farley et al., 2014</b>	Pesquisar as experiências de profissionais da saúde do cuidado primário em lidar com refugiados Brisbaneenses recém chegados.	Profissionais entrevistados: médicos generalistas, enfermeiros, pessoal administrativo, da assistência primária. N = 36	Qualitativa. Grupos focais e entrevistas.



<b>Hasnain et al., 2011</b>	Examinar a perspectiva de profissionais de saúde e pacientes no que diz respeito aos desafios e recomendações para o cuidado culturalmente apropriado e centrado no paciente, na atenção à mulheres mulçumanas, e a congruência entre essas perspectivas.	Profissionais entrevistados: médicos; residentes; enfermeiras, estudantes da área; outros profissionais de saúde. N = 80	Quantitativa e qualitativa. Questionários auto-administrados de respostas abertas e escala atitudinal desenvolvida pelos autores para a pesquisa.
<b>Higginbottom et al., 2016</b>	Gerar novas compreensões sobre o processo que perpetua desvantagens às mulheres migrantes que buscam maternidades e prover sugestões teóricas e práticas sobre como o sistema de saúde pode promover melhores desfechos aos imigrantes.	Profissionais entrevistados: enfermeiras, doulas, assistente social, assistente odontológico, médicos de família e obstetras de um centro urbano e um rural no Canadá. N = 29	Qualitativa. Etnografia. Entrevistas individuais semi-estruturadas e grupos focais.
<b>Hoye &amp; Severinsson, 2008</b>	Pesquisar as percepções de enfermeiras sobre o encontro com famílias multiculturais em uma unidade de terapia intensiva de hospitais da Noruega.	Profissionais entrevistados: enfermeiras de Unidades de Terapia Intensiva. Todas profissionais eram norueguesas (local onde foi feita a pesquisa). A maioria delas (11) eram cristãs. N = 16	Qualitativa. Grupos focais.

<b>Komaric et al., 2012</b>	Conhecer as experiências, atitudes e opiniões de imigrantes de diferentes backgrounds culturais e linguísticos e de seus profissionais de saúde no que diz respeito ao cuidado de doenças crônicas.	Profissionais entrevistados: médicos, nutricionistas, enfermeiros, terapeuta ocupacional, audiólogo, auxiliares. Metade dos profissionais eram australianos (local onde foi realizada a pesquisa). A maioria dos demais era europeu. Nenhum era procedente de comunidades culturalmente e linguisticamente diversas. N = 14	Qualitativa. Entrevistas estruturadas feitas pelo telefone.
<b>Nicholas et al., 2014</b>	Explorar as experiências e necessidades relacionadas à competência cultural do ponto de vista de profissionais que trabalham numa unidade neonatal de cuidado intensivo.	Profissionais entrevistados: enfermeiras, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, médicos neonatologistas, nutricionistas, estudantes e estagiários, técnicos administrativos. N = 58 Alguns dos participantes (10) não eram naturais do país onde foi realizada a pesquisa.	Qualitativa. Grupos focais.

<p><b>Puvimanasinghe et al., 2015</b></p>	<p>Explorar as experiências na assistência a refugiados e requerentes de asilo de três grupos de profissionais: saúde mental, serviços de saúde e profissionais de assentamento.</p>	<p>Profissionais entrevistados: médicos, enfermeiros, conselheiros, psicólogos, coordenadores. N = 26, todos trabalhadores para o Estado Australiano ou Organizações não Governamentais. Nove já haviam trabalhado em missões fora da Austrália. Um terço dos participantes são considerados pertencentes a minorias, cinco destes chegaram à Austrália como refugiados.</p>	<p>Qualitativa. Entrevistas semi-estruturadas.</p>
<p><b>Shtarkshall et al., 2009</b></p>	<p>Explorar os obstáculos que imigrantes etíopes enfrentam na busca por cuidados efetivos em saúde e nas interações com os profissionais em Israel.</p>	<p>Profissionais entrevistados: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, administrativo. Os profissionais trabalhavam em centros de saúde com alta demanda para atendimento de imigrantes. N = 8</p>	<p>Qualitativa. Entrevistas semi-estruturadas.</p>
<p><b>Terraza-Núñez et al., 2011</b></p>	<p>Analisar as percepções dos profissionais de saúde no que diz respeito a prover cuidado à população imigrante.</p>	<p>Profissionais entrevistados: médico, enfermeiros, doulas, assistentes sociais, coordenadores e diretores de unidades de saúde. Os profissionais trabalhavam em serviços de cuidado primário e secundário. N = 49</p>	<p>Qualitativa. Entrevistas e grupos focais.</p>

<b>Wachtler et al., 2005</b>	Examinar como o atendimento a pacientes imigrantes é compreendido e manejado por médicos generalistas.	Profissionais entrevistados: médicos generalistas, da atenção primária. Dois dos entrevistados não eram etnicamente suecos (local onde foi realizada a pesquisa). N = 20	Qualitativa. Entrevistas semi-estruturadas.
<b>Harding et al., 2017</b>	Conhecer as necessidades dos clínicos gerais na assistências dos refugiados.	Profissionais entrevistados: médicos generalistas (entres médicos internacionais e médicos autóctones) N=14	Qualitativa. Entrevista em profundidade.
<b>Winn et al., 2018</b>	compreender as experiências dos profissionais de saúde que cuidam de refugiados grávidas.	Profissionais entrevistados: Médicos, obstetras e ginecologistas, parteiras, enfermeiros, assistentes sociais ou quaisquer outros profissionais de saúde que tenham experiência em cuidar de mulheres grávidas refugiadas entre o período de 2012-2016. Todos que podiam falar ingles fluentemente.  N=10	Qualitativa. Entrevistas semi-estruturadas e em profundidades.

TABELA 2

Artigos sobre a percepção dos Pacientes Imigrantes sobre a relação

AUTORES	OBJETIVO	AMOSTRA	METODOLOGIA
<b>Brämberg et al 2010</b>	O objetivo é explorar o fenômeno da "participação do paciente" no contexto da saúde sueca na perspectiva de imigrantes não fluentes em sueco.	Homens e mulheres imigrantes com atendimento domiciliar, com 18 anos ou mais. N = 8 (so mulheres aceitaram de participar)	Qualitativa. Abordagem fenomenologica.
<b>Carrol et al., 2007</b>	Tentar de identificar as características associadas ao tratamento favorável na recepção de serviços preventivos de saúde, na perspectiva de mulheres africanas refugiadas reassentadas.	Mulheres somalis N = 34	Qualitativa. Entrevistas em profundidade.
<b>Chandler et al., 2012</b>	Conhecer as experiências de procura de cuidados em saúde das mulheres imigrantes mexicanas.	Mulheres imigrantes mexicanas sem seguro. N = 26	Qualitativa. Base de interpretação fenomenológico.
<b>Dias et al., 2018</b>	Aprofundar o conhecimento das percepções, atitudes e representações das comunidades imigrantes e dos profissionais de saúde sobre saúde, doença, acesso e utilização dos serviços pelos imigrantes, bem como dos fatores que condicionam o seu acesso e utilização destes serviços.	Pacientes entrevistados: Africanos, Brasileiros e Europeus de Leste N=20	Qualitativa e Quantitativa. Grupos focais.

<b>Fatahi et al., 2016</b>	Não explicitado claramente.	Imigrantes Curdos em países Escandinavos N=26	Qualitativa. Grupos focais.
<b>Komaric et al., 2012</b>	Conhecer as experiências, atitudes e opiniões de imigrantes de diferentes backgrounds culturais e linguísticos e de seus profissionais de saúde no que diz respeito ao cuidado de doenças crônicas.	Imigrantes de lingua Arabe ou nascidos no Sudão, China, Vietnã ou Tonga N = 50	Qualitativa. Grupos focais pelo imigrantes.
<b>Jonzon et al., 2015</b>	Explorar e melhorar a compreensão de como os requerentes de asilo perceberam e experimentaram a avaliação da saúde durante o seu processo de procura de asilo.	Requerentes de asilo da Eritrea. N=11	Qualitativa. Entrevista semi-estruturas.
<b>Lo &amp; Bahar, 2013</b>	Explorar como a "concordância étnica" entre a etnia de pacientes e profissionais de saúde, molda as experiências de interação clínica dos pacientes.	Imigrantes Mexicanos e Vietnamitas, com dificuldades lingüística em inglês. N = 60	Qualitativa. Entrevistas em profundidades.
<b>Majumder et al., 2012</b>	Apreciar as opiniões e percepções que os menores não acompanhados têm sobre saúde mental e serviços.	Adolescentes refugiados desacompanhados, do Afeganistão, Irã, Somália e Eritrea. N = 15	Qualitativa. Entrevistas semi-estruturadas.

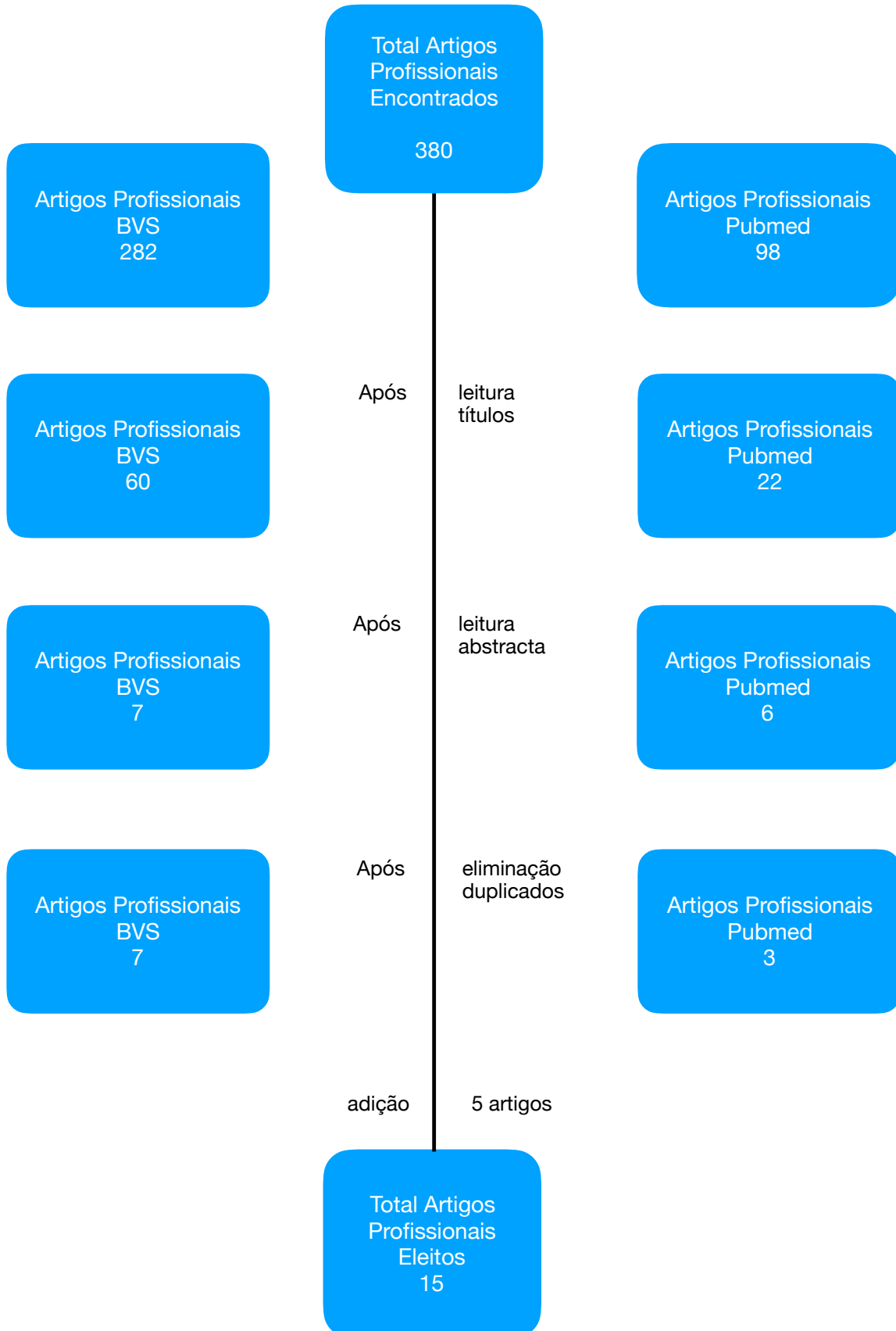
<b>Martin, 2012</b>	Explorar as percepções e a experiências de discriminação de imigrantes iranianos mais velhos em seu encontro com o sistema de saúde americano.	Imigrantes do Irã que imigraram para os Estados Unidos depois dos 50 anos de idade N = 15	Qualitativa. Entrevistas em profundidades.
<b>Montayre et al., 2017</b>	Explorar as experiências dos migrantes filipinos mais velhos que se adaptam à vida permanentemente na Nova Zelândia	Migrantes filipinos com 60 anos ou mais. N = 17	Qualitativa. Entrevista presenciais.
<b>Pavlish et al., 2010</b>	Examinar os fatores que influenciaram as experiências de saúde das mulheres somalis.	Mulheres imigrantes da Somália. N = 57	Qualitativa. Grupos focais.
<b>Razavi et al., 2011</b>	Examinar os pontos de vista de refugiados na Suécia, com doença crônica conhecida que requer cuidados médicos de longo prazo, em seus contatos com os profissionais de saúde em relação ao tratamento e às necessidades pessoais	Refugiados do Burundi, Colômbia, Iraque, Cazaquistão, Polônia, Kosovo e Síria N=9	Qualitativa. Entrevista semi-estruturas.
<b>Simon et al., 2018</b>	Identificar pontos de vulnerabilidade do sistema de saúde para melhorar a prestação de cuidados de saúde local para esta população.	Mulheres chinesas que falam cantonês ou mandarim. N=56	Qualitativa. Grupo focais.

<b>Wiking et al., 2008</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Explorar as experiências e reflexões dos pacientes relativas aos atendimentos em atenção primária da saúde em Estocolmo;</li><li>- Estudar se fatores demográficos ou relacionados à migração estão associados à satisfação do paciente com a consulta e à sensação de acolhimento dada pelos médicos generalistas;</li><li>- Analisar se a satisfação do paciente com a consulta e a sensação de acolhimento dada pelos médicos generalistas estavam relacionadas com o tempo de agendamento da consulta, saúde auto-referida, sintomas e as experiências das consultas.</li></ul>	Imigrantes do Irã, da Turquia e do Chile. N=78 Mas so 52 responderam ao questionario.	Qualitativa. Questionario.
----------------------------	---	---	----------------------------



**Tabela 3**

**Procedimento de seleção dos artigos sobre as percepções dos profissionais de saúde sobre a relação terapêutica**



**Tabela 4**

**Procedimentos de seleção de artigos sobre a percepção dos pacientes imigrantes sobre a relação terapêutica**

